



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL ZACATECAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1
“DR. EMILIO VARELA LUJÁN”**

TESIS

**“FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA NO UTILIZACIÓN DE
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES EN UNA
UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

QUE PRESENTA

DRA. MARÍA GABRIELA RAMÍREZ VÁZQUEZ

**ALUMNA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS DE BASE DEL IMSS**

ZACATECAS, ZACATECAS

FEBRERO 2020



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL ZACATECAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1
“DR. EMILIO VARELA LUJÁN”**

TESIS

**“FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA NO UTILIZACIÓN DE
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

QUE PRESENTA

DRA. MARÍA GABRIELA RAMÍREZ VÁZQUEZ

ALUMNA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS DE BASE DEL IMSS
ASESOR METODOLÓGICO

DR. EDUARDO MARTÍNEZ CALDERA

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD. JSPM
ASESORES CLÍNICOS

DR. JAIME BURCIAGA CAMPOS

MEDICO NO FAMILIAR CON ESPECIALIDAD EN GINECO-OBSTETRICIA Y
COLPOSCOPIA

MARICELA CASTRELLÓN MORENO

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ZACATECAS, ZACATECAS

FEBRERO 2020

“FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA NO UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARÍA GABRIELA RAMÍREZ VÁZQUEZ

AUTORIZACIONES

DR. GERARDO MANUEL SAUCEDA MUÑOZ
JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS

DRA. SOL MARÍA QUIRARTE BÁEZ
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DR. EDUARDO MARTÍNEZ CALDERA
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ASESOR METODOLÓGICO

DR. ILDEFONSO APARICIO TREJO
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. GILBERTO FLORES HERNÁNDEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, ZACATECAS

DRA. GLADYS MARLENE GARCÍA PACHECO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

ASESORES CLÍNICOS:

DR. JAIME BURCIAGA CAMPOS
MÉDICO NO FAMILIAR CON ESPECIALIDAD EN GINECO-OBSTETRICIA Y COLPOSCOPIA

MARICELA CASTRELLÓN MORENO
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ZACATECAS, ZACATECAS

FEBRERO 2020

“FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA NO UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARÍA GABRIELA RAMÍREZ VÁZQUEZ

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSÉ MAZON RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE MEDICINA, U. N.A. M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE MEDICINA, U. N.A. M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINACIÓN DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE MEDICINA, U. N.A. M.

| ÍNDICE | Páginas |
|--|----------------|
| 1. Resumen estructurado | 1 |
| 1.1 Abstract | 3 |
| 2. Antecedentes científicos | 5 |
| 3. Planteamiento del problema | 14 |
| 4. Pregunta de investigación | 15 |
| 5. Justificación | 15 |
| 6. Objetivos del estudio | 16 |
| 6.1 Objetivo general | 16 |
| 6.2 Objetivos específicos | 16 |
| 7. Hipótesis general de trabajo | 17 |
| 7.1 Hipótesis nula | 17 |
| 7.2 Hipótesis alterna | 17 |
| 8. Material y métodos | 17 |
| 8.1 Tipo de diseño | 17 |
| 8.2 Eje de estudio | 17 |
| 8.3 Universo de estudio | 18 |
| 8.4 Población de estudio | 18 |
| 8.5 Lugar de estudio | 18 |
| 8.6 Tiempo de realización de estudio | 18 |
| 8.7 Diseño muestral | 18 |
| 8.7.1 Tamaño de muestra | 18 |
| 8.7.2 Tipo de muestreo | 18 |
| 8.8 Criterios de selección de la población | 18 |

| | |
|--|----|
| 8.8.1 Criterios de inclusión | 19 |
| 8.8.2 Criterios de exclusión | 19 |
| 8.8.3 Criterios de eliminación | 19 |
| 9. Variables de Estudio | 19 |
| 9.1 Variables dependientes | 19 |
| 9.2 Variables intervinientes | 19 |
| 9.3 Variables universales | 20 |
| 9.4 Variables independientes | 20 |
| 10. Definición Operacional de las Variables | 20 |
| 11. Procedimiento de recolección de la información | 26 |
| 12. Flujograma | 28 |
| 13. Consideraciones éticas | 29 |
| 14. Análisis estadístico | 30 |
| 15. Recursos utilizados | 30 |
| 15.1 Recursos humanos | 30 |
| 15.2 Recursos materiales y económicos | 31 |
| 16. Resultados | 31 |
| 17. Discusión | 51 |
| 18. Conclusiones | 54 |
| 19. Perspectivas del estudio | 55 |
| 19.1.- Clínicas | 55 |

| | |
|---|----|
| 19.2.- Metodológicas | 55 |
| 20. Limitantes del estudio | 55 |
| 21. Conflicto de intereses | 55 |
| 22. Anexos | 55 |
| 22.1.- Instrumento de recolección de la información | 56 |
| 22.2.- Carta de consentimiento informado | 58 |
| 22.3.- Escala de Graffar- Méndez Castellanos | 61 |
| 22.4.- Mini Mental de Folstein | 62 |
| 22.5.- Acta de dictamen de autorización del Clies | 63 |
| 23. Bibliografía | 64 |

1.- RESUMEN ESTRUCTURADO

“FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA NO UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

Ramírez-Vázquez María Gabriela,¹ Martínez-Caldera Eduardo,² Burciaga-Campos Jaime³, Castrellón-Moreno Maricela⁴

¹ Alumna del Curso de Especialidad en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 11, IMSS Nochistlán, Zacatecas

² Coordinación Auxiliar Médico de Investigación en Salud. Delegación Estatal IMSS, Zacatecas

³ Médico no Familiar con Especialidad en Gineco-Obstetricia y Colposcopia. Servicios Coordinados de Salud. Hospital General de Fresnillo, Zacatecas.

⁴ Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Departamento de Salud Reproductiva, del Hospital General Zacatecas No. 1 del IMSS.

Introducción: El inicio de la actividad sexual precoz, el frecuente cambio de parejas y la práctica de la actividad sexual sin protección expone a los adolescentes a una serie de riesgos entre ellos y los de mayor impacto lo constituyen las enfermedades de transmisión sexual así como la presencia de embarazos no planeados ni deseados por lo que la difusión y utilización de métodos de planificación familiar constituyen una herramienta útil para la prevención sobre todo de estas últimas.

Objetivo general: Identificar los factores socioculturales asociados a la no utilización de métodos de planificación familiar en pacientes adolescentes de ambos sexos, derechohabientes a la UMF No. 11 de Nochistlán, Zacatecas.

Material y métodos: Estudio de casos y controles, prospectivo, pareado 1:2 por edad, se realizó de marzo a julio del 2018 en un tamaño de la muestra de 90 adolescentes (tablas de Schlesselman: Odds Ratio a detectar: 2.5, alfa: 0.05 %, beta: 0.20, Nivel de Confianza al 95 % y potencia: 0.80) , adscritos a la UMF No. 11 Nochistlán, Zacatecas, distribuidos en dos grupos: 30 de ellos sin métodos de planificación familiar (casos) y 60 con método de planificación familiar (controles), seleccionados mediante muestreo no probabilístico por cuota. Se incluyeron a 90 pacientes adolescentes de ambos sexos, ambulatorios con rango de edad de 10 a 19 años, con antecedentes de vida sexual activa, sin métodos de planificación familiar (30 casos) o con la utilización de alguno de ellos (60 controles) adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del municipio de Nochistlán, Zacatecas y que mediante carta de consentimiento informado los padres de familia y/o tutores así como el adolescente aceptaron de manera voluntaria y anónima, participar.

