



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 2 NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

Protocolo de Investigación
Titulado

CONFORMACION FAMILIAR Y METODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

CON EL FIN DE OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

Investigador Asociado

Nadia Beatriz Pérez Castro
Matrícula: 97360047

Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94, IMSS
Domicilio: Avena No.653 Colonia Granjas México, Delegación Iztacalco.
E-mail: nadiap90@hotmail.com
Teléfono: 56497258

Investigador Asociado

Judith Magdalena Corona Lara
Matrícula: 99368779

Médico Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 94, IMSS
Domicilio: Camino Viejo a San Juan de Aragón No. 235
Colonia Ampliación Casas Alemán, Delegación Gustavo A. Madero.
Correo electrónico: juco23@hotmail.com
Teléfono: 57672977, extensión: 21465

Investigador Responsable

Rodrigo Villaseñor Hidalgo
Matrícula: 99366361

Profesor Adjunto del curso de especialización en Medicina Familiar,
Unidad de Medicina Familiar No. 94, IMSS
Domicilio: Camino Viejo a San Juan de Aragón No. 235
Colonia Ampliación Casas Alemán, Delegación Gustavo A. Madero.
Correo electrónico: rodriguin60@hotmail.com
Teléfono: 57672977, extensión: 21407

Ciudad de México, Noviembre del 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

CONFORMACIÓN FAMILIAR Y MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

| | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Resumen integrado | 4 |
| Marco Teórico | 5 |
| Introducción | 5 |
| Antecedentes: | 7 |
| Anticoncepción en la adolescencia | 19 |
| Antecedentes Científicos..... | 35 |
| Objetivo:..... | 36 |
| Material y Métodos:..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| Recursos e infraestructura: | ¡Error! Marcador no definido. |
| Tiempo de desarrollo: | ¡Error! Marcador no definido. |
| Pregunta de investigación | ¡Error! Marcador no definido. |
| Justificación | ¡Error! Marcador no definido. |
| Objetivo General | ¡Error! Marcador no definido. |
| Objetivos Específicos..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| Expectativa Empírica | ¡Error! Marcador no definido. |
| Identificación de las variables | ¡Error! Marcador no definido. |
| Variable independiente:..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| Variable dependiente:..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| Variables Universales: | ¡Error! Marcador no definido. |
| Diseño de estudio..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| Universo de trabajo..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| Población | ¡Error! Marcador no definido. |
| Muestra | ¡Error! Marcador no definido. |
| Determinación estadística del tamaño de la muestra | ¡Error! Marcador no definido. |
| Tipo de Muestreo | ¡Error! Marcador no definido. |
| Procedimiento para la integración de la muestra..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| Procedimiento para recolectar la información | ¡Error! Marcador no definido. |
| Criterios de selección | ¡Error! Marcador no definido. |
| De inclusión | ¡Error! Marcador no definido. |

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| De no inclusión: | ¡Error! Marcador no definido. |
| De exclusión: | ¡Error! Marcador no definido. |
| Recolección de los datos o Instrumento | ¡Error! Marcador no definido. |
| | ¡Error! Marcador no definido. |
| Cronograma de Actividades | 55 |
| RELACION ENTRE TIPOLOGIA FAMILIAR Y METODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94 | 55 |
| Análisis Estadístico | 56 |
| Difusión del estudio | 56 |
| Consideraciones éticas | 56 |
| Consentimiento informado | 58 |
| Bibliografía | 59 |

CONFORMACIÓN FAMILIAR Y MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

Corona-Lara JM¹, Villaseñor-Hidalgo R², Pérez-Castro NB³

Resumen integrado

Antecedentes: la fertilidad es un elemento que la humanidad siempre ha estudiado, y en la actualidad adquiere relevancia por la necesidad de planear la procreación, sobre todo en grupos vulnerables como las adolescentes; ya sea por aspectos económicos, sociales, familiares, idiosincráticos, religiosos o de salud, las usuarias eligen algún método de planificación familiar, en este sentido, valdría la pena saber si la manera en que está conformada la familia de las adolescentes, es determinante para elegir dicho método.

Objetivo: Determinar el tipo de conformación familiar y el método anticonceptivo más frecuentemente elegido en usuarias adolescentes en una unidad de medicina familiar.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo con un muestreo por conveniencia de mujeres adolescentes aceptantes y usuarias de métodos de planificación familiar adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 (UMF 94) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a las cuales se les tipificará la familia según su conformación y se especificará el tipo de método de planificación, por medio de Excel se elaborarán tablas y gráficos para presentar su comportamiento.

Recursos e infraestructura: mujeres adolescentes, áreas físicas de la unidad, computadora personal y las finanzas a cargo del investigador.

Experiencia de grupo: 3 años en la línea de investigación salud en el adolescente.

Palabras clave: tipología familiar, métodos de planificación familiar, usuarias adolescentes.

1. Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar, UMF No. 94 IMSS.
2. Médico Familiar de la UMF No. 94 IMSS.
3. Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar, UMF No. 94 IMSS.

Marco Teórico

Introducción.

La fecundidad es uno de los eventos demográficos que inciden en la estructura y composición de la población. Los niveles de fecundidad en el país han mantenido un descenso constante desde finales de la década de 1960, momento en el que se registraba su máximo histórico con valores por encima de los siete hijos por mujer, para posteriormente descender a partir del cambio en las políticas de población y del impulso de los programas de planificación familiar que reorientaron las pautas reproductivas de la población.

El nivel de fecundidad de la población es un fenómeno asociado a las características socioeconómicas. La edad, escolaridad y condición de actividad económica, entre otros aspectos, influyen en su tendencia y estructura.

La Organización de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales han fomentado el empoderamiento económico de las mujeres, ya que “contribuye directamente a la igualdad de género, la erradicación de la pobreza y el crecimiento económico inclusivo”. Una mayor escolaridad permite a las mujeres, entre otras cosas, acceder a mejores oportunidades económicas, tener una mayor autonomía, capacidad de decisión y modificación de sus expectativas de vida, incluyendo sus pautas reproductivas. El análisis de la tasa global de fecundidad por nivel de escolaridad muestra que a mayor nivel de escolaridad es menor la fecundidad. Para el trienio de 2011 a 2013, la tasa para las mujeres sin escolaridad es de 3.30 hijos por mujer y para aquellas con estudios de preparatoria o superiores la tasa se reduce a 1.79 hijos por mujer.

La Organización Mundial de la Salud promueve la planificación familiar, ya que ha observado que millones de mujeres desean posponer la procreación y el uso adecuado de métodos anticonceptivos reduce significativamente la necesidad de recurrir al aborto, especialmente en condiciones inadecuadas; además la planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las mujeres que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura⁽³⁾.

De acuerdo con la Encuesta Intercensal (EI) 2015, la población en México continúa siendo predominantemente joven; 25.7% (30.6 millones) de la población total son jóvenes de 15 a 29 años.

Dentro de los grupos etarios de la población en México, el perteneciente a la juventud reúne una importante proporción de la población. De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015, en el país habitan 30.6 millones de jóvenes de 15 a 29 años que representan el 25.7% de la población total.

En cuanto a la estructura por edad y sexo de la población joven, 50.9% son mujeres y 49.1% son hombres; 35.1% son adolescentes de 15 a 19 años, 34.8% jóvenes de 20 a 24 años y 30.1% tienen de 25 a 29 años de edad.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) menciona que “las condiciones en las cuales los adolescentes y los jóvenes toman decisiones sobre su sexualidad, los elementos y servicios con los que cuentan para ello, así como las oportunidades de educación y desarrollo disponibles, impactan de manera significativa en su calidad de vida y en las tendencias poblacionales de las siguientes décadas”

La UNFPA señala que “una mejor salud reproductiva y un acceso más amplio a servicios e información en materia de anticonceptivos supondrían una esperanza para eliminar las barreras que impiden que los jóvenes desarrollen todo su potencial y contribuyan plenamente a sus comunidades”⁸.

En este contexto la ENADID 2014 informa que 62.3% de las mujeres jóvenes de 15 a 29 años han iniciado su vida sexual. De ellas 49.9% no utilizó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual. Por grupos de edad, se observa que una de cada tres (29.2%) adolescentes de 15 a 19 años ya inició su vida sexual y 44.9% de este grupo declaró no haber usado algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual. Por otra parte, 72.4% de las jóvenes de 20 a 24 años y 90.1% de las de 25 a 29 años son iniciadas sexualmente y el porcentaje de quienes no usaron algún método en su primera relación aumenta con relación a las adolescentes a 45.8% y 54.4%, respectivamente.

Antecedentes:

Métodos anticonceptivos

Historia

Desde la antigüedad los seres humanos han estado atentos a su fertilidad. Aunque el conocimiento tanto de los ciclos sexuales como de su funcionamiento no estaban muy bien determinados y los motivos para planear su reproducción son diferentes (ya sea por aspectos económicos, sociales o religiosos), tanto los hombres como las mujeres han recurrido a el uso de métodos anticonceptivos.

Los hombres observaron que eyacular fuera de la mujer o “sobre la tierra” prevenía la fecundación en la mayoría de las ocasiones, mientras que las mujeres observaron que el proveer lactancia materna a sus hijos después del parto les evitaba el embarazo por un periodo de tiempo.

Los primeros métodos anticonceptivos fueron hechos con materiales naturales de fácil obtención; se utilizaban intestinos o la vejiga de animales y estos eran usados como condones, cáscaras de nuez que posteriormente fueron reemplazadas con pesarios fabricados con oro que funcionaban como barrera mecánica, o el uso de limón antes del contacto sexual. En el año 1850 a de n. e. el papiro de Petri menciona que las mujeres utilizaban mezcclas como miel con bicarbonato y excremento de animales que introducían en la vagina antes del contacto sexual para prevenir el embarazo, ya que en esa época Aristóteles mencionaba que el exceso de población podría llevar a su cultura a la ruina. Sin embargo, no todos los materiales que usaban para impedir la concepción eran inocuos o seguros ya que se utilizaba ingerir mezclas de aceite con mercurio como método permanente.

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

En 1677 Van Leeuwenhoek descubrió que el pH de una solución de semen se disminuía al añadir vinagre, y como consecuencia, los espermatozoides perdían su eficacia, por lo que se empezó a utilizar este método como espermicida; y para 1885 el inglés Walter Rendel descubrió el primer óvulo anticonceptivo sobre la base de manteca de cacao y quinina. De esta forma empezaron a fabricarse los espermicidas.

El primer dispositivo intrauterino anticonceptivo era un anillo de tripa de seda de gusano fabricado en 1909. Se cree que el origen de ese método anticonceptivo se atribuye a los árabes, quienes colocaban anillos de metales o piedras en el útero de los camellos para evitar el embarazo durante los viajes largos por el desierto.

Desde finales del siglo XIX se sospechaba que los ovarios segregaban una sustancia que inhibía la ovulación, pero hasta 1934 Corner y Beard aislaron la progesterona; se comenzó a experimentar con la implantación de ovarios de animales embarazadas en hembras normales, lo cual produjo en éstas una esterilidad temporal. Sobre la base de estos estudios se creó una tableta llamada Infecundin, que no consta que se probara en seres humanos; pero fue hasta 1950 que el doctor Gregory Pincus y el doctor John Rock comenzaron a realizar diferentes trabajos con compuestos hormonales, y en 1956 logran el descubrimiento de la píldora anticonceptiva. A partir de este descubrimiento y del conocimiento del ciclo sexual, se han realizado estudios que han dado como resultado métodos anticonceptivos más modernos como el dispositivo medicado, las píldoras anticonceptivas con dosis hormonales reducidas o el implante transdérmico.⁽¹⁾

En 1973 se inician los primeros ensayos de anillos vaginales que liberan dosis de esteroides para inhibir la ovulación, y ya en 1984 se propone el anillo vaginal silástico de 3 capas que contiene levonogestrel y estradiol para uso por 3 semanas. Surgen también esponjas vaginales anticonceptivas, pero su uso es de una sola vez, son desechables. La esponja anticonceptiva, contiene espermicida nonoxinol-9, están hechas de poliuretano de forma esférica de 5 cm de diámetro, con una depresión en un lado que sirve para cubrir el cuello. Puede insertarse 24 h antes del coito, y previamente hay que humedecerlas con agua para

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

activar el espermicida. Debe cubrir el cérvix y hay que retirarlas no más de 6 h después del coito.

En 1985 se propugna anillo vaginal que libera dosis fijas de progestágenos, y en 1991 existen los anillos vaginales de progesterona, los cuales constituyen un método eficaz durante la lactancia, sin efectos nocivos para la leche materna, ni el desarrollo del bebé.

El condón femenino aparece por primera vez en el Reino Unido. Es una holgada bolsa de poliuretano blando de 15 cm de largo y 7 cm de diámetro, y sujeto alrededor de su extremo libre se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que cubre la vulva, y otro interior que se desplaza dentro de la vagina y se ajusta al cuello uterino como un diafragma, destinado a facilitar la inserción del dispositivo. Previene el embarazo, SIDA, ETS, clamidias y el virus del papiloma humano. 1992: Los encargados de la administración de drogas y alimentos de Estados Unidos recomiendan la aprobación de la bolsa vaginal real que se usa en Europa y recibe el nombre de femidón⁽²⁾.

A lo largo de la historia se han usado una gran cantidad de métodos anticonceptivos, por lo cual es importante conocer y encontrar el método que sea más adecuado para la persona según su etapa de vida y reducir al mínimo la tasa de embarazos no deseados⁽¹⁾.

Fundamento y lineamientos

La Organización Mundial de la Salud hace referencia a la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Para promover este estado de salud la legislación mexicana a través del artículo 4º constitucional marca que “El varón y la mujer son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y desarrollo de la familia”, así como “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”⁽³⁾.

La Norma Oficial Mexicana 005 menciona que los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil constituyen un conjunto de acciones cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población⁽⁴⁾.

La Constitución mexicana menciona en su artículo 4° acerca de la salud sexual y reproductiva, que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, por lo cual el uso de métodos anticonceptivos resulta fundamental para el cumplimiento de este derecho⁽⁷⁾.