Se excluyeron aquellos adolescentes que tuvieron deterioro cognitivo (Mini Mental de Folstein) o, consumo ilegal de drogas; y se eliminaron cuestionarios incompletos. Se indagó en características sociodemográficas, gineco-obstétricos y factores de riesgo asociados o no al uso de métodos de planificación familiar. Análisis estadístico en SPSS® v.15 en español. Las variables categóricas o cualitativas nominales dicotómicas, policotómicas, ordinales o variables cuantitativas de intervalo se analizaron mediante tablas de frecuencias relativas y absolutas así como porcentajes y las variables numéricas o cuantitativas continuas o discontinuas mediante medidas de tendencia central (media, mediana y moda) o de dispersión: rangos mínimo y máximo y desviación estándar (DE). Para identificar los factores de riesgo se utilizó el programa estadístico Epidat® 3.1 para estudios de casos y controles mediante tabla cuadrícula de 2x2 simple, Odds Ratio (OR), con Prueba Chi cuadrada o Prueba Exacta de Fisher, valor de $p \leq 0.05$. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

Resultados: Tasa de respuesta 100% del tamaño de muestra. Se identificaron las siguientes características sociodemográficas de la población de estudio: el promedio de edad de los adolescentes fue de 16.32 ± 1.169 años, moda de 15 años y mediana de 16 años, con rango de edad de 15 a 19 años. El 35% de la población de estudio está en un rango de edad de inicio de vida sexual entre los 15 y 17 años; el número de parejas sexuales fue de 1 a 5 parejas, predominó el 24.4% con 2 parejas sexuales. El 99% de la población de estudio ($n=89$) son del grupo de adolescencia tardía de 15-19 años. El 1% son del grupo de adolescencia temprana 10-14 años ($n=1$). En el género masculino de los adolescentes entrevistados el uso de métodos de planificación familiar sigue siendo bajo (OR 0.2, p 0.01 e IC 0.1 - 0.75). El número de parejas sexuales fue de 1 a 5 parejas, predominó el 24.4% con 2 parejas sexuales (OR 34.8, p 0.00, IC 5.9-204.09), alcanzando relevancia estadística.

El estado civil predominante fue soltero (OR 1.53, p 0.79, IC 0.06-38.8); la ocupación más frecuente fue estudiante (OR 1.19, p 0.8, IC 0.16-8.5), con un nivel de escolaridad más frecuente bachillerato es un factor de riesgo moderado (OR 2.67, p 0.10, IC 0.78-9.16), para la no utilización de MPF. La mayoría de los encuestados es de Nochistlán, Zacatecas (OR 0.75, p 0.63, IC 0.23-2.42), además de que el no consumir alcohol y/o drogas (OR 0.58, p 1.16, IC 0.22-1.55); así como tener una buena comunicación con los padres de familia sobre sexualidad (OR 0.72, p 0.45, IC 0.30-1.71), los que creen que su religión permite el uso de MPF

(OR 0.6, p 0.3, IC 0.2-1.8), y la utilización de redes sociales (OR 0.85, p 0.79, IC 0.27-2.70), son factores de protección para el uso adecuado de MPF.

El estrato socioeconómico predominante es obrero y medio bajo (OR 0.33, p 0.18, IC 0.06-1.81). Los adolescentes entrevistados que tienen menos información sobre sexualidad (OR 6.15, p 0.21, IC 0.24-155.64) así como los adolescentes que consideran que no es importante el uso de MPF (OR 3.47, p 0.21, IC 0.43-27.65) tienen un factor de riesgo elevado. Los mitos o falsas creencias acerca de los MPF son una barrera para un uso adecuado (OR 1.13, p 0.77 IC 0.46-2.77); la escuela y profesores asociados son las fuentes de mayor información para los adolescentes entrevistados y los que han obtenido menos información sobre MPF tienen un riesgo elevado de no utilizar MPF (OR 3.5, p 0.06, IC 0.9-13.5). Los adolescentes que desconocen que se ofrecen MPF en su unidad médica (OR 2.70, p 0.13, IC 0.71-10.24), tienen un factor de riesgo moderado. El inicio de vida sexual temprana es un factor de riesgo moderado, relacionado con la no utilización de MPF (OR 2.6, p 0.1, IC 0.7-9.9).

Conclusiones: Se concluye que los factores socioculturales: religión, baja escolaridad, nivel socioeconómico bajo, desinformación (Insuficiente información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos), los mitos y falsas creencias y redes sociales si están asociados a la no utilización de métodos de planificación familiar en pacientes adolescentes de ambos sexos, derechohabientes de la UMF No. 11 de Nochistlán, Zacatecas.

Palabras clave: Método de planificación familiar, adolescentes, salud reproductiva, unidad de primer nivel de atención.

1.1- ABSTRACT

"SOCIO-CULTURAL FACTORS ASSOCIATED WITH THE NON-USE OF FAMILY PLANNING METHODS IN ADOLESCENTS IN A FIRST-LEVEL UNIT OF CARE"

Ramírez-Vázquez María Gabriela,¹ Martínez-Caldera Eduardo,² Burciaga-Campos Jaime³, Castrellón-Moreno Maricela⁴

¹ Student of the specialty course in family Medicine, family Medicine Unit No. 11, IMSS Nochistlán, Zacatecas

² Medical Assistant coordination of health Research. State Office IMSS, Zacatecas.

³ non-familial physician specializing in OB-Obstetrics and colposcopy. Coordinated health services. General Hospital of Fresnillo, Zacatecas.

⁴ degree in Nursing and obstetrics. Department of Reproductive Health, General Hospital Zacatecas No. 1 of the IMSS.

Introduction: The onset of early sexual activity, frequent change of couples and the practice of unprotected sexual activity exposes adolescents to a number of risks between them and those with the greatest impact are sexually transmitted diseases as well as the presence of unplanned or unwanted pregnancies so the dissemination and use of family planning methods they are a useful tool for the prevention especially of the latter.

General objective: To identify socio-cultural factors associated with the non-use of family planning methods in adolescent patients of both sexes, beneficiaries of UMF No. 11 of Nochistlán, Zacatecas.

Material and methods: Case-control study, prospective, couplet 1:2 by age, was carried out from March to July of 2018 in a sample size of 90 adolescents (Tables of Schlesselman: Odds Ratio to detect: 2.5, Alpha: 0.05%, beta: 0.20, confidence level at 95% and power: 0.80), attached to the UMF No. 11 Nochistlán, Zacatecas, distributed in two groups: 30 of them without family planning methods (cases) and 60 with family planning method (controls), selected by quota non-probabilistic sampling. 90 adolescent patients of both sexes were included, ambulatories with an age range of 10 to 19 years old, with a history of active sexual life, without family planning methods (30 cases) or with the use of any of them (60 controls) attached to the family medicine unit No. 11 of the municipality of Nochistlán, Zacatecas and that by letter of informed consent the parents and/or guardians as well as the teenager they accepted voluntarily and anonymously, to participate.

We excluded those adolescents who had cognitive impairment (Mini Mental Folstein) or illegal drug use; and incomplete questionnaires were eliminated. Asked in sociodemographic, OB-obstetrical and risk factors associated or not to the use of family planning methods. Statistical analysis in SPSS® v. 15 in Spanish. The nominal categorical or qualitative variables dichotomous, policotómicas, ordinal or quantitative variables of interval they were analyzed by tables of relative and absolute frequencies as well as percentages and the numerical or quantitative variables continuous or discontinuous by means of measures of central tendency (medium, medium and fashion) or of dispersion: minimum and maximum ranges and standard deviation (DE). To identify risk factors, the Epidat statistical program © 3.1 was used for case and control studies using single 2x2 cuadrícula table, Odds Ratio (OR), with Chi Square test or Fisher exact test, P value ≤ 0.05 the results were presented in tables and charts.

Results: Response rate 100% of sample size. The following sociodemographic characteristics of the study population were identified: the average age of adolescents was 16.32 ± 1.169 years, fashion 15 years and median 16 years, age range 15 to 19 years old. 35% of the population of study is in an age range of onset of sexual life between 15 and 17 years; the number of sexual partners was 1 to 5 couples, predominated 24.4% with 2 sexual partners. 99% of the study population (n = 89) are from the late adolescence group of 15-19 years. 1% are from the early adolescent group 10-14 years (n = 1). In the male gender of adolescents interviewed, the use of family planning methods remains low (OR 0.2, p 0.01 and IC 0.1-0.75). The number of sexual partners was 1 to 5 couples, predominated 24.4% with 2 sexual partners (OR 34.8, p 0.00, IC 5.9-204.09), reaching statistical relevance. The predominant marital status was single (OR 1.53, p 0.79, IC 0.06-38.8); the most frequent occupation was student (OR 1.19, p 0.8, CI 0.16-8.5), with a level of schooling more frequent baccaureate is a moderate risk factor (OR 2.67, p 0.10, IC 0.78-9.16), for the non use of MPF. The majority of respondents is from Nochistlán, Zacatecas (OR 0.75, p 0.63, IC 0.23-2.99), in addition to not consuming alcohol and/or drugs (OR 0.58, p 1.16, IC 0.22-1.55); As well as having good communication with

parents about sexuality (OR 0.72, p 0.45, IC 0.30-1.71), those who believe that their religion allows the use of MPF (OR 0.6, p 0.3, IC 0.2-1.8), and the use of social networks (OR 0.85, p 0.79, IC 0.27-2.70), are factors of protection for the proper use of MPF. The predominant socioeconomic stratum is worker and medium low (OR 0.33, p 0.18, IC 0.06-1.81). Adolescents interviewed who have less information about sexuality (OR 6.15, p 0.21, IC 0.24-155.64) as well as adolescents who consider that it is not important to use MPF (OR 3.47, p 0.21, IC 0.43-27.65) they have a high risk factor. Myths or false beliefs about MPF are a barrier to adequate use (OR 1.13, p 0.77 IC 0.46-2.77); the school and associated professors are the sources of greater information for the adolescents interviewed and those who have obtained less information about MPF they have a high risk of not using MPF (OR 3.5, p 0.06, IC 0.9-13.5). Teenagers who do not know that are offered MPF in your medical unit (OR 2.70, p 0.13, IC 0.71-10.24), have a moderate risk factor. The onset of early sexual life is a moderate risk factor related to the non-use of MPF (OR 2.6, p 0.1, IC 0.7-9.9).

Conclusions: It is concluded that sociocultural factors: religion, low schooling, low socioeconomic level, misinformation (Insufficient information and knowledge about contraceptive methods), myths and false beliefs and social networks if they are associated with the non-use of family planning methods in adolescent patients of both sexes, beneficiaries of UMF No. 11 of Nochistlán, Zacatecas.

Key words: Family planning method, adolescent, reproductive health, first-level unit of care.

2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Historia:

A lo largo de la historia se encuentran numerosos testimonios sobre la anticoncepción.¹

El Papiro de Petri (1850 antes de Cristo) constituye es el primer texto médico del que se tiene historia. En él aparecen algunas recetas anticonceptivas; una de éstas aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, usado seguramente como pesario insertado en la vagina; otra receta consistía en una irritación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio natural. El Papiro de Ebers se considera el segundo texto más importante ya que contiene la primera referencia alusiva a un dispositivo externo y que a la letra señala: “de un tapón de hilaza medicado: ...tritúrese con una medida de miel, humedézcase la hilaza con ello y colóquese en la vulva de la mujer”. El Talmud, libro de la tradición hebrea, se menciona la práctica del uso del moch (término genérico que significa algodón, que en este caso particular se refiere a un tampón) para las relaciones sexuales, aunque en el judaísmo actual se ha debatido extensamente acerca de la maneras y situaciones permitidas para el uso de este y otros anticonceptivos.²

El libro de Aristóteles (siglo V a.C.) es la primera referencia griega sobre la anticoncepción: Algunos impiden la concepción untando la parte de matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un ungüento de plomo con incienso mezclado con aceite de olivo. En el Sun Ssu Mo (texto chino) se encuentra la mención más antigua: “tómese algo de aceite y de mercurio y fríase sin parar y tómese una píldora tan grande como una yuyuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para siempre”.³

Antes del uso masivo general de métodos anticonceptivos, en la segunda mitad del siglo XX se produjeron muchos avances científicos y sociales en defensa de la información y el acceso de métodos anticonceptivos, destacando desde comienzos del siglo XX las figuras de Margaret Sanger en Estados Unidos y de Marie Stopes en Reino Unido.⁴

En la actualidad, en el año 2010, el papa Benedicto XVI admitió el uso del preservativo en algunos casos específicos, como por ejemplo en las relaciones sexuales con prostitutas y sobre todo para la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS).⁵

Factores intervinientes en la difusión de métodos anticonceptivos:

Entre los factores que han intervenido en la difusión del uso de los métodos anticonceptivos en prácticamente todo el mundo se encuentran: desarrollo técnico y difusión de métodos anticonceptivos eficaces: la aparición de la píldora anticonceptiva, la accesibilidad del preservativo y la generalización del uso del dispositivo intrauterino, así como todos los demás métodos anticonceptivos permitieron un amplio abanico de opciones con una alta eficacia anticonceptiva y un coste económico que puede considerarse relativamente bajo. La reivindicación de la sexualidad femenina: la lucha por la igualdad del feminismo incluye una reivindicación dual: por una parte la posibilidad de disfrute integral de la sexualidad (salud sexual) y por otra la reivindicación del control de la reproducción con garantías sanitarias y socioeconómicas -salud reproductiva. La planificación familiar ha ido de la mano de la difusión y educación sobre el uso de los métodos anticonceptivos.