El Reglamento de la Ley General de Población, en el Artículo 17 alude a los programas de planificación familiar que incorporarán el enfoque de género e instruirán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad, además en el Artículo 18 de este Reglamento se indica que la educación e información sobre planificación familiar deberán dar a conocer los beneficios que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos. Así mismo, deberán incluir la orientación sobre los riesgos a la salud que causan infertilidad y las estrategias de prevención y control. En el artículo 20 expone que los servicios de salud, salud reproductiva, educativos y de información sobre programas de planificación familiar garantizarán a la persona la libre decisión sobre los métodos que desee emplear para regular su fecundidad ⁽⁸⁾.

La planificación familiar es necesaria en la vida de las personas y como cualquier otro aspecto de la atención de la salud, requiere de un equipo interdisciplinario para su atención, la importancia de proporcionar la información precisa acerca la anatomía y fisiología de los órganos reproductores, así como de los anticonceptivos a la población es fundamental para el correcto uso y funcionamiento de estos métodos.

La importancia del uso de métodos anticonceptivos es que ayudan a las parejas a planificar el número de hijos que desean tener y el espaciamiento entre ellos, esta es una decisión que se verá influenciada por factores culturales, económicos, sociales, religiosos y de oportunidades

En el momento de otorgar servicios de planificación familiar es fundamental tomar en cuenta causas que pueden dificultar nuestra práctica como políticas culturales o religiosas, posiciones gubernamentales, leyes existentes, uso de métodos de poca eficacia, roles de género, baja escolaridad, insuficiente e inadecuada educación sexual y miedo al daño. La consejería en planificación familiar no significa restringir los nacimientos, sino una actuación consciente con un alto sentido de responsabilidad que significa tener hijos deseados y que nazcan en condiciones apropiadas, significa tener servicios apropiados para brindar información, orientación y asistencia a parejas infértiles.

Es importante tener en cuenta la participación de la pareja y tendremos que hacernos varias preguntas, ¿Cómo y quién escoge el anticonceptivo?, ¿quién lo va a usar?, ¿cómo lo va a usar?, ¿cuándo lo va a usar?, ¿a quién puede afectar? o ¿cuáles son sus efectos? Si bien, con el auge de los anticonceptivos se ha podido separar la vida sexual activa de la reproducción, es de vital importancia la participación masculina en la anticoncepción, aunque indudablemente hay muchos más métodos femeninos que masculinos, los hombres rechazan mucho más el uso de un método anticonceptivo pues no lo consideran su responsabilidad, por ello algunos autores plantean que "los hombres son la mitad olvidada de la planificación familiar", y que muchos estarían de acuerdo con participar más si se les pidiera hacerlo.

Claro está que el incremento del uso de los métodos anticonceptivos por parte de la pareja está trayendo cambios y modificaciones en la conducta sexual humana⁽⁹⁾.

El conocimiento de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos:

- Contribuye a lograr el bienestar y la autonomía de las parejas y al mismo tiempo apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

- Evita los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno.
- Puede ayudar a disminuir las tasas de mortalidad infantil ya que los hijos cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.
- Disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de recién nacidos infectados y/o huérfanos.
- Contribuye a tener una familia pequeña, lo cual propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.
- Disminuyen el embarazo en adolescentes, las madres adolescentes tienen más probabilidad de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer, además las adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para sus personas, sus familias y la comunidad.
- Es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que éste acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

Con base en todo lo anterior, es importante que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso para toda persona sexualmente activa. Es importante tener a la población informada acerca de la variedad de métodos que hay disponibles en su localidad y dar una orientación específica según las condiciones de salud y educación o religión de la persona sobre cuáles métodos puede utilizar, explicar cómo se administran y cuáles son sus efectos secundarios⁽³⁾.

Tipos de métodos

| Método | Descripción | Cómo funciona | Eficacia para prevenir el embarazo | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anticonceptivos orales en combinación (la «pastilla» o «píldora») | Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno) | Evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación) | >99% si se usa de manera correcta y sostenida <hr/> 92% como se usa comúnmente | Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico. |
| Pastillas de progestágeno solo «minipastilla» o «minipíldora» | Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno) | Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten y previene la ovulación | 99% si se usa de manera correcta y sostenida <hr/> Entre 90% y 97% como se usa comúnmente | Puede usarse mientras se amamanta; debe tomarse todos los días a la misma hora |
| Implantes | Cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno | Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación | >99% | Debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes, pero no dañinas |
| Progestágeno en forma inyectable | Se inyecta por vía intramuscular o bajo la piel cada 2 o 3 meses, según el producto | Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación | >99% si se usa de manera correcta y sostenida <hr/> 97% como se usa comúnmente | Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer (cerca de 1 y 4 meses en promedio); las hemorragias vaginales irregulares son comunes, pero no dañinas |
| Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación | Se inyectan cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno | Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación) | >99% si se usan de manera correcta y sostenida <hr/> 97% como se usan comúnmente | las hemorragias vaginales irregulares son comunes, pero no dañinas |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado</p> | <p>Libera dos hormonas de forma continua, una progestina y un estrógeno, directamente a través de la piel (parche) o mediante el anillo</p> | <p>Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)</p> | <p>El parche y el anillo vaginal son métodos nuevos y los estudios sobre su eficacia son limitados. Los estudios de eficacia realizados señalan que puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados, cuando se utilizan de un modo correcto y sostenido, y tal y como se aplican comúnmente</p> | <p>El parche y el anillo vaginal proporcionan una seguridad comparable a los anticonceptivos orales combinados con formulaciones hormonales similares y su perfil farmacocinético es parecido</p> |
| <p>Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre</p> | <p>Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero</p> | <p>El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo</p> | <p>>99%</p> | <p>Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias</p> |
| <p>Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel</p> | <p>Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel</p> | <p>Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo</p> | <p>>99%</p> | <p>Con el tiempo se reduce la cantidad de sangre que se pierde con la menstruación; disminuyen los dolores menstruales y los síntomas de endometriosis; se observó amenorrea (ausencia de menstruación) en un grupo de usuarias</p> |
| <p>Condón masculino</p> | <p>Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto</p> | <p>Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo</p> | <p>98% si se usa de manera correcta y sostenida 85% como se usa comúnmente</p> | <p>También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH</p> |
| | | | | |

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Condón femenino | Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave | Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten | 90% si se usa de manera correcta y sostenida <hr/> 79% como se usa comúnmente | También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH |
| Esterilización masculina (vasectomía) | Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos | Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado | >99% después de la evaluación del semen a los 3 meses <hr/> Entre 97% y 98% si no se evalúa el semen | Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa |
| Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía) | Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio | Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides | >99% | Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa |
| Método de la amenorrea del amamantamiento | Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo o día y noche completos, de una criatura menor de 6 meses | Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación) | 99% si se aplica de manera correcta y sostenida <hr/> 98% como se practica comúnmente | Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad |
| Píldoras anticonceptivas de emergencia (acetato de ulipristal, 30 mg, o levonorgestrel, 1,5 mg) | Son pastillas que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección | Retrasa la ovulación | Si 100 mujeres tomaran la píldora anticonceptiva de emergencia de progestágeno solo, probablemente una quede embarazada | No altera el embarazo si este ya se ha producido |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Método de días fijos</p> | <p>Consiste en determinar los periodos fértiles del ciclo menstrual (normalmente los días 8 a 19 de cada ciclo de 26 a 32 días), utilizando un collar de cuentas u otro elemento</p> | <p>Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días más fértiles</p> | <p>95% si se usa de manera correcta y sostenida. 88% tal y como se usa comúnmente (Arévalo y colaboradores, 2002).</p> | <p>Puede utilizarse para determinar los días fértiles en el caso de mujeres que quieran quedarse embarazadas y en el de mujeres que deseen evitar el embarazo. El uso correcto y sostenido requiere la colaboración de la pareja</p> |
| <p>Método de la temperatura basal corporal</p> | <p>La mujer debe registrar su temperatura corporal a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse, prestando atención a que se produzca un aumento de 0,2°C a 0,5°C</p> | <p>Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles</p> | <p>99% si se usa de manera correcta y sostenida. 75% tal y como el FABM se usa comúnmente ++ (Trussell, 2009).</p> | <p>Cuando aumenta la temperatura basal y se mantiene alta durante tres días enteros, se ha producido la ovulación y el período fértil ha pasado. Las relaciones sexuales pueden reanudarse el cuarto día hasta la siguiente menstruación mensual</p> |
| <p>Método de los dos días</p> | <p>Este método consiste en determinar los periodos fértiles, prestando atención a la presencia de moco cervical (si hay secreciones, tipo, color y consistencia)</p> | <p>Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles</p> | <p>96% si se usa de manera correcta y constante. 86% con una práctica típica o común (Arévalo, 2004)</p> | <p>Es difícil de aplicar si hay infección vaginal u otra afección que altere el moco cervical. El coito sin protección puede reanudarse después de dos días consecutivos sin secreciones</p> |
| <p>Método sintotérmico</p> | <p>Consiste en determinar los periodos fértiles prestando atención a los cambios en el moco cervical (textura transparente), la temperatura corporal (ligero aumento) y la consistencia del cuello del útero (ablandamiento)</p> | <p>Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días más fértiles</p> | <p>98% si se usa de manera correcta y sostenida. Se notificó un 98%, tal y como se práctica comúnmente (Manhart y colaboradores 2013).</p> | <p>Podría ser preciso utilizarlo con precaución después de un aborto, alrededor de la menarquia y la menopausia, y en situaciones que puedan provocar un aumento de la temperatura corporal</p> |

Métodos tradicionales

| Método | Descripción | Cómo funciona | Eficacia para prevenir el embarazo | Observaciones |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Método del calendario o método del ritmo | Consiste en observar el ciclo menstrual durante 6 meses, restar 18 de la duración del ciclo más corto (primer día fértil estimado) y restar 11 de la duración del ciclo más largo (último día fértil estimado) | Se impide el embarazo evitando el coito sin protección durante el posible primer día fértil y el posible último día fértil, bien absteniéndose o utilizando un preservativo | 91% si se usa de un modo correcto y sostenido. 75% tal y como se aplica comúnmente. | Podría ser necesario posponer su uso o utilizarlo con precaución, si se están tomando medicamentos (por ejemplo, ansiolíticos, antidepresivos, AINES o determinados antibióticos) que pueden alterar el momento de la ovulación |
| Marcha atrás (coitus interruptus) | Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación y eyacular fuera de esta, cerciorándose de que el semen no entre en contacto con los genitales externos | Se trata de impedir que el esperma entre en la vagina para evitar la fecundación | 96% si se usa de forma correcta y sostenida. 73% tal y como se practica comúnmente (Trussell, 2009). | Es uno de los métodos menos eficaces, porque a veces es difícil determinar correctamente cuando hay que retirar el pene lo que puede provocar que se eyacule estando este aún dentro de la vagina |

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM) basa sus recomendaciones en los criterios de elegibilidad mencionados. La prescripción anticonceptiva se basa en cuatro categorías:

1. No hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
2. Las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3. Los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4. El uso del método supone un riesgo inadmisibles para la salud.

Contraindicaciones generales de la anticoncepción en la adolescencia.

Las contraindicaciones de anticoncepción en adolescentes prácticamente no existen, considerando que esta población es habitualmente sana. En general, las contraindicaciones según enfermedades son las descritas en los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud. La principal recomendación es que cada caso debe ser evaluado en forma individual, debiendo en ocasiones derivar a nivel secundario para la elección e indicación del método más adecuado y acorde con las necesidades de cada usuaria en particular. Dentro de las situaciones clínicas que pueden darse en la adolescencia y que contraindican el uso de hormonales combinados están:

- trombofilia hereditaria.
- enfermedad tromboembólica venosa.
- síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.
- cirugía mayor e inmovilización prolongada.
- hepatitis aguda, tumores hepáticos benignos.
- uso de anticonvulsivos.
- tratamiento con lamotrigina, rifampicina y rifabutina.
- durante los primeros seis meses de lactancia materna⁽⁵⁾.

Anticoncepción en la adolescencia

La adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, se trata de un período crítico del desarrollo en el que se producen importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales⁽³⁾, ya que ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural⁽⁹⁾, es la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica⁽¹⁰⁾.

En términos de salud sexual y reproductiva los adolescentes son considerados una población de alta vulnerabilidad⁽¹¹⁾. La primera relación sexual ocurre a una edad más temprana, lo cual se asocia a un mayor riesgo de embarazos y de contraer enfermedades de transmisión sexual⁽¹²⁾.

Los riesgos y consecuencias negativas de las relaciones sexuales no protegidas en los adolescentes son motivo de preocupación nacional. En México, de acuerdo con el último censo nacional de población y vivienda en el 2010, los jóvenes de entre 12 y 19 años de edad representan 15.6% de la población. De forma general, la educación sexual en nuestro país ha carecido de una visión integral, no existe una cultura de prevención desde el punto de vista de los derechos sexuales y reproductivos, salud sexual o equidad de género; y las consecuencias de esta insuficiencia se observan en los indicadores de salud de nuestra población. Es necesaria una revisión actualizada de las conductas sexuales en los adolescentes y de las guías actuales de anticoncepción para poder diseñar programas efectivos dirigidos a la prevención de embarazos no deseados en este sector⁽¹¹⁾.

En el caso particular de los adolescentes, la demanda de un método anticonceptivo requiere un abordaje algo diferente al de los motivos habituales de consulta. Para atenderla es necesario establecer un diálogo y un proceso asistencial denominado consejo contraceptivo que pretende:

- Conocer las necesidades anticonceptivas de la adolescente o de la pareja, que serán diferentes dependiendo de la frecuencia de relaciones, de si existe o no riesgo de ITS, de la confianza que exista en la pareja, del grado de implicación del chico, etc.

Es importante también identificar valores y creencias sobre la sexualidad, la anticoncepción, la eventualidad de un embarazo no deseado, etc., y sus preferencias y opiniones acerca de los diferentes métodos. Conviene prestar atención a posibles demandas ocultas (ambivalencia con el hecho de ser sexualmente activo, malestar por relaciones asimétricas, maltrato, coacción o dificultades en la negociación del método, desconocimiento de la técnica sexual con relaciones no placenteras, etc.).

- Identificar características personales de los adolescentes que deban ser tomadas en cuenta para elegir el método más adecuado (metódica, rechazo a fármacos, apoyo familiar, trabajo nocturno...).
- Valorar el estado de salud para descartar posibles condiciones médicas que afecten a la elegibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos. La guía “Medical eligibility criteria for contraceptive use” de la OMS, disponible en Internet, proporciona una orientación clara y actualizada sobre las situaciones de salud que pueden desaconsejar el uso de un determinado método.
- Preguntar sobre problemas, como: sangrado menstrual excesivo, oligomenorrea, dismenorrea, acné o hirsutismo, que pueden beneficiarse del uso de anticoncepción hormonal.
- Dar a conocer los diferentes métodos anticonceptivos, informando sobre su eficacia, forma de uso, relación con el coito, precio, etc., para poder elegir el que mejor se adapte a sus necesidades, valores, preferencias y personalidad. Recomendar la doble protección; es decir, el uso del preservativo para prevenir ITS y de otro método, generalmente hormonal, para aumentar la eficacia anticonceptiva. Esta recomendación ocupa un espacio muy importante en el consejo contraceptivo de los adolescentes. La razón por la que los adolescentes utilizan métodos anticonceptivos es la prevención del embarazo. Pocos consideran que, además, sea necesario prevenir las ITS. Sin embargo, las relaciones sexuales coitales sin protección con métodos de barrera, exponen al riesgo de contraer infecciones por: herpes, clamidia, tricomonas, gonococo, papilomavirus, algunos de cuyos serotipos son los agentes etiológicos del cáncer de cérvix y VIH, entre otras. Además, la doble protección fomenta la responsabilidad individual, tanto de chicas como de chicos, sobre la propia fertilidad.

- Proporcionar información sobre el correcto uso del método elegido, el manejo de eventualidades (rotura, olvidos, vómitos, uso de otros fármacos) y los efectos secundarios posibles.
- Ayudar a la elección del método.
- Proponer un seguimiento, ya que la elección de un método contraceptivo debe seguirse de una adecuada supervisión y de la posibilidad de un acceso rápido, si se produce cualquier problema o surge alguna duda⁽¹³⁾.

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen⁽¹⁴⁾.

El embarazo en la adolescencia representa un serio problema social, se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo⁽¹⁴⁾, es una crisis que se superpone a la crisis de la adolescencia y debido a ello ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza⁽¹⁵⁾, ya que el embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo⁽¹⁶⁾. Las adolescentes que se embarazan con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto se considera un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables⁽¹⁷⁾ así mismo puede provocar en los adolescentes serios trastornos biológicos; además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales y sobre la salud de los hijos⁽¹⁸⁾. Las causas del embarazo adolescente tienen que ver con un nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativas del grupo de pares respecto de la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad, también

están estrechamente relacionados con modelos reproductivos que tienden a repetirse, es decir, madres que también lo fueron a edades tempranas.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Constituye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”. Además, un hijo de madre adolescente tiene mayor frecuencia de deserción escolar, capacidad mental probablemente inferior, alto riesgo de abuso físico negligencia en los cuidados de la salud, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional, alta proporción de hijos ilegítimos, que limita sus derechos legales y el acceso a la salud⁽¹⁵⁾.

Los métodos anticonceptivos hormonales tienen una efectividad de alrededor de 99%, según datos de la Organización Mundial de la Salud, si se utilizan adecuadamente; sin embargo, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía reportan que hasta 25% de los embarazos no son planeados en mujeres menores a 19 años⁽³⁾.

El embarazo adolescente en México tiene una tendencia a la alza imparable, de acuerdo con las estadísticas de natalidad del INEGI en el 2011 nacieron en el país 2.58 millones de niñas y niños; de ellos 473 mil de madres menores de 19 años de edad. Esta cifra equivale a 18.4%, es decir, prácticamente uno de cada 5 nacidos vivos en el 2011 son hijos e hijas de madres adolescentes. La tasa de fecundidad en 2011, de las mujeres entre 12 y 19 años, fue de 37 nacimientos por cada 1 000 mujeres y de éstas hasta 40% no planearon ni desearon el embarazo.⁴ La mortalidad materna también es un problema grave para las adolescentes. El embarazo en edades tempranas duplica las posibilidades de morir con respecto a las mujeres de 20 años o más; para las menores de 15 años el riesgo es cinco veces mayor. Si analizamos los datos relativos a las defunciones femeninas registradas en 2010 por el INEGI observamos que, en el grupo de 15 a 19 años, las defunciones por causas maternas explican 3.64% de todas las muertes en este grupo, ubicándose como la cuarta causa por la que más fallece esta población, sólo después de los accidentes de tránsito (10%), los suicidios (8.5%) y los homicidios (7%). Las muertes maternas en adolescentes representan 13% de todas las registradas en el país. En el 2011 la razón de mortalidad materna de las menores de 20 años es de 53.4 y para el total de mujeres de 50.1 muertes/100 000 nacidos vivos. Asimismo, el número de defunciones asociadas con la maternidad por cada 100 000

nacidos vivos ha aumentado entre las adolescentes. En mujeres indígenas, de entre los 15 y 24 años de edad, la mortalidad materna es la primera causa de defunción, duplicando la de las mujeres no indígenas.^{2,5,6} El embarazo no planeado es común en la mujer adolescente y con frecuencia termina en un aborto clandestino. En comparación con las mujeres adultas, las adolescentes recurren a la interrupción del embarazo en etapas más avanzadas del embarazo, aumentando con esto su riesgo reproductivo. La mortalidad materna atribuida a esta causa, si bien es baja, es improbable que disminuya, a menos que las mujeres tengan acceso a servicios anticonceptivos adecuados, así como al aborto legal y seguro. En 2007, la Asamblea Legislativa del Gobierno del Distrito Federal implementó el Programa de Interrupción Legal del Embarazo. Las cifras de los primeros 3 años indican que 5.1% de las usuarias tienen entre 11 y 17 años y 12% entre 18 y 26 años de edad. El grupo principal es el de mujeres solteras (84%) y sin hijos (75%); el 52% acudió en etapas tempranas del embarazo (< 9 semanas) y los principales motivos para solicitar la interrupción del embarazo fueron la falta de recursos (34%) y el deseo de posponer la maternidad (32%).

El padre adolescente tiene ausencia en toma de decisiones dentro del evento reproductivo, falta de compromiso y hasta rechazo de la respectiva familia. Generalmente abandona sus estudios. Tiene trabajos e ingresos de menor nivel que sus pares, existe una más alta tasa de divorcios, aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales por una reacción negativa del medio que lo rodea⁽¹⁴⁾.

En resumen, las mujeres adolescentes embarazadas están más propensas a cursar con⁽¹⁹⁾:

- Abortos.
- Anemia.
- Infecciones de vías urinarias.
- Hipertensión gestacional.
- Preeclampsia- Eclampsia.
- Escasa ganancia de peso.
- Malnutrición materna.
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias.
- Ruptura prematura de membranas.
- Parto prematuro.

- Desproporción cefalopélvica
- Cesárea⁽¹⁹⁾.

En general, con la excepción de la esterilización masculina y femenina, todos los métodos que sean apropiados para los adultos sanos también son apropiados para los adolescentes sanos. Antes de discutir las opciones anticonceptivas los adolescentes deben tener la oportunidad de expresar sus necesidades y decidir libremente el protegerse contra un embarazo. El diálogo entre los adolescentes y los miembros del equipo de salud debe estructurarse para ayudar al adolescente a tomar una decisión informada, voluntaria y adecuada a sus circunstancias particulares. Al seleccionar un método cada adolescente debe tener en cuenta sus conductas sexuales, frecuencia de relaciones sexuales, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, eficacia del método, la capacidad para cumplir con el uso, de tolerar los efectos secundarios y el costo, así como actitudes y factores personales adicionales que pueden influir en la decisión del uso del método anticonceptivo y su cumplimiento⁽²⁰⁾.

Cumplimiento y adherencia del adolescente al tratamiento anticonceptivo.

En la adolescencia, el método anticonceptivo que se utilice debe ser eficaz, seguro, reversible, de fácil uso, que no afecte a la calidad de la relación percibida por el usuario y si es posible, de precio asequible. La efectividad de un método, es decir, su eficacia durante el uso depende de la adherencia al mismo y de su continuidad. Los adolescentes tienen un peor cumplimiento de los métodos anticonceptivos y, por tanto, un mayor riesgo de embarazo no deseado y de contagio de una ITS. El preservativo no se usa en todas las relaciones sexuales ni desde el inicio de la misma, siendo inconsistente en el 15% de los usuarios que manifiestan utilizarlo como método anticonceptivo habitual. La anticoncepción hormonal oral presenta mal cumplimiento por el olvido de píldoras, la toma en un orden diferente y el retraso en el inicio del siguiente ciclo. Se estima que las adolescentes olvidan 3 píldoras de media en cada ciclo y menos del 41% la toma correctamente todos los días. Por todo esto, la tasa de fallos en las mujeres más jóvenes es alrededor del 16% durante el primer año de uso. Otros métodos hormonales, como anillo o parches, presentan problemas similares. La anticoncepción reversible de larga duración

tiene un mejor cumplimiento y mayor efectividad porque no requiere control por parte de la adolescente. Su uso no está muy extendido excepto en circunstancias especiales (retraso mental, epilepsia) o en adolescentes que han sido madres. El uso conjunto de preservativo con un método hormonal, llamado doble método, permite aumentar la efectividad para prevenir un embarazo no deseado y proteger de contagio de las infecciones de transmisión sexual. Con el objetivo de mejorar y facilitar la cumplimentación de los tratamientos anticonceptivos entre las adolescentes, se ha diseñado una serie de estrategias: – Pautas de anticonceptivos hormonales orales sin descanso, con 7 comprimidos sin sustancia activa (21 + 7), con el fin de crear hábitos de rutina para la toma diaria y evitar el retraso en el inicio del siguiente envase. – Pautas de ACHO con un menor intervalo libre de hormonas, con solo 4 comprimidos sin sustancia activa (24 + 4). – Inicio rápido (quick start). Consiste en el inicio de la toma el mismo día de la consulta, recomendando anticoncepción de apoyo con preservativo durante los 7 días posteriores al inicio del método. – Otras vías de administración no diarias: semanal (parche), mensual (anillo) trimestral (gestágeno depot), trianual (implante)⁽²¹⁾.

Familia.

La familia como unidad funcional de la sociedad es un conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre, legal o afinidad⁽⁵⁾.

La familia es un sistema abierto con constante interacción con los entornos histórico, social, económico y cultural; por lo tanto, no es una unidad homogénea y hay diversidad en la estructura de ellas, la prevalencia de los distintos tipos de familias, sus características sociodemográficas y sus formas de organización varían con el tiempo y según las transformaciones económicas, demográficas y del contexto social.

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

La familia desde la perspectiva de la teoría general de los sistemas se visualiza como un sistema equilibrado por periodos de homeostasis y homeorrexis, esto se refiere a que no permanece estática, sino que se encuentra en constante cambio.

Clasificación o tipología de la familia.

Desde el punto de vista del **desarrollo** de la familia se puede subdividir en 3 grupos que son:

- Moderna: Tiene elementos de desarrollo, niveles socioeconómicos altos, aspectos económicos, escolar e intelectual, rol económicamente activo de la mujer.
- Tradicional: El rasgo fundamental es la transmisión de modelos socioculturales, como son las tradiciones familiares, los valores sociales y de vida que determinan la perpetuación de estas características a través del paso de las generaciones.
- Arcaica o primitiva: Están predeterminada por factores socioculturales y demográficos, representadas por familias indígenas.

Desde el punto de vista **demográfico** se clasifican como:

- Urbana: Número poblacional mayor a 2,500 habitantes.
- Rural: Número poblacional menor a 2,000 habitantes.

Clasificación según su **composición**:

- Nuclear: Es aquella familia constituida por el padre, la madre y los hijos.
- Extensa o extendida: Está conformada por el padre, la madre, los hijos y algún otro familiar consanguíneo (abuelo, abuela materna o paterna, tíos, primos, sobrinos, etc).

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

- Extensa compuesta: Está compuesta por el padre, la madre, los hijos, algún pariente consanguíneo y alguna persona sin parentesco familiar (compadres, amigos).

Según su **funcionalidad**:

- Funcionales: Se considera que estas familiar cumplen todas sus funciones y permiten el pleno desarrollo de cada uno de sus miembros.
- Disfuncionales: Este tipo de familias no actúan según lo esperado para cubrir las funciones que tienen asignadas.

Según su **ocupación**:

- Campesinas: Familias representadas por agricultores, artesanos, peones del campo y pobladores que viven en los poblados rurales.
- Obreras: Familia cuya actividad económica depende del empleo que se otorga por una fábrica o empresa a subordinados.
- Profesionales: Su ingreso económico se debe a la actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado y que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.

Según su **cultura**:

- Indígena.
- Rural.
- Urbana.

Según su **nivel socioeconómico**:

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

- Estrato marginado o subproletariado: Estrato más bajo de la población, en este tipo de familias, los integrantes carecen de la seguridad de tener un empleo fijo y con ello un salario que cubra sus necesidades básicas, forman parte de la economía informal, el ejemplo más común son los indigentes.
- Estrato popular o proletario: Constituido por familias de obreros y trabajadores de la industria, cuentan con un empleo fijo y salario que cubre sus necesidades básicas.
- Estrato medio: Constituida por familias de obreros calificados y profesionistas, con empleo y sueldo fijo que cubre sus necesidades básicas y de recreación.
- Estrato elitario o de dominio: Familias con ingreso principal de empresarios o destacados profesionistas, cuentan con casas propias con todos los servicios.