Control de la reproducción de manera institucional y social:

El control de la reproducción puede fomentarse desde los gobiernos o instituciones mediante las políticas de natalidad (política de hijo único en China, promoción de la planificación familiar en India, fomento de ayudas a la natalidad, etc.).⁶

Epidemiología en el uso de métodos de planificación familiar:

A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015.⁷ En Estados Unidos el 42 % de los adolescentes entre 15 y 19 años han tenido relaciones sexuales; al menos todos los adolescentes sexualmente activos han utilizado algún método anticonceptivo.⁸ En Asia y América Latina su uso es mayor, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015. A escala

regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6% a 28,5%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60,9% a un 61,8%, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7%.⁹

En México de acuerdo con el último Censo Nacional de Población y Vivienda (2010), la población adolescente de 12 a 19 años de edad representa el 15.6% de la población total.¹⁰ La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, reportó un incremento del porcentaje de adolescentes que iniciaron vida sexual y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos se ha incrementado de forma sostenida entre los adolescentes, pues 90% reportó tener un conocimiento de algún método de planificación familiar.¹¹ Además el 64% de la mujeres en edad reproductiva de 15 a 19 años con vida sexual activa no usan anticonceptivos; en tanto que 6 de cada 10 adolescentes que regularon su fecundidad recurren a los métodos del ritmo y al retiro y el 34% de los adolescentes han utilizado un método anticonceptivo durante la primera relación sexual.¹²

De acuerdo con las encuestas demográficas y de salud en México, 53% de las mujeres en edad fértil practica la anticoncepción.¹³

Definiciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1965 definió la adolescencia como la etapa de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia socioeconómica, fijando sus límites entre los 10 y los 19 años, dividiéndola en dos etapas: la adolescencia temprana que abarca a las personas de 10 hasta los 14 años y la adolescencia tardía que incluye los rangos de edad de los 15 a 19 años. Durante esta etapa se experimentan grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales, marcando en muchos casos el inicio la vida sexualmente activa.¹⁴

En el libro titulado: Salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar, en su capítulo 6 referido como “Adolescencia, salud sexual y reproductiva y derechos sexuales” definen el concepto de sexo como un conjunto

de características anatómicas y fisiológicas que permiten la diferenciación física de los seres humanos, refiriendo que la sexualidad es la manifestación psicológica y social del sexo y que la salud sexual es el estado de bienestar de hombres y mujeres para tener una vida sexual placentera y segura. Es decir, que la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de procrear, así como la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia.¹⁵

Por su parte los anticonceptivos son todos aquellos métodos y prácticas que una pareja utiliza para espaciar los embarazos o evitar la fecundidad definitivamente,⁹ existiendo una amplia oferta de métodos para la planificación familiar (MPF) para que se ofrezcan a la población fértil, tanto hombres como mujeres que más se acoplen a sus pensamientos y estilos de vida.¹⁶

Entre los métodos de planificación familiar más difundidos se encuentran los métodos de planificación familiar temporales:

Métodos de planificación familiar temporales

| | |
|-------------------------------|--|
| Hormonales | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orales (monofásicos, bifásicos y trifásicos) ▪ inyectables (mensuales, bimestrales y trimestrales) ▪ implantes subdérmicos ▪ anillos vaginales ▪ antigestágenos ▪ nasales (investigación) |
| Intrauterinos (DIU) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ no medicados (inertes) ▪ medicados (activos) ▪ Hormonales (método endoconceptivo que libera levonorgestrel). |
| De Barrera | <ul style="list-style-type: none"> ▪ condón femenino y masculino ▪ espermicidas locales (óvulos, jaleas y espumas) ▪ diafragma ▪ esponjas vaginales |
| Naturales | <ul style="list-style-type: none"> ▪ abstinencia periódica ▪ coito interrumpido ▪ ritmo o calendario ▪ temperatura basal ▪ moco cervical (Billings) |
| Método de la lactancia (MELA) | |

Así como los métodos de planificación familiar definitivos como lo son: oclusión tubaria bilateral (OTB), en la mujer, y vasectomía, en el hombre.

Anticoncepción en la adolescencia:

La anticoncepción en la adolescencia requiere tener en cuenta características que inciden en el elevado riesgo de embarazo, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, formar parte de núcleos familiares desintegrados y permisividad; presión de grupos y cambio constante de pareja, sobreexcitación, abuso del alcohol y drogas.¹⁷ Es muy común ver que en los adolescentes no usan anticoncepción en sus primeras relaciones sexuales con una exposición durante el primer año; cuando deciden usarlos la manera en que lo hacen es irregular, por lo que el método falla. El método de planificación familiar debe ser apropiado con su actividad sexual, si tiene o no pareja estable, con fácil uso.¹⁸

En la actualidad se determinan cuatro clases de métodos de planificación familiar para ser usados en la etapa de la adolescencia:

- Recomendables: en los cuales se encuentran los preservativos o condones y los anticonceptivos orales.
- Aceptables: conformados por diafragmas, esponjas, espermicidas y anticonceptivos inyectables.
- Poco aceptables: incluyen dispositivos intrauterinos (DIU), métodos definitivos (quirúrgicos) y métodos naturales.
- De emergencia: anticoncepción postcoital.

Planificación Familiar:

La planificación familiar (PF) es un componente de salud reproductiva que implica lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que desean tener y proporcionar resultados satisfactorios en la salud materna infantil, razón por la cual se hable de pareja como binomio, sin priorizar a ninguno de los implicados.¹⁹ Ha sido reconocida como un elemento esencial de la atención primaria de salud, una intervención clave para mejorar la salud de mujeres y niños y un derecho humano para los individuos y la familia.²⁰ Además de que trae beneficios para la salud de la familia y de la comunidad, al facilitar a las parejas los medios para tener hogares menos

numerosos y más sanos, reduce la carga económica y emocional de la paternidad.²¹

México tiene una trayectoria de más de 35 años en la promoción del Programa de planificación familiar.²² La política de este programa de 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, tener servicios apropiados para brindar información, orientación y asistencia a parejas infértiles,²³ por lo que la salud reproductiva ha sido definido por organismos internacionales como el “estado general de bienestar físico, mental y social, y no es simplemente la ausencia de enfermedades o dolencias, en relación al proceso reproductivo”.²⁴

Factores socioculturales para el no uso de métodos de planificación familiar por los adolescentes:

En el ámbito nacional estudios indican que el inicio de la vida sexual de los adolescentes es entre los 13 y 14 años en varones y a los 15 años en mujeres; además de que en zonas rurales reportan que los adolescentes presentan un conocimiento deficiente en el tema de la sexualidad y además una comunicación familiar pobre entre padres e hijos adolescentes.²⁵