Familias según su clase social: Se incluyen los siguientes indicadores, ubicación geográfica, nivel de subcultura, sistema económico-domestico, ocupación del jefe de la familia, ingresos familiares, niveles educativos, tamaño familiar, ingresos y gasto per cápita, ocupaciones diversas de otros miembros de la familia, condiciones de la vivienda, etc.

Según el sentido de **desarrollo en el cambio y en la evolución familiar**:

- Subdesarrolladas.
- Coyuntura.
- Desarrollo Estructural.
- Superestructural.

Familia según la **división de funciones y tareas**:

- Familias con función económica masculina.
- Familias con función económica femenina.

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

- Familias con función económica compartida.
- Familias que realizan la tarea según edad, genero, status familiar.
- Familias con disgregación múltiple compartida.

Familia según la **dinámica de interacción entre sus miembros**:

- Integradas y solidarias
- Desintegradas o en conflicto.
- Cooperación o subnuclearización en alianza en torno a la madre, al padre u otro miembro de la familia.

Según el **ejercicio de la autoridad**:

- Autoritarias e impositivas.
- Familias con autoridad democrática.
- Autoridad masculina.
- Autoridad femenina.
- Autoridad alternante.

Familias en Etapa Inicial

- De tamaño familiar pequeño (2 a 3 miembros)
- De tamaño familiar medio (4 a 5)
- De tamaño familiar grande (más de 6)

Familias en etapa primaria procreativa, inicial.

- De tamaño familiar pequeño (2 a 3 miembros)
- De tamaño familiar medio (4 a 5)
- De tamaño familiar grande (más de 6)

Familias en etapa final, de disgregación:

- De tamaño familiar pequeño (2 a 3 miembros)
- De tamaño familiar medio (4 a 5)
- De tamaño familiar grande (más de 6)

Según sus **tipos de relación comunicación**:

- Familia Rígida
- Familia Sobreprotectora
- Familia Amalgamada
- Familia Centrada
- Familia Evitadora
- Familia Seudodemocrática

Otras clasificaciones de familia:

- Familia Nuclear
- Familia Monoparental
- Neofamilia⁽⁵⁾

El familiograma.

El familiograma es una herramienta útil para determinar el tipo de estructura familiar y nos ayuda a comparar la organización familiar con la elección de un método de planificación familiar entre la diversa variedad de ellos.

Los instrumentos de atención a la familia como el familiograma permiten al profesional de la salud observar y recolectar datos de los puntos fuertes y débiles de una familia y su situación actual, así como sus antecedentes.

El familiograma es una representación gráfica de la familia, la cual provee información de sus integrantes. Este instrumento fue diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, composición, estructura, tipo de familia, relaciones, roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual está cursando la misma en un momento determinado, y es útil para identificación de familias cuya estructura las coloca en algún riesgo de carácter biológico, psicológico o social y éste al representar gráficamente 3 generaciones nos ayuda a observar patrones repetitivos, así como antecedentes de enfermedad que han ocurrido en cada uno de sus integrantes.

El familiograma es un método para almacenar datos de la familia, los cuales dan la oportunidad de hacer una recolección de información básica (nombres, fechas de nacimiento, muerte, matrimonio, entre otros) y así mismo nos provee de información compleja (problemas familiares repetitivos, triangulaciones, herencia y otros).

El uso del familiograma se da principalmente por profesionales de la salud como psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y en medicina familiar, entre otras especialidades médicas. Mayormente ha sido empleado en salud para el manejo de una enfermedad o la muerte y su posible extensión hacia otros miembros de la familia; para el manejo de síntomas frecuentes, identificando la causa de los síntomas antes de enfocarse en la que presenta el paciente; para anticipar o prevenir problemas médicos, biomédicos agudos crónicos y aquellos inducidos por el estrés; para reconocer, diagnosticar, realizar consejería o registrar problemas genéticos; y para comprender, tratar y prevenir el uso y abuso de adicciones o cualquier otros problema de salud tales como el Alzheimer, crónico degenerativas y otras.

Cómo se realiza un familiograma:

- Previo consentimiento informado del paciente.
- Debe ser elaborado por un profesional de la salud.

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

- Se explica al sujeto en estudio la utilidad de la elaboración del familiograma y el conocimiento acerca de su familia.
- Se inicia con el sujeto en estudio y posteriormente con cada uno del resto de los integrantes de la familia.
- El familiograma se puede realizar en varias sesiones y es recomendado que no sea más de 10 minutos por cada una de ellas.
- Se obtiene la información por medio de una entrevista directa, el personal de salud se enfocará a la recolección de los datos que a su consideración resulten más importantes para el padecimiento actual del sujeto en estudio y factores que afectan el resto de la familia.
- Se utiliza la simbología aceptada internacionalmente.
- Se anotan 3 generaciones.
- Debe contener el nombre de todos los integrantes de la familia, con edad y fecha de nacimiento y defunción (cuando aplique).
- Anotar enfermedades significativas de todos los integrantes.
- Se denotan agrupadas con líneas punteadas las personas que viven en un mismo techo.
- Una vez concluido el familiograma, se anota el nombre del personal de salud que lo realizó y la fecha en que fue elaborado, así como las iniciales de la familia en estudio⁽²³⁾.

El uso del familiograma nos ayuda al estudio y detección de factores de riesgo que pueden influir en la elección y correcta utilización de los métodos anticonceptivos, así con esto lograr un mejor control sobre la fertilidad.

El control de la fertilidad resulta de vital importancia, ya que las personas pueden realizar de mejor manera su proyecto de vida; tener hijos planeados ayuda a una mayor estabilidad económica, psicológica y social, además de más oportunidades de desarrollo tanto para la pareja como el nuevo integrante de la familia.

A lo largo de la historia han surgido una gran cantidad de métodos anticonceptivos que satisfacen las necesidades tanto de hombres como mujeres en edad reproductiva que desean evitar temporalmente el embarazo; debido a esto en algunas situaciones, aunque se cuenta con la información sobre el uso de los diferentes métodos, las personas no los utilizan de manera adecuada y esto los expone a embarazos no planeados⁽⁶⁾.

Definiciones Operacionales:

Ámbito de aplicación: Espacio limitado para el desarrollo o aplicación de funciones de un órgano administrativo.

Paciente: Individuo que interactúa con el personal de salud en los procesos de la atención médica

Derechohabiente: El asegurado, el pensionado y los beneficiarios de ambos, que en términos de la Ley del Seguro Social vigente, tengan derecho a recibir las prestaciones del Instituto.

Expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, ópticos o magneto ópticos, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención con apego a las disposiciones sanitarias y legales.

Atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Atención médica en primer nivel: Conjunto de acciones coordinadas que desarrolla el equipo de salud, en aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria, con capacidad resolutoria para atender y satisfacer las necesidades de salud que con mayor frecuencia demanda la población derechohabiente; en las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y ambientales del individuo, la familia y la comunidad. Se otorga a través de la Consulta de Medicina Familiar, Atención Médica Continua o Urgencias y Auxiliares de Diagnóstico

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

Educación para la salud: Conjunto de acciones destinadas a desarrollar en los asegurados y sus familias los conocimientos necesarios que les permita participar activamente en el autocuidado de su salud, disminuyendo los riesgos y previniendo los daños; así como solicitar oportunamente la atención médica y responsabilizarse del manejo de su enfermedad.

Salud reproductiva: Estado general de bienestar físico, mental y social, de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Planificación familiar: Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, edad y el estado social o legal de las personas.

Riesgo reproductivo: Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como el producto de la concepción, de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo.

Indicación anticonceptiva: Prescripción o aplicación de un método anticonceptivo de acuerdo a las necesidades personales, expectativas reproductivas y condición de salud del aceptante.

Vida sexual activa: Personas que tuvieron relaciones sexuales en el último mes, incluyendo a las embarazadas y las que se encuentran en el puerperio, debido a que este grupo de mujeres estuvieron expuestas al riesgo de embarazo recientemente.

Aceptante de método anticonceptivo: Persona en edad fértil a quien se le prescribe, aplica o realiza un método anticonceptivo por primera vez por el personal de salud del Instituto, o bien, por una partera rural. Incluye a la persona que cambia de método anticonceptivo y a la que se le prescribe, aplica o realiza un método post evento obstétrico antes del egreso hospitalario de la atención del parto, cesárea o aborto.

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

Usuario/a de método anticonceptivo: Persona que utiliza algún método anticonceptivo temporal o que le ha sido practicado algún método de anticoncepción definitivo, llamada también usuaria activa.

No usuarias: Indica el grupo de mujeres ex-usuarias más la nunca usuarias de algún método anticonceptivo.

Consentimiento informado en planificación familiar: Proceso de comunicación educativa personalizado que culmina con la toma de decisión voluntaria, libre, informada y responsable sobre la adopción de un método anticonceptivo.

efectividad anticonceptiva: Capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones correctas de uso.

Anticoncepción post evento obstétrico: Prescripción, aplicación y/o realización de un método anticonceptivo durante el período asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución por vía vaginal ó quirúrgica de un embarazo, independientemente de la edad gestacional⁽²²⁾.

Antecedentes Científicos

Entre septiembre y noviembre del año 2015, Barragán, Beltrán y Murcia realizaron un trabajo de investigación en Colombia cuyo objetivo principal era analizar y comparar el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos de los estudiantes de colegios públicos y privados, observando si dicho conocimiento guarda alguna relación directa con la entidad educativa a la que pertenecen, así como cuantificar y contrastar mediante encuestas, cómo el nivel socioeconómico y el núcleo familiar llegan a tener influencia directa en el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos en los estudiantes, identificar las constantes y comportamientos comunes en ambas poblaciones, mediante variables dependientes que ayuden a precisar y concretar aspectos sociales y económicos generales respecto al conocimiento de los métodos anticonceptivos.

Este proyecto de investigación surgió del interés por conocer los factores que intervienen en la adquisición de conocimiento de los anticonceptivos, los cuales son un tema relevante en el desarrollo social del estudiante, para su crecimiento y una adecuada toma de decisiones en el momento en el que se deba enfrentar a situaciones respecto a la sexualidad. Se observaron características socioeconómicas y familiares para determinar las variantes que influyen en la información, el estudio se llevó a cabo en una población de 192 estudiantes de 6 colegios diferentes en los cuales se aplicó una encuesta para valorar núcleo familiar, estrato socioeconómico, carácter del colegio y género. El cuestionario consta de 18 preguntas relacionadas al uso y conocimiento de los métodos anticonceptivos, o por qué a pesar del conocimiento no son usuarios de estos.

Por medio de los resultados, se llegó a la conclusión de que la población evaluada en los colegios privados sí tiene un mayor conocimiento respecto a la población de los colegios públicos, siendo un 30% superior en la nota cuantitativa; específicamente, las mujeres cuentan con un mayor conocimiento en ambos tipos de colegios respecto a los métodos anticonceptivos. Dicho conocimiento se relaciona directamente con la fuente de obtención de estos; en los colegios públicos la mayor fuente de conocimiento de métodos anticonceptivos es el mismo colegio, mientras que en los colegios privados se señaló como mayor fuente de conocimiento el internet, siendo este una herramienta importante que proporciona y complementa los conocimientos ofrecidos por el colegio u otras fuentes⁽²⁴⁾.

Justificación

El uso de anticonceptivos es un problema de salud pública importante en el grupo etario de adolescentes.

El uso de métodos anticonceptivos por los adolescentes tiene un gran impacto en diferentes ámbitos de la vida del paciente, ya que influye en el proyecto de vida, el cual está relacionado con aspectos culturales, sociales, económicos y biológicos, una buena planificación familiar ayuda a evitar riesgos de morbilidad a los que están expuestos los adolescentes y que impactan directamente en la calidad de vida.

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

Con esta finalidad se propone el presente estudio para conocer la influencia de la tipología familiar en la elección de un método anticonceptivo por parte de los adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 94, con la elaboración de un familiograma estructural se podrá obtener información acerca de los factores familiares que influyen en la elección de un método de planificación familiar y en base a esto poder fortalecer estrategias para transmitir información en planificación familiar de acuerdo a las necesidades de los adolescentes, impactando directamente en la calidad de vida de estos y en el uso de recursos materiales y financieros de los servicios de salud.

Problematización

La tipología familiar influye en la toma de decisiones respecto a la elección de un método de planificación familiar, ya que en ella se pueden observar características importantes que determinan las preferencias de las mujeres adolescentes a la hora de la elección, así como sus tradiciones y conocimiento de los métodos anticonceptivos.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la conformación familiar y el método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una unidad de medicina familiar?

Objetivos

General

- Determinar la conformación familiar y el método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una unidad de medicina familiar.

Específicos

- Conocer el tipo de conformación familiar de las usuarias adolescentes de método anticonceptivo en una unidad de medicina familiar.
- Identificar los tipos de métodos anticonceptivos de los que son usuarias las adolescentes en una unidad de medicina familiar.

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

- Determinar el tipo de conformación familiar y el método anticonceptivo mas frecuentemente elegido en usuarias adolescentes en una unidad de medicina familiar.

Expectativa empírica.

La frecuencia de la conformación familiar y la elección del método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una unidad de medicina familiar.

Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo con un muestreo por conveniencia de mujeres adolescentes aceptantes y usuarias de métodos de planificación familiar adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 (UMF 94) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a las cuales se les tipificará la familia según su conformación y se especificará el tipo de método de planificación, por medio de Excel se elaborarán tablas y gráficos para presentar su comportamiento.

Universo

Adolescentes usuarias y aceptantes un método de planificación familiar.

Población

Adolescentes usuarias y aceptantes un método de planificación familiar, derechohabientes del instituto mexicano del seguro social con adscripción a la unidad de medicina familiar 94.

Muestra

Serán seleccionados como muestra a las mujeres adolescentes que acudan al servicio de planificación familiar en forma espontánea, en el periodo de tiempo determinado.

Identificación de las variables

Variable dependiente.

- **Conformación familiar.**

Variable independiente.

- **Método de planificación familiar.**
- **Variables descriptoras.**
- **Edad.**
- **Escolaridad.**
- **Nivel socioeconómico.**
- **Riesgo reproductivo.**

Determinación estadística del tamaño de la muestra

Se tomó de la base de datos de ARIMAC el total de mujeres adolescentes de 10 a 19 años de edad de la unidad de medicina familiar número 94 que son 12500, dicha cantidad se agregó a una base de datos del programa EPI-infov6,0 el cual arrojó que se deberían encuestar a 40 mujeres adolescentes esto con una prevalencia esperada del 50% un error esperado del 25% y un nivel de confianza de 95%, para ellos de utilizo Esto se la incidencia cruda de 12.92% del estudio que se realizó en nuestro país sobre la magnitud del evento adverso de las úlceras por presión. (51)

$$n = \frac{N * Z_{\alpha/2} * q}{D^2 * (N-1) + Z_{\alpha/2} * p}$$

Donde:

N: total de la población

Z_{α/2}: (si la seguridad es del 95%)

p: proporción esperada (en este caso 5%=0.05)

q: 1-p (en este caso 1.0.05=0.95)

d: precisión (en este caso deseamos un 3%)

$$n = 120$$

Tipo de Muestreo

Muestreo por conveniencia

Procedimiento para la integración de la muestra

- **Se identificó a los pacientes para la integración de la muestra.**
- **Hoja de recolección de la información.**
- **Demográficos: edad, genero, escolaridad, estado civil**

Procedimiento para recolectar la información

- **Aplicación del instrumento.**
- **Vaciado de datos en la hoja de recolección de los mismos**
- **Concentración de los datos en hoja correspondiente.**
- **Análisis de resultados.**

Criterios de selección

De inclusión

Mujeres adolescentes de 10 a 19 años aceptantes o usuarias de métodos de planificación familiar.

Que acudan al servicio de Pla ...(PF) a la unidad de medicina familiar 94 (UMF 94).

Que aceptan participar voluntariamente y bajo consentimiento informado.

De exclusión

Que no respondan la totalidad de los apartados de la hoja de recolección de de datos.

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

Instrumentos



DIRECCION
DE PRESTACIONES
MEDICAS

ATENCION MEDICA PRENATAL
Y RIESGO REPRODUCTIVO

CIRCULE EN DONDE HAYA CUADROS

PROCEDENCIA UMF

ENVIO HGZ

| | | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|-----|---------------------------------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------------------|--------------------------------|--|
| 1. EDAD (EN AÑOS) | | | 7. GESTA | | | 12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS | | |
| 20 A 29 | <input type="text" value="0"/> | | 2 A5 | <input type="text" value="0"/> | | NINGUNO PATOLOGICO | <input type="text" value="0"/> | |
| 16 A 19 | <input type="text" value="1"/> | | PRIMIGESTA | <input type="text" value="1"/> | | TOXEMIA | <input type="text" value="4"/> | |
| 30 A 34 | <input type="text" value="1"/> | | 1+ DE 5 | <input type="text" value="3"/> | | POLIHIDRAMNIOS | <input type="text" value="4"/> | |
| 1+ DE 15 O + DE 34 | <input type="text" value="4"/> | | | | | SANGRADO 3ER TRIMESTRE | <input type="text" value="4"/> | |
| 2. PESO HABITUAL (KILOS) | | | 8. PARA | | | PRE TERMINO - 38 SEMANAS | | |
| 50 O + | <input type="text" value="0"/> | | 1+ DE 5 | <input type="text" value="0"/> | | BAJO PESO AL NACER - 2500g | <input type="text" value="4"/> | |
| 1+ DE 50 | <input type="text" value="1"/> | | 5 O + | <input type="text" value="4"/> | | MALFORMACION CONGENITA | <input type="text" value="4"/> | |
| 3. TALLA (CENTIMETROS) | | | 9. ABORTOS | | | MUERTE FETAL TARDIA + 28 SEMANAS | | |
| 1+ DE 150 | <input type="text" value="0"/> | | 0 A 1 | <input type="text" value="0"/> | | MACROSOMIA +4000g | <input type="text" value="4"/> | |
| 150 O - | <input type="text" value="1"/> | | 2 | <input type="text" value="2"/> | | CIRUGIA PELVICO UTERINA | <input type="text" value="4"/> | |
| 4. ESCOLARIDAD MATERNA | | | 3 O + | | | OTROS | | |
| SECUNDARIA O + | <input type="text" value="0"/> | | 10. CESAREA | | | 13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS | | |
| PRIMARIA O - | <input type="text" value="0.5"/> | | NO | <input type="text" value="0"/> | | NINGUNO | | |
| 5. FUM | | | SI | | | HIPERTENSION ARTERIAL | | |
| DIA | MES | AÑO | 11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL ACTUAL (MESES) | | | DIABETES MELLITUS | | |
| | | | <input type="text" value="0"/> | | | INFECCION SISTEMICA | | |
| | | | 13 A 60 | | | CARDIOPATIA | | |
| | | | 1+ DE 13 | | | OTROS | | |
| | | | 1+ DE 60 | | | 14. TABAQUISMO | | |
| 6. FPP | | | EL ULTIMO EMBARAZO | | | NO O -10 CIGARROS AL DIA | | |
| DIA | MES | AÑO | FUE DE TERMINO EL PARTO FUE NORMAL | | | 10 O + CIGARROS AL DIA | | |
| | | | HUBO MORTALIDAD PERINATAL | | | 15. ALCOOLISMO/ OTRA TOXICOMANIA | | |
| | | | <input type="text" value="SI"/> | | | NO | | |
| | | | <input type="text" value="NO"/> | | | SI | | |
| VIDA SEXUAL ACTIVA | | | | | | NUMERO DE HIJOS VIVOS | | |
| | | | | | | -- | | |
| | | | | | | RR | | |
| | | | | | | -- | | |

| CONSULTAS PRENATALES | 16 SEMANAS DE AMENORREA | 17 PESO (KILOS) | MEDICO TRATANTE | 18 AFU | 19 SALIDA LIQUIDO AMNIOTICO (+)(-) | 20 FOCO FETAL PRESENCIA (+)(-) | 21 MOV FETALES SI NO | 22 TA DIASTOLICA | 23 SANGRADO GENITAL | 24 EDEMA |
|----------------------|-------------------------|-----------------|-----------------|--------|------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------|---------------------|----------|
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |

ESCALA DE ESTRATIFICACIÓN SOCIAL DE GRAFFAR

Se utilizan cuatro categorías cada una con 5 niveles.

A. PROFESION DEL JEFE DE LA FAMILIA

1. Profesión universitaria, alto comerciante con posiciones gerenciales, oficiales de las fuerzas armadas nacionales: Se consideran dentro de este grupo a las personas egresadas con títulos de universidad, ó bien propietarios de empresas, industriales o comerciantes altamente productivos ó que pertenezcan a "Cadenas" como, por ejemplo: CADA, Central Madeirense, Maxy's, etc. Pueden ser también personas que ocupen posiciones de alta dirección o gerencia en instituciones públicas o privadas (muy bien remuneradas) Así como personas egresadas de Institutos Pedagógicos o de Politécnicos Universitarios.

2. Profesiones técnicas ó medianos comerciantes o productores: Se consideran dentro de este grupo a las personas egresadas con título de Escuelas Industriales o Técnicas de las Fuerzas Armadas o Institutos Universitarios, así como también los peritos egresados de esas instituciones, o los artistas de teatro y afines.

3. Empleados sin profesión universitaria o técnica definida, pequeños comerciantes o productores: Se consideran en este grupo a los empleados de Institutos Privados o Públicos que no tengan profesión Universitaria o Técnica. Ejemplo: peritos de cursos cortos, secretarías, mecanógrafas, etc. También se consideran los pequeños comerciantes o productores, o sea, propietarios de negocios pequeños y empresas con menos de 5 personas incluido el dueño. Ejemplo: Propietarios de bodegas, abastos, zapaterías, talleres.

4. Obreros Especializados: Considérese en este grupo a todos aquellos obreros clasificados o especializados. Ejemplo: tractoristas, chofer, pintor, agricultor especializado. Dr. Henry Barrios-Cisneros Especialista en Medicina Interna Investigador en Salud Holística Naturista Quiropráctico Psicoterapeuta Holístico Estrés, ansiedad y depresión

5. Obreros no Especializados: Considérese en este grupo a todos aquellos obreros no clasificados o especializados. Ejemplo: jornaleros, pisatarios, vendedores ambulantes, buhoneros, servicios domésticos, trabajadores del aseo urbano.

NOTA IMPORTANTE: Esta pregunta se refiere a la profesión del jefe de familia, y no a la ocupación, por lo tanto si el jefe de familia está desocupando o desempleado interesa conocer cuál es su profesión u ocupación habitual. En caso de que el jefe de familia sea la madre, se debe anotar en esta pregunta cuál es la profesión de ella y también hacerle la pregunta siguiente: Si el jefe de familia es ama de casa (se clasificará en 4 si su grado de instrucción es 3 ó 4, o sea,

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

educación media incompleta o primaria, y se clasificará en 5 si es alfabeto ó analfabeto.

B. NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE

Marcar con una "X" según sea la pregunta dada, atendiendo a las siguientes clasificaciones:

1. Enseñanza Universitaria o su Equivalente: Egresados con títulos de universidades, politécnicos y pedagógicos.
2. Enseñanza Secundaria Completa o Técnica Superior Completa: Consideradas dentro de esta clasificación a los egresados de bachillerato con título, egresados de escuelas normales o institutos de formación docente, egresados de escuelas técnicas con título (equivalente al bachiller diversificado o al título de formación docente).
3. Enseñanza Secundaria Incompleta o Técnica Inferior: Se considera como secundaria incompleta a aquellas personas que no han cursado al menos hasta 2do año de educación media o normal. las que hayan cursado sólo 1ero ó 2do, incompleto se clasificarán en primaria. Se considera técnica inferior completa a aquellas personas que han realizado cursos técnicos e institutos tales como INCE, Academias Privadas, etc.; y han obtenido su título.
4. Educación Primaria o Alfabeto: Personas que han estudiado algún grado de educación primaria o que saben leer o escribir. Considérese también las que sólo hayan cursado 1ero ó 2do año incompleto de educación media.
5. Analfabeto: Personas que no saben leer ni escribir.

C. PRINCIPALES FUENTES DE INGRESO DE LA FAMILIA Marcar con una "X" la casilla correspondiente a la PRINCIPAL fuente de ingreso de la FAMILIA. Se considera como principal fuente aquella que sea la base de la economía familiar. Se clasificará atendiendo las siguientes definiciones:

1. Fortuna Heredada ó Adquirida: Suficiente cantidad de dinero heredado o adquirido que le permita vivir de sus rentas. Ejemplo: Hacienda importante, grandes negocios que en poco tiempo producen fortuna o ganancias fuertes obtenidas en juegos al azar (loterías, caballos).
2. Ganancias, Beneficios, Honorarios Profesionales: Es aquella formada por ingresos o beneficios provenientes de las utilidades de una empresa o negocio, o bien por honorarios profesionales correspondientes a los percibidos por personas que ejercen profesiones liberales que no dependen de un sueldo, ejemplo: Médicos, abogados, asesores, etc.

3. Sueldo Mensual: Cuando la fuente principal se deba a la remuneración sobre una base mensual o anual pero generalmente pagada mensualmente. Todos los empleados perciben "sueldo".

4. Salario Semanal: Por día o por tarea de destajo, o ganancias o beneficios pequeños, provenientes de negocios pequeños. Se incluye en este grupo a personas que ejecutan trabajos ocasionales, vendedores a pequeña escala tipo buhoneros, taxistas. Los obreros perciben salarios, aunque en algunas empresas cobran quincenalmente.

5. Donación de Origen público o Privado: Son ayudas o subsidios otorgados por Organismos públicos y privados o de donaciones de origen familiar. Así padres sostenidos por los hijos, personas sostenidas por padres o hermanos, etc.

NOTA: Las indemnizaciones de seguridad social no son consideradas donaciones. Las personas que al momento de la encuesta vivan de indemnizaciones (por ejemplo: enfermos, cesantes, jubilados o pensionados), serán clasificados según la categoría a la cual pertenecían en el momento que todavía trabajaban.

D. CONDICIONES DE ALOJAMIENTO: Marcar con una "X" la casilla correspondiente según la observación que usted mismo haga de la vivienda. Es muy importante que sea lo más objetivo posible en esta clasificación, siguiendo las siguientes definiciones:

1. Vivienda con Óptimas Condiciones Sanitarias en Ambientes de Lujo: Viviendas ubicadas en urbanizaciones residenciales elegantes, donde el valor del terreno y la vivienda es elevado y donde necesiten disponer de transporte propio para moverse. Se refiere a quintas muy lujosas con grandes jardines muy bien mantenidos sus interiores y exteriores, amplios espacios y construcciones con materiales de lujo. Se incluyen apartamentos tipo Pent House muy lujosos, con espacios de terrazas, doble recibo, etc. Hay que tomar en cuenta el concepto de baño por habitación.

2. Viviendas con Óptimas Condiciones Sanitarias en Ambientes sin Lujo pero Espaciosas: Vivienda con áreas bien diferenciadas y espaciosas, dotadas de un jardín bien cuidado de los servicios y bienes necesarios para el confort, ubicados en urbanizaciones residenciales bien mantenidas. Se refiere a casa o quinta con áreas bien diferenciadas y espaciosas, con jardines bien mantenidos y condiciones sanitarias óptimas sin ambientes de lujo. Se incluyen los apartamentos espaciosos con áreas definidas y terrazas. Hay que tomar en cuenta el concepto de condiciones sanitarias óptimas.

3. Viviendas con Buenas Condiciones Sanitarias en Espacios Reducidos: Viviendas con áreas reducidas bien definidas o no, y con buenas condiciones sanitarias y ubicadas en zonas residenciales, comerciales o industriales. Se refiere

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

a casas o quintas pequeñas con buenas condiciones sanitarias, así como a los apartamentos en general.