El inicio de la actividad sexual precoz, el frecuente cambio de parejas y la práctica de la actividad sexual sin protección expone a los adolescentes a una serie de riesgos.²⁶ La OMS manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento en el número de ETS entre adolescentes, calculan que cada año el 15% del total de adolescentes a nivel mundial contrae una ETS; así mismo se estima, por este mismo organismo internacional, en el año 2005, 560,000 jóvenes a nivel mundial entre los 15 y 24 años viven con virus de inmunodeficiencia adquirida o Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).²⁷

También reporta una prevalencia de más de 340 millones de casos de ETS.²⁸

La Reproducción según la OMS, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.²⁹ También menciona que más de 200 millones de personas no están planeando tener hijos cuando realizan actividades sexuales, aun así no usan ningún método anticonceptivo.³⁰

En los países en vías de desarrollo una de cada 4 mujeres se encuentra entre los 15 a 49 años (en edad reproductiva). De ellas 867 millones no desearían quedar embarazadas, espaciar los nacimientos o limitar sus embarazos futuros. Unas 645 millones están utilizando métodos modernos de anticoncepción y se calcula que unas 222 millones no usan ningún método moderno de anticoncepción, o utilizan métodos tradicionales y se encuentran con una necesidad insatisfecha de PF.³¹

La educación sexual constituye un pilar fundamental, en muchos casos la sola educación resulta ser insuficiente o ineficiente.³² De tal manera que los mitos y falsas creencias, así como los temores, contribuyen a que usualmente los y las jóvenes no consideren los métodos de planificación;⁷ aunado a la falta de información y la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de anticonceptivos, así como la ausencia de asesoría, la consejería deficiente, la postura de algunas religiones, las barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por inexistencia de servicios, los costos, las diferencias culturales y lingüísticas, la inequidad de género representan factores importantes para el uso adecuado de anticonceptivos.³³

Se ha visto en el área de salud en los últimos tiempos un incremento del embarazo en la adolescencia y a la consulta de planificación familiar cada vez acuden más adolescentes solas, con una amiga, o con la madre, solicitando métodos de anticoncepción.³⁴

La población adolescente constituye una prioridad a nivel mundial porque las decisiones que toman tienen un efecto en su calidad de vida y en las tendencias de desarrollo de cualquier población en las siguientes décadas.³⁵

La unidad familiar es un factor clave en el crecimiento y normal desarrollo de las personas, y a través de ella el adolescente trata de reconocerse asimismo y apropiarse de su proyecto de vida, de manera tal que cualquier suceso que altere la dinámica familiar puede obstaculizar el sano desarrollo de los adolescentes.³⁶

Los jóvenes están expuestos a contenidos que expresan sentimientos, actitudes y creencias acerca de la sexualidad y la sensualidad que, con frecuencia, no corresponden a su etapa evolutiva ni a su nivel de desarrollo cognitivo y emocional.³⁷ La influencia que poseen las redes sociales dentro de las personas

es un caso serio para la sociedad actual. Las redes son la forma en que interactúan en su mayoría los adolescentes de nivel secundario y nivel universitario donde la mayor parte de su tiempo sea libre o no, la pasan frente a su computador. No solo influye en su desempeño académico sino también en las conexiones personales y sociales.³⁸ El internet es la fuente de información que más utilizan los adolescentes para aprender sobre el sexo, los anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual; además de que es una fuente de información popular porque les permite a los jóvenes mantener su anonimato y saciar sus curiosidades, pero el problema radica en el hecho de que no todo lo que se van a encontrar es cierto.³⁹

Promoción de MPF.

Los programas de promoción de salud dirigidos a los adolescentes requieren fortalecer un enfoque integral, orientado hacia el contexto socioeconómico, político, jurídico y cultural, al ambiente grupal, familiar y al propio desarrollo individual del adolescente.⁴⁰ En México se han puesto en marcha diversos programas educativos/preventivos sobre educación sexual, planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual, aunque su frecuencia, persistencia y continuidad no han dado los resultados esperados.⁴¹

La OMS está trabajando para promover la planificación familiar mediante la preparación de directrices basadas en datos científicos sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos y los servicios mediante los cuales se ofrecen; la preparación de normas de calidad y la precalificación de los productos anticonceptivos; y la ayuda a los países para que introduzcan, adapten y apliquen estos instrumentos para satisfacer sus necesidades.⁶

La educación integral en sexualidad es un proceso que se inicia desde el nacimiento en el seno del hogar y continúa a lo largo de la vida, de forma manifiesta o tácita, en los diferentes contextos sociales en que se desarrolla el ser humano como instituciones educativas y los grupos sociales.⁴²

Entre las causas que contribuyen a esta situación está el desarrollo durante las últimas décadas de una amplia gama de opciones anticonceptivas que aumentan la posibilidad de que el método seleccionado se adapte a cada usuario según su

edad, estado de salud, de paridad, factores de riesgo, creencias y otros factores, característicos de cada grupo cultural.⁴³

Estudios relacionados:

En un estudio realizado por Bazán Rojas y colaboradores titulado “Relación entre uso de métodos anticonceptivos y el embarazo no planificado en adolescentes” y aceptado en 2005. Este trabajo de investigación se realizó mediante un estudio retrospectivo, transversal, de casos y controles en donde se entrevistó a 26 adolescentes con embarazo no planificado (casos) y a 26 adultas con embarazo no planificado (controles). Para el análisis de datos utilizaron distribución de la frecuencia Chi-cuadrado y el t-student (significativos a un nivel de $p < 0.05$) para la determinación de las asociaciones se utilizó la razón de productos cruzados (OR) con sus intervalos de confianza al 95%. Los resultados obtenidos fueron el 73.7% de los adolescentes tienen conocimiento inadecuado sobre MPF (OR: 4.9) el 42.3% de casos presentan barreras reales (OR:1.1); la comunicación con los padres fue inadecuada en un 65.4% en los adolescentes (OR: 1.6). UN 57.7% respondieron tener comunicación inadecuada con la pareja (OR: 1.8). el 100% de los adolescentes presentaron barreras percibidas (OR: 19.07).⁴⁴

En otro estudio titulado “El embarazo en adolescentes, Factores socioculturales” realizado por Acosta- Varela y colaboradores publicado en Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2012, comparan adolescentes de 15 a 19 años de edad embarazadas con adolescentes del mismo grupo de edad no embarazadas con vida sexual activa para observar la relación existente entre las barreras socioculturales en tanto al acceso a los métodos anticonceptivos.; en un estudio de casos y controles en un periodo de 6 meses en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Se calculó razón de momios (RM) para obtener asociaciones con intervalo de confianza (IC) de 95%. La no utilización de métodos anticonceptivos estuvo asociada con el embarazo (RM=2.78, IC 95%=1.21-6.36), la baja escolaridad (RM=2.66 IC95%=0.97-7.29) y el no acceso a servicio médico (RM=2.23 IC95%=0.96 A 5.18); por lo que se concluye que las barreras socioculturales estuvieron asociadas con el embarazo durante la adolescencia.⁴⁵

Por otra parte Soto Martínez y colaboradores en un diseño de casos y controles con el propósito de identificar los factores de riesgo sobre los conocimientos sexuales y el embarazo en la adolescencia. Incluyendo a 37 pacientes con edades entre 12 y 19 años del policlínico “Emilio Daudinot” embarazadas (casos) y 37 adolescentes (controles) que nunca han estado embarazadas. Aplicando un cuestionario a cada una de las adolescentes y obteniendo la significación de la asociación mediante la prueba χ^2 de Mantel-Haenszel, prefijándose un 95% para el intervalo de confianza. Resultaron significativas de forma bivariada el desconocimiento de edad óptima para el embarazo (OR 7.04 [2.51-19.76]) desconocimiento de los días fértiles (OR 0.25 [0.08-0.832]) considerar el aborto como método anticonceptivo (OR 5.74[2.14-15.42]).⁴⁶

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Magnitud: Hoy en día es preocupante un problema que afecta principalmente a países en desarrollo como el nuestro, pero que se ha convertido en un tema de interés internacional; es contradictorio que a pesar de la gran cantidad de información sobre métodos de planificación familiar y el acceso a éstos la prevalencia de embarazos sigue en aumento sobre todo en la población adolescente. Ahora, la planificación familiar también es considerada un derecho fundamental.