4. Viviendas con Ambientes Espaciosos o Reducidos con Deficiencias en Algunas Condiciones Sanitarias: Se refiere a casa o apartamento de construcción sólida, con deficiencia en algunas condiciones sanitarias (número de baño, agua, electricidad, etc) ubicados en urbanizaciones o barrios de vivienda tipo interés social o barrios de obreros y similares en zonas comerciales o industriales.

5. Rancho o Vivienda con una Habitación y Condiciones Sanitarias Inadecuadas: Se refiere al tipo de viviendas improvisadas (ranchos, barrancas, casas de vecindad) o viviendas de construcción estable, pero en abandono, situadas en barrios marginales y con condiciones sanitarias inadecuadas. Si en este grupo los asentamientos de damnificados y las viviendas rurales en malas condiciones sanitarias.

NOTA: En todos los casos, la falta de mantenimiento, las fallas en las condiciones sanitarias y el hacinamiento implica el descenso en las condiciones en la clasificación de la vivienda.

COMPUTO PARA LA ESTRATIFICACION SOCIAL

Colocar el valor de cada uno de los ítems anteriores en el espacio reservado para ello y luego se deben sumar. El valor obtenido es el que determina a cuál clase socioeconómica pertenece la familia, según la siguiente clasificación:

| TOTAL | ESTRATO SOCIAL |
|-------|----------------|
| 4-6 | I Alto |
| 7-9 | II Medio alto |
| 10-12 | III Medio bajo |
| 13-16 | IV Obrero |
| 17-20 | V Marginal |

Una vez obtenida la clasificación, el encuestador debe analizar si la ha hecho bien, comparando dicha clasificación con los que ha observado. Si hay duda sobre la clasificación obtenida, debe revisar los ítems marcados en cada pregunta y hacer cualquier corrección que sea necesaria.

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

ESCALA GRAFFAR

| Parámetro: | Puntos: | Descripción: |
|------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Profesión del jefe del hogar | 1 | Profesión universitaria. |
| | 2 | Profesión técnica y superior o medianos comerciantes o productores. |
| | 3 | Empleados sin profesión universitaria. Bachiller técnico, pequeños comerciantes o productores propietarios. |
| | 4 | Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (que no posean título profesional) |
| | 5 | Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía. |
| Nivel de institución de la esposa(o) o cónyuge | 1 | Enseñanza universitaria o su equivalente. |
| | 2 | Enseñanza secundaria completa. |
| | 3 | Enseñanza secundaria incompleta. |
| | 4 | Enseñanza primaria o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria). |
| | 5 | Analfabetas. |
| Principal fuente de ingreso del hogar | 1 | Fortuna heredada o adquirida. |
| | 2 | Ganancias, beneficios, honorarios profesionales. |
| | 3 | Sueldo mensual. |
| | 4 | Salario semanal, por día. Entrada a destajo. |
| | 5 | Donaciones de origen público o privado |
| Condiciones de alojamiento | 1 | Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambientes de gran lujo y grandes espacios. |
| | 2 | Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo, sin exceso y suficientes espacios. |
| | 3 | Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2. |
| | 4 | Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias. |
| | 5 | Rancho o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas. |

| TOTAL | ESTRATO SOCIAL |
|-------|----------------|
| 4-6 | I Alto |
| 7-9 | II Medio alto |
| 10-12 | III Medio bajo |
| 13-16 | IV Obrero |
| 17-20 | V Marginal |

Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva con ayuda del programa Excel, procediendo a realizar cuadros y gráficas de los datos obtenidos de las variables estudiadas, esto para su posterior análisis y discusión.

Resultados:

con 120 participantes, 61% son mayores de edad, 77.5% tienen escolaridad secundaria, 56% son solteras, 65% tiene nivel social medio bajo y 85% tuvieron un riesgo reproductivo alto; en cuanto a la conformación familiar, 62.5% resultaron familias extensas, seguido por 22.5% de tipo nuclear y 15% de tipo monoparental, y respecto a al método anticonceptivo, el 48.3% eligió el implante subdérmico, seguido por el parche anticonceptivo 15% el 10% eligió el dispositivo intrauterino y el 10% el hormonal oral.

La educación en salud reproductiva es fundamental para el desarrollo biopsicosocial de los adolescentes, la mayor parte de las adolescentes de este estudio tienen escolaridad secundaria, por lo que el médico familiar debe estar capacitado para detectar a los derechohabientes adolescentes y derivar tempranamente a estos al servicio de planificación familiar, también son en su mayoría

solteras, lo que se traduce a que las adolescentes recurren a los métodos anticonceptivos para postergar la maternidad ya que posiblemente no está en su proyecto de vida a corto plazo.

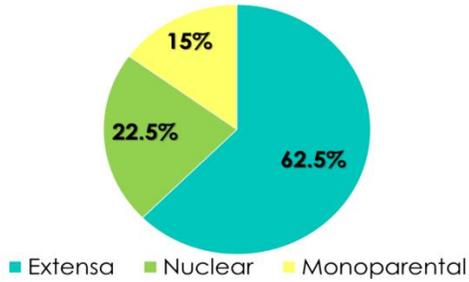
La prevención de embarazos adolescentes y de alto riesgo disminuyen la morbimortalidad perinatal. El identificar la conformación familiar y las condiciones socioeconómicas en que se desarrollan las mujeres nos ayuda a fomentar el fortalecimiento de grupos de apoyo para prevención de conductas de riesgo. La

fecundidad es uno de los eventos demográficos que inciden en la estructura y composición de la población, influye en su tendencia y estructura, en este estudio la mayor frecuencia en la conformación familiar está dada por las familias extensas. Las adolescentes integrantes de familias extensas eligen con mayor frecuencia

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

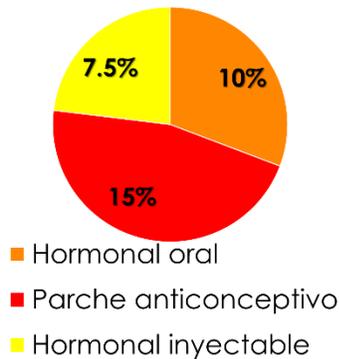
métodos anticonceptivos reversibles de larga duración y el método anticonceptivo más usado es el implante subdérmico.

Grafico 1. Conformación familiar de adolescentes aceptantes y usuarias de métodos anticonceptivos



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, noviembre del 2017

Grafico 2. Métodos anticonceptivos reversibles de corta duración elegidos por adolescentes.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, noviembre del 2017.

Gráfico 3. Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración elegidos por adolescentes.

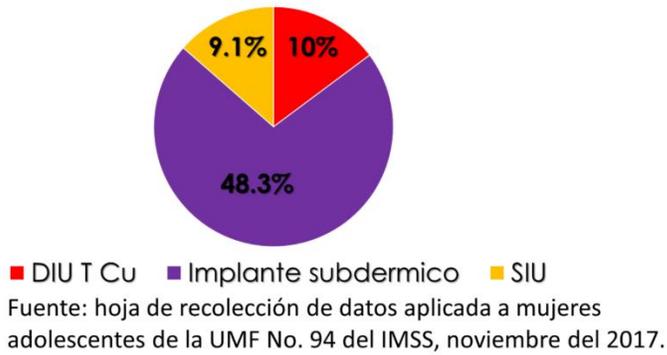
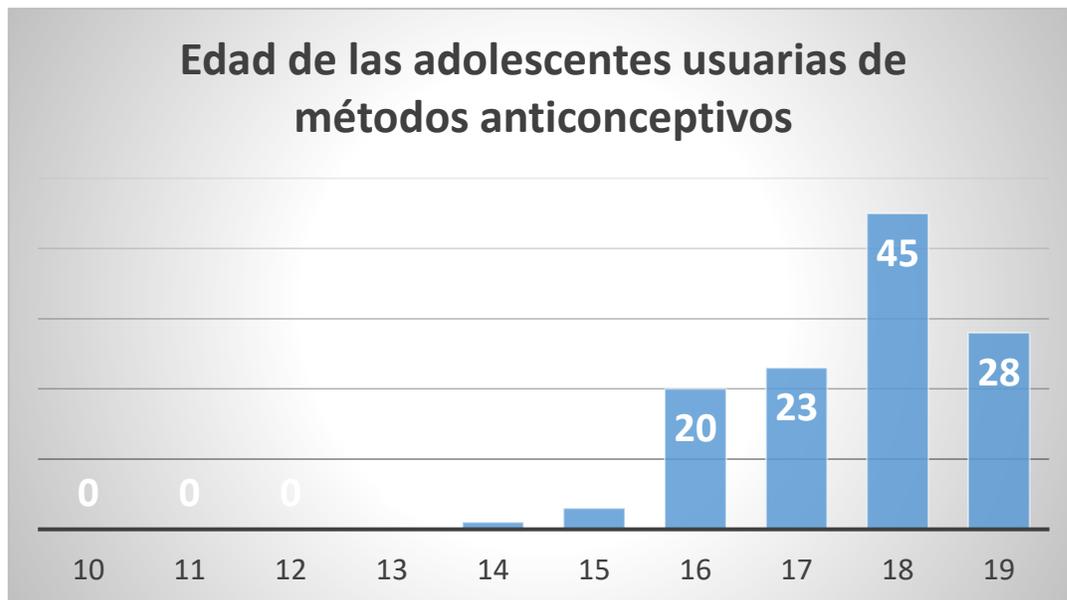
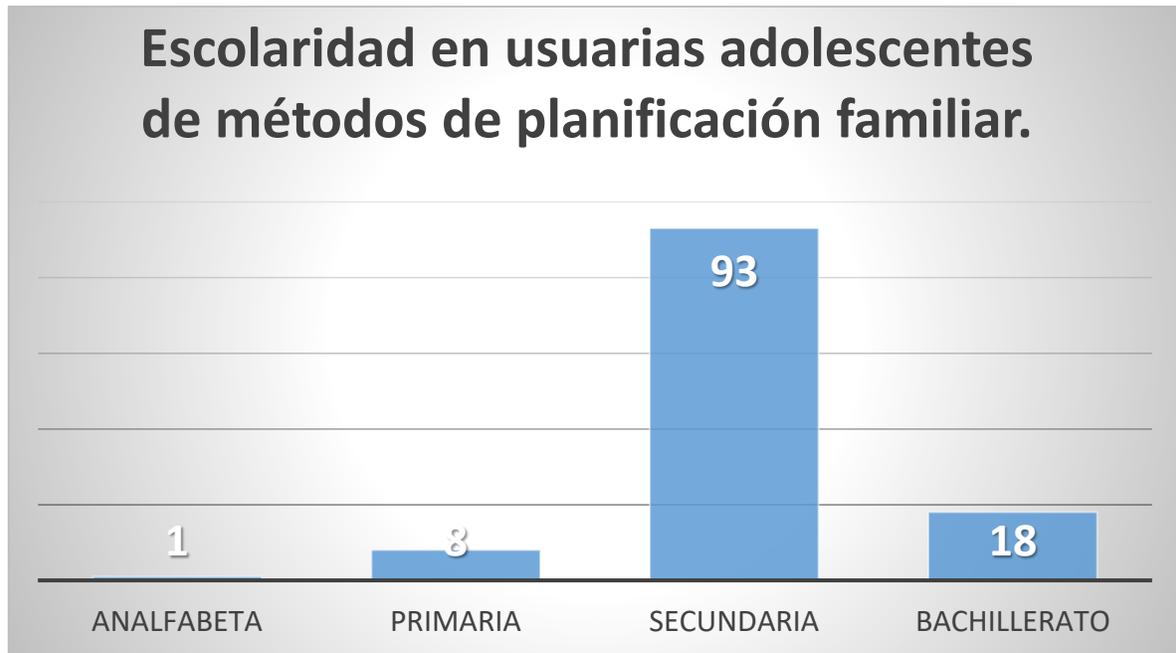


Gráfico 3-



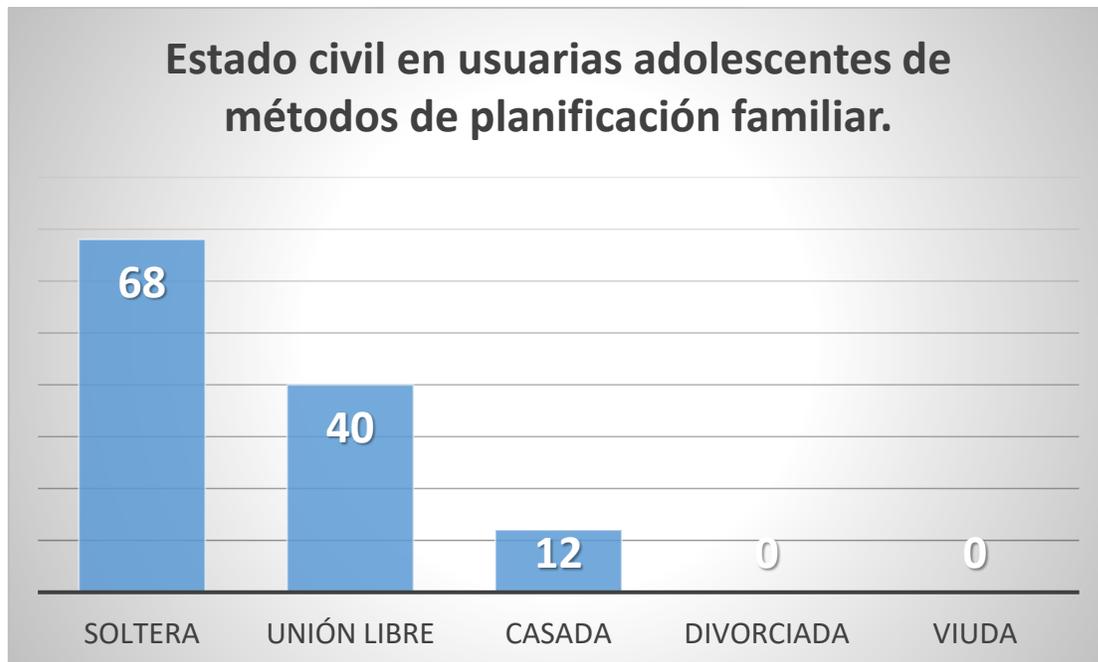
Fuente Hoja de recolección de datos aplicada a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, noviembre 2017

Gráfico 4-



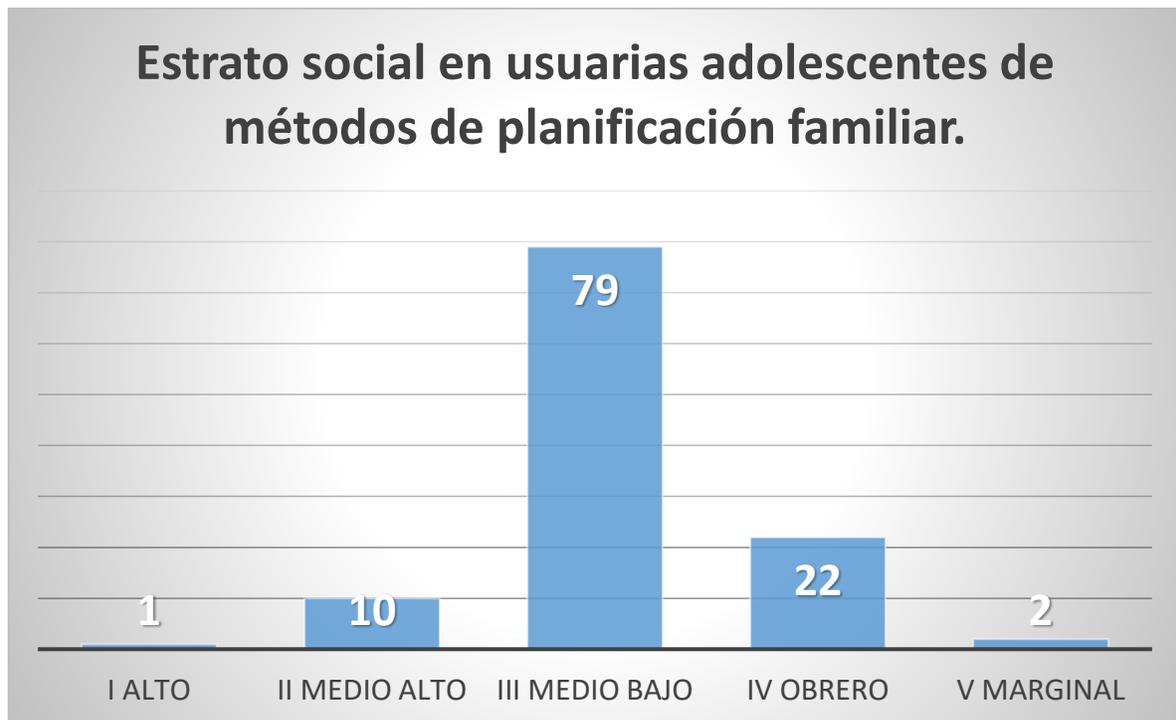
Fuente Hoja de recolección de datos aplicada a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, noviembre 2017

Gráfico 5-



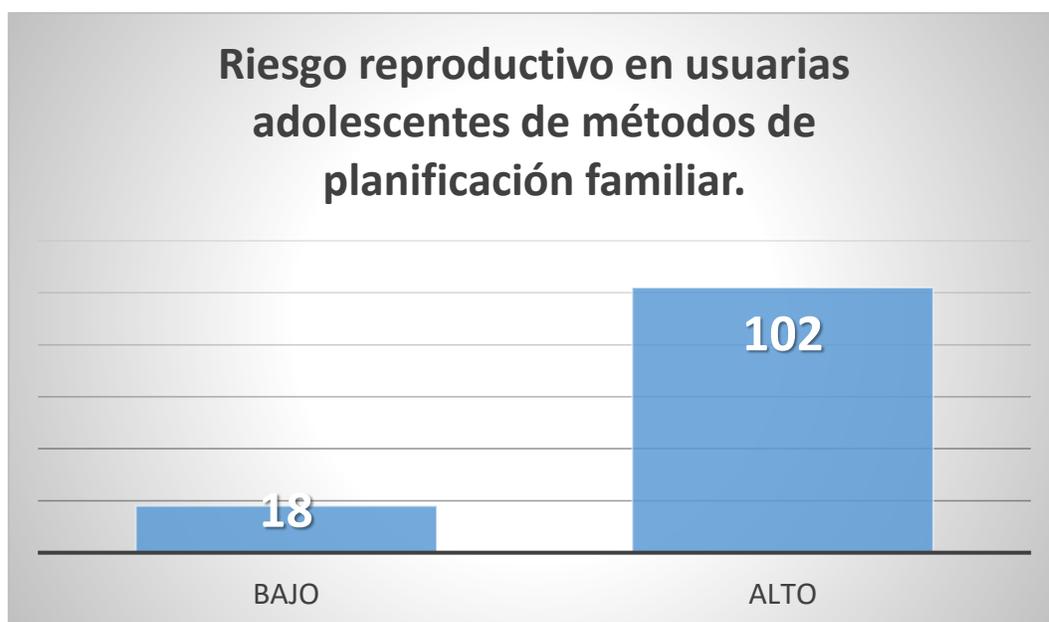
Fuente Hoja de recolección de datos aplicada a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, noviembre 2017

Gráfico 6-



Fuente Hoja de recolección de datos aplicada a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, noviembre 2017

Gráfico 7-



Fuente Hoja de recolección de datos aplicada a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, noviembre 2017

Difusión del estudio

Este proyecto de investigación surge de la necesidad de conocer el medio en que se desarrollan los adolescentes, un problema en salud pública es el embarazo adolescente, por lo cual con este estudio se pretende conocer y promover el uso de métodos anticonceptivos. Se realizará la investigación para obtener información sobre la tipología familiar, el estado socioeconómico y se calculará el riesgo reproductivo. Con los datos obtenidos se presentara una ponencia.

Consideraciones éticas

Este proyecto se apega a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4to, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990. El reglamento de la ley general de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

El acuerdo por el cual se crea la comisión interinstitucional de investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983.

El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984. La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. El manual de Organización y Operación del Fondo para el Fomento de la Investigación Médica. Esta investigación por las características que presenta de no utilizar métodos invasivos o que afecten la integridad del individuo se puede clasificar como de riesgo bajo.

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

Se informará a las autoridades de la unidad, donde se llevará a cabo el estudio y los resultados encontrados se mantendrán en forma confidencial para uso exclusivo del departamento de enseñanza e Investigación de la UMF No.94 de México D.F.

Riesgo de la investigación

Ninguno.

Normas de apego

Previo consentimiento informado se recaban los datos de las pacientes.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto

Obtener estadística para mejorar los programas de salud pública en cuanto a uso de métodos anticonceptivos en adolescentes.

Balance riesgo beneficio

Se obtiene un beneficio para la población en general.

Confidencialidad

Los datos obtenidos son de uso interno para la elaboración de este estudio, la identidad de las pacientes es protegida.

Condiciones para el consentimiento informado

Forma de selección de los participantes

Se seleccionaron a las pacientes adolescentes de 11 a 19 años que acudan al servicio de planificación familiar y sean usuarias o acepten utilizar un método de planificación familiar.

Calificación del Riesgo

Ninguno.

Recursos

RECURSOS

Humanos: investigadores involucrados.

Físicos: instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, salas de espera y pasillos.

Materiales: artículos de papelería.

Tecnológicos: equipo de cómputo.

Financieros: aportados por el investigador.

Programa de trabajo

PROGRAMA DE TRABAJO

Elaboración del protocolo de investigación en el mes de septiembre 2017, posteriormente se seleccionaron los instrumentos: Familiograma estructural, formato MF-7 de riesgo reproductivo y obstétrico y escala de Graffar, para la obtención de los datos del estudio, se realizó la hoja de recolección de datos y se aplicó a las mujeres adolescentes que se presentaron en el servicio de planificación familiar, se hizo el concentrado de los datos para su posterior análisis.

Cronograma de Actividades

CONFORMACION FAMILIAR Y METODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

| Actividades | MES (año) | SEPTIEMBRE 2017 | OCTUBRE 2017 | NOVIEMBRE 2017 | DICIEMBRE 2017 | ENERO 2018 | FEBRERO 2018 |
|---------------------------------------------------|------------------|------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|
| Elaboración del Protocolo | P | | | | | | |
| | R | R | | | | | |
| Selección del instrumento | P | | | | | | |
| | R | R | | | | | |
| Elaboración de la hoja de recolección de datos | P | | R | | | | |
| | R | | | | | | |
| Presentación al CLIEIS para registro de protocolo | P | | | R | | | |
| | R | | | | | | |
| Recolección de la información | P | | | R | | | |
| | R | | | | | | |
| Elaboración de la base de datos | P | | | R | | | |
| | R | | | | | | |
| Captura de la información | P | | | | R | | |
| | R | | | | | | |
| Procesamiento de Datos | P | | | | R | | |
| | R | | | | | | |
| Análisis de los Resultados | P | | | | | R | |
| | R | | | | | | |
| Elaboración del escrito científico | P | | | | | | R |
| | R | | | | | | |

P = programado

R = realizado

Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva con ayuda del programa Excel, procediendo a realizar cuadros y gráficas de los datos obtenidos de las variables estudiadas, esto para su posterior análisis y discusión.

Difusión del estudio

Este proyecto de investigación surge de la necesidad de conocer el medio en que se desarrollan los adolescentes, un problema en salud pública es el embarazo adolescente, por lo cual con este estudio se pretende conocer y promover el uso de métodos anticonceptivos. Se realizará la investigación para obtener información sobre la tipología familiar, el estado socioeconómico y se calculará el riesgo reproductivo. Con los datos obtenidos se presentara una ponencia.

Consideraciones éticas

Este proyecto se apega a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4to, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990. El reglamento de la ley general de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

El acuerdo por el cual se crea la comisión interinstitucional de investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983.

El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984. La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. El manual de Organización y Operación del Fondo para el Fomento de la Investigación Médica. Esta investigación por las características que presenta de no utilizar métodos invasivos o que afecten la integridad del individuo se puede clasificar como de riesgo bajo.

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

Se informará a las autoridades de la unidad, donde se llevará a cabo el estudio y los resultados encontrados se mantendrán en forma confidencial para uso exclusivo del departamento de enseñanza e Investigación de la UMF No.94 de México D.F.

Consentimiento informado



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del estudio: | CONFORMACION FAMILIAR Y METODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.94 |
| Patrocinador externo (si aplica): | No aplica |
| Lugar y fecha: | Ciudad de México, UMF No. 94,- Diciembre del 2017 |
| Número de registro: | Pendiente |
| Justificación y objetivo del estudio: | Identificar la tipología familiar de las adolescentes y observar como esta influye en la elección de un método de planificación familiar. |
| Procedimientos: | La participación consistirá en respuesta a preguntas dirigidas para la elaboración de un familiograma. |
| Posibles riesgos y molestias: | Tiempo invertido para contestarlas preguntas. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Orientación de algunos riesgos personales detectados que puede modificar. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre métodos de planificación familiar, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. |
| Participación o retiro | Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el IMSS |
| Privacidad y confidencialidad: | No se identificará el nombre de la paciente en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado. |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): | No aplica |
| Beneficios al término del estudio: | Identificar el tipo de estructura familiar en adolescentes, su relación con la elección de método anticonceptivo |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | |
| Investigador Responsable: | Dra Judith Magdalena Corona Lara, Matrícula: 99368779, teléfono: 5767 27 99, extensión: 21465. Correo electrónico: juco23@hotmail.com |
| Colaboradores: | Médico Residente del Curso de Especialización de Medicina Familiar Nadia Beatriz Pérez Castro Matrícula 97360047, teléfono 56497258, Correo electrónico: nadiap90@hotmail.com |

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la 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: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

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: 2810-009-013

Bibliografía

1. Díaz Alonso Guillermo. Historia de la anticoncepción. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1995 Abr [citado 2017 Nov 08] ; 11(2): 192-194. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251995000200015&lng=es.
2. González Labrador Ignacio, Miyar Pieiga Emilia. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 Ago [citado 2017 Nov 21] ; 17(4): 367-378. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400010&lng=es.
3. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4aed 2009. Ago [citado 2017 Nov 12] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243563886_spa.pdf.
4. NOM 005
5. Membrillo, Luna. Composición familiar. Familia, introducción al estudio de sus elementos. 1ra Edición. México DF: Editores de textos mexicanos; 2008. 53-71
6. Barragan, Beltran. Incidencia de la educación, núcleo familiar y sociedad en el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos. PAP. 2015; ISSN 0123-0670: 65-76.
7. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
8. Ley General de Población, en el Artículo 17, 18 y 20
9. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización de la gestante adolescente. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2017]; 30(2). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm
10. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la de la VI cátedra de Medicina. 2001;107:11-23
11. Sam-Soto, Selene, Osorio-Caballero, Mauricio, Rodríguez-Guerrero, Rosa Estela, & Pérez-Ramírez, Norma Paulina. (2014). Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. Acta pediátrica de México, 35(6), 490-498. Recuperado en 21 de noviembre de 2017, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000600008&lng=es&tlng=es.