La OMS señala que más de 200 millones de personas no están planeando tener hijos cuando realizan actividades sexuales, aun así no utilizan ningún método anticonceptivo. Unas 645 millones de mujeres están utilizando métodos modernos de anticoncepción; además reporta una prevalencia de más de 340 millones de casos de infecciones de transmisión sexual.

Trascendencia: Algunos factores que influyen en la utilización de métodos de planificación familiar en el inicio de vida sexual son edad, nivel de educación, país de origen y preceptos religiosos, factor socioeconómico, una mala información, redes sociales, mitos creencias o tabús.

Vulnerabilidad: Los embarazos no deseados ni planificados por la población adolescente es factible de corregir a través de incidir es aquellos factores tanto sociales como de pautas de conducta que impiden o limitan en el uso y aceptación de métodos de planificación familiar de elevada subsecuencia en esta población vulnerable.

Factibilidad: En el año 2016, de 297 adolescentes que ingresaron por algún evento obstétrico al Hospital General de Zona No. 1, del IMSS, ubicado en la Ciudad de Zacatecas, el 71.4% (n:212) aceptaron el uso y aplicación de algún método de planificación familiar y el resto no, atribuidas entre otras causas a factores socioculturales no atribuidos a la desinformación.

Urgencia: Por lo que consideramos necesario y urgente que se realizará el presente proyecto de investigación, por lo que se elaboró la siguiente:

4.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores socioculturales asociados a la no utilización de métodos de planificación familiar en pacientes adolescentes de ambos sexos, derechohabientes de la UMF No. 11 de Nochistlán, Zacatecas?

5.- JUSTIFICACIÓN

La planificación familiar y la anticoncepción constituyen una base fundamental de la salud reproductiva dado sus potenciales beneficios sociales y de salud (reducción de la pobreza, la mortalidad materna e infantil, una mejora en la calidad de vida, lo que se traduce en mayores oportunidades de educación y empleo, la inserción más igualitaria de las mujeres a la sociedad). La planificación familiar contribuye de manera importante al logro de varias Metas del Milenio. El uso de métodos de planificación familiar no ha ocurrido de manera uniforme ya que persisten rezagos importantes particularmente en la población adolescente y joven, así como en la que habita en municipios de marginación alta y muy alta y en zonas rurales e indígenas. Por lo que se realizó este estudio de casos y controles en población adolescente de ambos sexos de 10 a 19 años de edad adscritos a

una unidad de primer nivel de atención bajo consentimiento informado, por lo que obtuvimos el conocimiento de algunos de los problemas o factores socioculturales que llevan a un adolescente a no utilizar los métodos de planificación familiar y el conocimiento que tiene respecto a éstos; además de aportar recomendaciones para las personas que educan a los adolescentes en el tema de la salud sexual y reproductiva; ya que es importante sensibilizar a los padres acerca de las ventajas y beneficios de la comunicación temprana y oportuna con sus hijos sobre métodos y prevención.

La problemática en relación a su salud sexual y reproductiva es de gran importancia dada la magnitud del grupo adolescente, los riesgos y daños a que están expuestos; entre los riesgos sociales se encuentra el abandono, la interrupción de los estudios, el comienzo de la actividad laboral sin la debida preparación cultural y el matrimonio o concubinato sin la suficiente conciencia acerca de los problemas de la vida familiar y la crianza y educación de los hijos.

Por ello es de suma importancia la labor que tiene el educador para la salud sexual, ya que podemos motivar a los jóvenes al conocimiento de los métodos de planificación familiar y a su correcto uso para que al iniciar una vida sexual adquieran habilidades que les permitan tomar decisiones oportunas y que favorezcan a su vida.

6.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

6.1.- Objetivo general: Identificar los factores socioculturales asociados a la no utilización de Métodos de Planificación familiar en pacientes adolescentes de ambos sexos derechohabientes de la UMF No. 11 de Nochistlán, Zacatecas.

6.2.- Objetivos específicos:

6.2.1.- Identificar las características sociodemográficas y socioculturales de los grupos de estudio: sexo, edad, religión, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico, residencia, estado civil, alcoholismo, mitos, falsas creencias, desinformación y redes sociales.

6.2.2.- Identificar las características gineco-obstétricas de los grupos de estudio: inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, utilización y tipo de método de planificación familiar.

6.2.3.- Identificar si la religión, la baja escolaridad, el nivel socioeconómico bajo, la desinformación (Insuficiente información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos), los mitos y falsas creencias y redes sociales son factores de riesgo para la no utilización de MPF en comparación al grupo control.

7.- HIPOTESIS GENERAL DE TRABAJO

7.1.- Hipótesis nula (H_0): La religión, la baja escolaridad, el nivel socioeconómico bajo, la desinformación (Insuficiente información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos), los mitos y falsas creencias, redes sociales, no son factores socioculturales asociados a la no utilización de métodos de planificación familiar.

7.2.- Hipótesis alterna (H_1): La religión, la baja escolaridad, el nivel socioeconómico bajo, la desinformación (Insuficiente información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos), los mitos y falsas creencias, redes sociales, son factores socioculturales asociados a la no utilización de métodos de planificación familiar.

8.- MATERIAL Y MÉTODOS

8.1.- Tipo de diseño: Estudio de casos y controles, pareado por edad 1:2.

8.2.- Ejes de estudio:

- Prospectivo
- Transversal
- Descriptivo
- Observacional

8.3.- Universo de estudio: adolescentes de ambos sexos, derechohabientes de las 34 Unidades de Medicina Familiar del IMSS de la Delegación Estatal Zacatecas.

8.4.- Población de estudio: adolescentes de ambos sexos, derechohabientes y adscritos a la UMF No. 11 de Nochistlán, Zacatecas.

8.5.- Lugar de estudio: UMF No. 11 de Nochistlán, Zacatecas.

8.6.- Tiempo de realización del estudio: de marzo a julio de 2018.

8.7.- DISEÑO MUESTRAL:

8.7.1.- Tamaño de muestra: Para determinar el tamaño de la muestra se emplearon las tablas de Schlesselman para estudio de casos y controles,⁴⁷ de acuerdo a los siguientes factores de exposición.