12. Cutié JR, Laffita Batsta A, Toledo M. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. *Revista Chilena de Obstet Ginecol*. 2005;70(2):83-86.
13. Mosquera, J, Mateus, JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colombia Médica* [Internet]. 2003;34(4):206-212. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334405>
14. Lezcano SA, Vallejos Arce MS, Sodero H. Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*. 2005;149:6-8
15. Romero MI, Maddaleno M, Silber Tomás J, Munist M. Salud reproductiva. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suarez Ojeda EN, de. *Manual de medicina de la adolescencia*. EEUU: Publicación de la organización panamericana de la salud, 1992:473-518
16. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié Sánchez JR. Adolescencia e interrupciones del embarazo. *RCOG* [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(1).URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin04104.htm
17. Balestena Sánchez JM, Balestena Sánchez SG. Impacto de la menarquía en los resultados maternos perinatales en la adolescencia. *RCOG* [en línea] 2005 [25 de noviembre de 2017]; 31(1).URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin02105.htm
18. Ortigoza Corona E, Padilla Yasso PY, López Ortiz R. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. *Ginecol y obstet Mex*. 2002;70(1):28-35.
19. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued Ahued A y col. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Ginecol obstet Mexico*. 2002;70(6):270-274.
20. Leal Ingrid, Luttges Carolina, Troncoso Paulina, Leyton Carolina, Molina Temistocles, Eguiguren Pamela. Conocimientos y práctica clínica de los proveedores de salud para la prevención del embarazo adolescente según marco legal chileno. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2016 Mayo [citado 2017 Nov 14] ;

144(5): 577-584. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500004>.

21. Rodriguez, Jimenez. Anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. *An Pediatr Contin*. 2014;12(6):362-5. Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2016/10/anticoncepcion-y-prevencion-de-ets-en-la-adolescencia.pdf>.
22. . Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, artículo 82 fracciones I-XXI del Reglamento de Prestaciones Médicas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de septiembre de 2000.
- 23.
24. Rojas Rosalba, Castro Filipa de, Villalobos Aremis, Allen-Leigh Betania, Romero Martin, Braverman-Bronstein Ariela et al . Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud pública Méx* [Internet]. 2017 Feb [cited 2017 Nov 14] ; 59(1): 19-27. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000100019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.21149/8411>.

ESCALA DE ESTRATIFICACIÓN SOCIAL DE GRAFFAR

Se utilizan cuatro categorías cada una con 5 niveles.

A. PROFESION DEL JEFE DE LA FAMILIA

1. Profesión universitaria, alto comerciante con posiciones gerenciales, oficiales de las fuerzas armadas nacionales: Se consideran dentro de este grupo a las personas egresadas con títulos de universidad, ó bien propietarios de empresas, industriales o comerciantes altamente productivos ó que pertenezcan a "Cadenas" como, por ejemplo: CADA, Central Madeirense, Maxy's, etc. Pueden ser también personas que ocupen posiciones de alta dirección o gerencia en instituciones públicas o privadas (muy bien remuneradas) Así como personas egresadas de Institutos Pedagógicos o de Politécnicos Universitarios.

2. Profesiones técnicas ó medianos comerciantes o productores: Se consideran dentro de este grupo a las personas egresadas con título de Escuelas Industriales o Técnicas de las Fuerzas Armadas o Institutos Universitarios, así como también los peritos egresados de esas instituciones, o los artistas de teatro y afines.

3. Empleados sin profesión universitaria o técnica definida, pequeños comerciantes o productores: Se consideran en este grupo a los empleados de Institutos Privados o Públicos que no tengan profesión Universitaria o Técnica. Ejemplo: peritos de cursos cortos, secretarías, mecanógrafas, etc. También se consideran los pequeños comerciantes o productores, o sea, propietarios de negocios pequeños y empresas con menos de 5 personas incluido el dueño. Ejemplo: Proprietarios de bodegas, abastos, zapaterías, talleres.

4. Obreros Especializados: Considérese en este grupo a todos aquellos obreros clasificados o especializados. Ejemplo: tractoristas, chofer, pintor, agricultor especializado. Dr. Henry Barrios-Cisneros Especialista en Medicina Interna Investigador en Salud Holística Naturista Quiropráctico Psicoterapeuta Holístico Estrés, ansiedad y depresión

5. Obreros no Especializados: Considérese en este grupo a todos aquellos obreros no clasificados o especializados. Ejemplo: jornaleros, pisatarios, vendedores ambulantes, buhoneros, servicios domésticos, trabajadores del aseo urbano.

NOTA IMPORTANTE: Esta pregunta se refiere a la profesión del jefe de familia, y no a la ocupación, por lo tanto si el jefe de familia está desocupando o desempleado interesa conocer cuál es su profesión u ocupación habitual. En caso de que el jefe de familia sea la madre, se debe anotar en esta pregunta cuál es la profesión de ella y también hacerle la pregunta siguiente: Si el jefe de familia es ama de casa (se clasificará en 4 si su grado de instrucción es 3 ó 4, o sea, educación media incompleta o primaria, y se clasificará en 5 si es alfabeto ó analfabeta.

B. NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE

Marcar con una "X" según sea la pregunta dada, atendiendo a las siguientes clasificaciones:

1. Enseñanza Universitaria o su Equivalente: Egresados con títulos de universidades, politécnicos y pedagógicos.
2. Enseñanza Secundaria Completa o Técnica Superior Completa: Consideradas dentro de esta clasificación a los egresados de bachillerato con título, egresados de escuelas normales o institutos de formación docente, egresados de escuelas técnicas con título (equivalente al bachiller diversificado o al título de formación docente).
3. Enseñanza Secundaria Incompleta o Técnica Inferior: Se considera como secundaria incompleta a aquellas personas que no han cursado al menos hasta 2do año de educación media o normal. las que hayan cursado sólo 1ero ó 2do, incompleto se clasificarán en primaria. Se considera técnica inferior completa a aquellas personas que han realizado cursos técnicos e institutos tales como INCE, Academias Privadas, etc.; y han obtenido su título.
4. Educación Primaria o Alfabeta: Personas que han estudiado algún grado de educación primaria o que saben leer o escribir. Considérese también las que sólo hayan cursado 1ero ó 2do año incompleto de educación media.
5. Analfabeta: Personas que no saben leer ni escribir.

C. PRINCIPALES FUENTES DE INGRESO DE LA FAMILIA Marcar con una "X" la casilla correspondiente a la PRINCIPAL fuente de ingreso de la FAMILIA. Se considera como principal fuente aquella que sea la base de la economía familiar. Se clasificará atendiendo las siguientes definiciones:

1. Fortuna Heredada ó Adquirida: Suficiente cantidad de dinero heredado o adquirido que le permita vivir de sus rentas. Ejemplo: Hacienda importante, grandes negocios que en poco tiempo producen fortuna o ganancias fuertes obtenidas en juegos al azar (loterías, caballos).
2. Ganancias, Beneficios, Honorarios Profesionales: Es aquella formada por ingresos o beneficios provenientes de las utilidades de una empresa o negocio, o bien por honorarios profesionales correspondientes a los percibidos por personas que ejercen profesiones liberales que no dependen de un sueldo, ejemplo: Médicos, abogados, asesores, etc.

3. Sueldo Mensual: Cuando la fuente principal se deba a la remuneración sobre una base mensual o anual pero generalmente pagada mensualmente. Todos los empleados perciben "sueldo".

4. Salario Semanal: Por día o por tarea de destajo, o ganancias o beneficios pequeños, provenientes de negocios pequeños. Se incluye en este grupo a personas que ejecutan trabajos ocasionales, vendedores a pequeña escala tipo buhoneros, taxistas. Los obreros perciben salarios, aunque en algunas empresas cobran quincenalmente.

5. Donación de Origen público o Privado: Son ayudas o subsidios otorgados por Organismos públicos y privados o de donaciones de origen familiar. Así padres sostenidos por los hijos, personas sostenidas por padres o hermanos, etc.

NOTA: Las indemnizaciones de seguridad social no son consideradas donaciones. Las personas que al momento de la encuesta vivan de indemnizaciones (por ejemplo: enfermos, cesantes, jubilados o pensionados), serán clasificados según la categoría a la cual pertenecían en el momento que todavía trabajaban.

D. CONDICIONES DE ALOJAMIENTO: Marcar con una "X" la casilla correspondiente según la observación que usted mismo haga de la vivienda. Es muy importante que sea lo más objetivo posible en esta clasificación, siguiendo las siguientes definiciones:

1. Vivienda con Óptimas Condiciones Sanitarias en Ambientes de Lujo: Viviendas ubicadas en urbanizaciones residenciales elegantes, donde el valor del terreno y la vivienda es elevado y donde necesiten disponer de transporte propio para moverse. Se refiere a quintas muy lujosas con grandes jardines muy bien mantenidos sus interiores y exteriores, amplios espacios y construcciones con materiales de lujo. Se incluyen apartamentos tipo Pent House muy lujosos, con espacios de terrazas, doble recibo, etc. Hay que tomar en cuenta el concepto de baño por habitación.

2. Viviendas con Óptimas Condiciones Sanitarias en Ambientes sin Lujo pero Espaciosas: Vivienda con áreas bien diferenciadas y espaciosas, dotadas de un jardín bien cuidado de los servicios y bienes necesarios para el confort, ubicados en urbanizaciones residenciales bien mantenidas. Se refiere a casa o quinta con áreas bien diferenciadas y espaciosas, con jardines bien mantenidos y condiciones sanitarias óptimas sin ambientes de lujo. Se incluyen los apartamentos espaciosos con áreas definidas y terrazas. hay que tomar en cuenta el concepto de condiciones sanitarias óptimas.

3. Viviendas con Buenas Condiciones Sanitarias en Espacios Reducidos: Viviendas con áreas reducidas bien definidas o no, y con buenas condiciones sanitarias y ubicadas en zonas residenciales, comerciales o industriales. Se refiere

a casas o quintas pequeñas con buenas condiciones sanitarias, así como a los apartamentos en general.

4. Viviendas con Ambientes Espaciosos o Reducidos con Deficiencias en Algunas Condiciones Sanitarias: Se refiere a casa o apartamento de construcción sólida, con deficiencia en algunas condiciones sanitarias (número de baño, agua, electricidad, etc) ubicados en urbanizaciones o barrios de vivienda tipo interés social o barrios de obreros y similares en zonas comerciales o industriales.

5. Rancho o Vivienda con una Habitación y Condiciones Sanitarias Inadecuadas: Se refiere al tipo de viviendas improvisadas (ranchos, barrancas, casas de vecindad) o viviendas de construcción estable, pero en abandono, situadas en barrios marginales y con condiciones sanitarias inadecuadas. Si en este grupo los asentamientos de damnificados y las viviendas rurales en malas condiciones sanitarias.

NOTA: En todos los casos, la falta de mantenimiento, las fallas en las condiciones sanitarias y el hacinamiento implica el descenso en las condiciones en la clasificación de la vivienda.

COMPUTO PARA LA ESTRATIFICACION SOCIAL

Colocar el valor de cada uno de los ítems anteriores en el espacio reservado para ello y luego se deben sumar. El valor obtenido es el que determina a cuál clase socioeconómica pertenece la familia, según la siguiente clasificación:

| TOTAL | ESTRATO SOCIAL |
|-------|----------------|
| 4-6 | I Alto |
| 7-9 | II Medio alto |
| 10-12 | III Medio bajo |
| 13-16 | IV Obrero |
| 17-20 | V Marginal |

Una vez obtenida la clasificación, el encuestador debe analizar si la ha hecho bien, comparando dicha clasificación con los que ha observado. Si hay duda sobre la clasificación obtenida, debe revisar los ítems marcados en cada pregunta y hacer cualquier corrección que sea necesaria.

ESCALA GRAFFAR

| Parámetro: | Puntos: | Descripción: |
|------------|---------|--------------------------|
| Profesión | 1 | Profesión universitaria. |

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar

| | | |
|------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| del jefe del hogar | 2 3 4 5 | Profesión técnica y superior o medianos comerciantes o productores. Empleados sin profesión universitaria. Bachiller técnico, pequeños comerciantes o productores propietarios. Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (que no posean título profesional) Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía. |
| Nivel de institución de la esposa(o) o cónyuge | 1 2 3 4 5 | Enseñanza universitaria o su equivalente. Enseñanza secundaria completa. Enseñanza secundaria incompleta. Enseñanza primaria o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria). Analfabetas. |
| Principal fuente de ingreso del hogar | 1 2 3 4 5 | Fortuna heredada o adquirida. Ganancias, beneficios, honorarios profesionales. Sueldo mensual. Salario semanal, por día. Entrada a destajo. Donaciones de origen público o privado |
| Condiciones de alojamiento | 1 2 3 4 5 | Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambientes de gran lujo y grandes espacios. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo, sin exceso y suficientes espacios. Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2. Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias. Rancho o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas. |

| TOTAL | ESTRATO SOCIAL |
|-------|----------------|
| 4-6 | I Alto |
| 7-9 | II Medio alto |
| 10-12 | III Medio bajo |
| 13-16 | IV Obrero |
| 17-20 | V Marginal |

Conformación familiar y método anticonceptivo en usuarias adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del estudio: | CONFORMACION FAMILIAR Y METODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.94 |
| Patrocinador externo (si aplica): | No aplica |
| Lugar y fecha: | Ciudad de México, UMF No. 94,- Diciembre del 2017 |
| Número de registro: | Pendiente |
| Justificación y objetivo del estudio: | Identificar la tipología familiar de las adolescentes y observar como esta influye en la elección de un método de planificación familiar. |
| Procedimientos: | La participación consistirá en respuesta a preguntas dirigidas para la elaboración de un familiograma. |
| Posibles riesgos y molestias: | Tiempo invertido para contestarlas preguntas. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Orientación de algunos riesgos personales detectados que puede modificar. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre métodos de planificación familiar, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. |
| Participación o retiro | Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el IMSS |
| Privacidad y confidencialidad: | No se identificará el nombre de la paciente en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado. |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): | No aplica |
| Beneficios al término del estudio: | Identificar el tipo de estructura familiar en adolescentes, su relación con la elección de método anticonceptivo |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | |
| Investigador Responsable: | Dra Judith Magdalena Corona Lara, Matrícula: 99368779, teléfono: 5767 27 99, extensión: 21465. Correo electrónico: juco23@hotmail.com |
| Colaboradores: | Médico Residente del Curso de Especialización de Medicina Familiar Nadia Beatriz Pérez Castro Matrícula 97360047, teléfono 56497258, Correo electrónico: nadiap90@hotmail.com |
| En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la 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: comision.etica@imss.gob.mx | |

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

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: 2810-009-013