En donde:

- ❖ Odds Ratio a detectar: 2.5
- ❖ Alfa: 0.05 %
- ❖ B: 0.20
- ❖ Nivel de Seguridad 0.95 %
- ❖ Potencia: 0.80
- ❖ Número de casos por controles: 1:2

Habiéndose obtenido un tamaño de muestra total de 90 adolescentes de ambos sexos, distribuidos en dos grupos: 30 de ellos sin métodos de planificación familiar (casos) y 60 con método de planificación familiar (controles).

8.7.2.- Tipo de muestreo:

Muestreo no probabilístico por cuota.

8.8.- CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN:

Grupos de estudio:

Casos: 30 pacientes adolescentes de ambos sexos sin métodos de planificación familiar, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 11, del IMSS, Nochistlán, Zacatecas.

Controles: 60 pacientes adolescentes de ambos sexos con método de planificación familiar, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 11, del IMSS, Nochistlán, Zacatecas.

8.8.1.- Criterios de inclusión: se incluyeron a 90 pacientes adolescentes de ambos sexos, ambulatorios con rango de edad de 10 a 19 años, con antecedentes de vida sexual activa, sin métodos de planificación familiar (30 casos) o con la utilización de alguno de ellos (60 controles) adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del municipio de Nochistlán, Zacatecas y que mediante carta de consentimiento informado los padres de familia y/o tutores así como el adolescente aceptaron de manera voluntaria y anónima, participar.

8.8.2.- Criterios de exclusión: Se excluyeron aquellos adolescentes que tuvieron retraso psicomotriz (Mini Mental de Folstein) o consumo ilegal de drogas.

8.8.3.- Criterios de eliminación: Se eliminaron cuestionarios incompletos.

9.- VARIABLES DE ESTUDIO:

9.1.- Variable dependiente:

No utilización de métodos de planificación familiar.

9.2.- Variable interviniente:

Factores de riesgo para la no utilización de MPF

- baja escolaridad
- nivel socioeconómico bajo

- desinformación (Insuficiente información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos)
- mitos y falsas creencias
- Redes sociales

9.3.- Variables universales: características sociodemográficas de los grupos de estudio:

- Sexo
- Edad
- Religión
- Ocupación
- Escolaridad
- Nivel socioeconómico
- Lugar de residencia
- Estado civil

9.4.- Variables independientes:

- Inicio de vida sexual
- Número de parejas sexuales

10.- DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES:

| Nombre de variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala de medición | Unidad de medición |
|--------------------|--|--|--------------------------------|-------------------------------|
| Sexo | Hace alusión a las características biológicamente determinadas, relativamente invariables del hombre y la mujer. | Características fenotípicas del adolescente entrevistado. 1.- Masculino 2.- Femenino | Cualitativa nominal dicotómica | 1.- Masculino 2.- Femenino |
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona, ciertos animales o vegetales. | Edad en años cumplidos de los adolescentes. | Cuantitativa discontinua. | Edad en años cumplidos |
| Grupo de edad | Conjunto de | Grupo de edad al | Cualitativa | Grupo de edad: |

| | | | | |
|---------------------|--|--|--|---|
| | personas, animales o cosas que están juntos o reunidos y que tienen una característica en común. | que pertenecen los adolescentes. 1.- Adolescencia temprana (10-14 años) 2.-adolescencia tardía (15-19 años) | ordinal. | 1.- Adolescencia temprana (10-14 años) 2.-adolescencia tardía (15-19 años) |
| Lugar de Residencia | Lugar geográfico donde la persona además de residir en forma permanente desarrolla generalmente sus actividades tanto familiares sociales y económicas | Lugar de residencia en el que vive el adolescente al momento de realizar la encuesta 1.- Urbana 2.- Suburbana 3.- Rural | Cualitativa nominal policotómica | 1.- Urbana 2.- Suburbana 3.- Rural |
| Ocupación | Trabajo, empleo o actividad que realiza una persona. | Actividad a la cual se dedica la adolescente al momento de la encuesta | Cualitativa nominal policotómica 1.- Ama de casa 2.- Estudiante 3.- empleado (a) de granja 4.- Comerciante 6.- Actividades secretariales 7.- técnico 8.- Otras | 1.- Ama de casa 2.- Estudiante 3.- empleado (a) de granja 4.- Comerciante 5.- Actividades secretariales 6.- técnico 7.- otras |
| Escolaridad | Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza | Grado académico que refiere el adolescente al momento de la aplicación de la encuesta | Cualitativa ordinal 1.- Analfabeta 2.- Primaria incompleta 3.- Primaria completa 4.- Secundaria incompleta 5.- | 1.- Analfabeta 2.- Primaria incompleta 3.- Primaria completa 4.- Secundaria incompleta 5.- Secundaria completa 6.- Bachillerato incompleto |

| | | | | |
|----------------------|--|--|--|---|
| | | | <p>Secundaria completa</p> <p>6.- Bachillerato incompleto</p> <p>7.- Bachillerato completo</p> <p>8.- técnico</p> | <p>7.- Bachillerato completo</p> <p>8.- técnico</p> |
| Religión | <p>Es una práctica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales. Cuando se habla de religión se hace referencia a los cuerpos sociales que se ocupan de la sistematización de esta práctica, tal como hoy conocemos el catolicismo, el judaísmo, el islamismo y muchas otras.</p> | <p>Actividad o creencia religiosa que practica el o la adolescente al momento de la encuesta</p> | <p>Religión que practica o profesa la adolescente:</p> <p>1.-Catolica</p> <p>2.- Cristiano</p> <p>3.-Testigo de Jehová</p> <p>4. Mormón</p> <p>5.- adventista</p> <p>7.- Otra religión</p> | <p>1.-Catolica</p> <p>2.- Cristiano</p> <p>3.-Testigo de Jehová</p> <p>4. Mormón</p> <p>5.- adventista</p> <p>7.- Otra religión</p> |
| Estado civil | <p>Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles</p> | <p>Relación legal establecida y referida por la adolescente al momento de la encuesta</p> | <p>Cualitativa nominal policotómica</p> <p>1.Soltera (o)</p> <p>2.Casada (o)</p> <p>3.Divorciada (o)</p> <p>4.Union libre</p> <p>5.Viuda (o)</p> <p>6.- Separada (o)</p> | <p>1.Soltera (o)</p> <p>2.Casada (o)</p> <p>3.Divorciada (o)</p> <p>4.Union libre</p> <p>5.Viuda (o)</p> <p>6.- Separada (o)</p> |
| Nivel socioeconómico | <p>Es el estado que guarda el individuo en la sociedad de acuerdo a su economía</p> | <p>Nivel socioeconómico de la adolescente al momento de la aplicación de la encuesta de acuerdo al método de Graffar</p> | <p>Cualitativa ordinal</p> <p>1= Alto: 4-6 pts.</p> <p>2= Medio-alto: 7-9 pts.</p> <p>3= Medio</p> | <p>1= Alto: 4-6 pts.</p> <p>2= Medio-alto: 7-9 pts.</p> <p>3= Medio bajo: 10-12 pts.</p> <p>4= Obrero: 13-16 pts.</p> |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| | | | bajo: 10-12 pts. 4= Obrero: 13-16 pts. 5= Marginal: 17-20 pt | 5= Marginal: 17-20 pt |
| Consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas | Consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas | Consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas previas por la adolescente entrevistada 1.- Si 2.- No | Cualitativa nominal dicotómica | 1.- Si 2.- No |
| Factores de riesgo | Probabilidad de que surja en evento esperado o no, que puede poner en riesgo la vida de una paciente. | Identificación de factores de riesgo para el uso de métodos de planificación familiar en las pacientes entrevistadas. 1.- Si utiliza MPF 2.- No utiliza MPF | Cualitativa nominal dicotómica | 1.- Si 2.- No |
| Baja escolaridad | Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza | Nivel de escolaridad máximo primaria completa o inferior en la paciente adolescente entrevistada 1.- Si (primaria completa o menos) 2.- No | Cualitativa nominal dicotómica | 1.- si 2.- no |
| Nivel socioeconómico bajo | medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras | Nivel socioeconómico bajo identificado mediante el Método de Graffar de la adolescente entrevistada 1.- Si (marginal, obrero y medio | Cualitativa nominal dicotómica 1.- Si (marginal, obrero y medio bajo) 2.- No (medio alto y alto) | 1.- si (marginal, obrero y medio bajo) 2.- no (medio alto y alto) |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo | bajo) 2.- No (medio alto y alto) | | |
| Desinformación (Insuficiente información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos) | Insuficiente información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos | Insuficiente información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos previos por él o la adolescente entrevistada | Cualitativa nominal dicotómica 1.- si 2.- no | 1.- si 2.- no |
| Mitos y falsas creencias | Es un relato tradicional que se refiere a acontecimientos prodigiosos protagonizados por seres sobrenaturales o extraordinarios o personajes fantásticos los cuales buscan dar una explicación a un hecho o a un fenómeno. | Los mitos forman parte del sistema de creencias de una cultura o de una comunidad, la cual los considera historias verdaderas. | Cualitativa nominal policotómica 1.- si 2.- no | 1.- si 2.- no |
| Redes sociales | Son sitios de Internet formados por comunidades de individuos con intereses o actividades en común (como amistad, parentesco, trabajo) y que permiten el contacto entre estos, de manera que se puedan comunicar e intercambiar información. | Sitios de internet más utilizados por los adolescentes: 1.- Facebook 2.- twitter 3.- Instagram 4.- snapchat 5.- otros | Cualitativa nominal policotómica | 1.- Facebook 2.- twitter 3.- instagram 4.-. snapchat 5.- otros |
| Inicio de vida sexual activa | Inicio de la actividad sexual de una persona o ser vivo | Edad en la cual la paciente adolescente tuvo su primera relación sexual | Cuantitativa discontinua | Edad en la que inicia su vida sexual |

| | | | | |
|----------------------------|--|---|--|---|
| Número de parejas sexuales | Está asociado a la práctica de relaciones sexuales con una o diferentes parejas o grupos sexuales. | Número de parejas sexuales que el adolescente tenga. | Cuantitativa discontinua | Número de parejas sexuales |
| Adolescencia | Periodo de la vida que atraviesan las personas, comprendida desde el inicio de la pubertad (alrededor de los once años) hasta el completo desarrollo del organismo, aproximadamente a los diecinueve años | Paciente a entrevistar con edades comprendidas entre los 10 a 19 años cumplidos | Cualitativa nominal dicotómica 1.- Si 2.- No | 1.- Si 2.- no |
| Planificación familiar | La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá; así como a recibir información sobre el tema y los servicios necesarios. Este derecho es independiente del sexo, la preferencia sexual, edad y el estado social o legal de las personas. | Uso de método de planificación familiar por el adolescente entrevistado. 1.- condón masculino 2.- pastillas anticonceptivas 3.- parche anticonceptivo 4.- anticoncepción hormonal inyectable 5.- DIU (T de cobre y con levonorgestrel) 6.- píldora del día siguiente 7.- Salpingoplastia 8.- vasectomía | Cualitativa nominal policotómica | 1.- condón masculino 2.- pastillas anticonceptivas 3.- parche anticonceptivo 4.- anticoncepción hormonal inyectable 5.- DIU (T de cobre y con levonorgestrel) 6.- píldora del día siguiente 7.- Salpingoplastia 8.- vasectomía |
| Unidad de primer nivel | Satisface las necesidades de salud de la población en su ámbito jurisdiccional a través de atención | Adolescente entrevistado adscrito a la UMF No. 11 Nochistlán, Zac. 1.- Si | Cualitativa nominal dicotómica | Adscripción a la UMF No. 11 Nochistlán 1.- Si 2.- No |

| | | | | |
|---------------------|---|--|--|------------------|
| | integral ambulatoria con énfasis en promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y fomentando la participación ciudadana. | 2.- No | | |
| Retraso psicomotriz | Retraso de las capacidades cognitivas y motrices, como hablar y caminar. | Retraso de las capacidades cognitivas y motrices, como hablar y caminar. | Cualitativa nominal dicotómica 1.- si 2.- no | 1.- si 2.- no |

11.- PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

El presente trabajo de investigación en salud fue enviado al Comité Local de Investigación en Salud del Hospital General de Zona No. 1, Delegación Estatal Zacatecas (CLIS 3301), para su evaluación y autorización, habiendo sido dictaminado como autorizado con el siguiente número de registro **R-2017- 3301-50** (anexo 19.3). Se dio a conocer al personal de microzona operativo de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS, en la Delegación Estatal Zacatecas la justificación y los objetivos que se pretendieron alcanzar con este trabajo de investigación.

El diseño de estudio fue de casos y controles, prospectivo, pareado 1:2 el cuál se efectuó de marzo a julio del 2018 en un tamaño de muestra de 90 adolescentes esto de acuerdo a la aplicación de las tablas de Schlesselman, para estudios de casos y controles 1:2 y de acuerdo a los siguientes factores de exposición: Odds Ratio a detectar: 2.5, Alfa del 0.05 %, Beta del : 0.20, Nivel de Seguridad 0.95 % y una potencia: 0.80, distribuidas en dos grupos: 30 pacientes adolescentes de ambos sexos ambulatorios sin métodos de planificación familiar (casos) y 60 pacientes adolescentes de ambos sexos ambulatorios con método de planificación familiar (controles), los cuales fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por cuota.

Se incluyeron a pacientes adolescentes de ambos sexos ambulatorios con rango de edad de 10 a 19 años, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del municipio de Nochistlán, Zacatecas. La participación fue voluntaria y anónima. Se excluyeron aquellos adolescentes que tuvieron deterioro cognitivo (Mini Mental de Folstein) o, consumo ilegal de drogas; y se eliminaron cuestionarios incompletos. La variable dependiente es no utilización de métodos de planificación familiar, las variables intervinientes son los factores sociodemográficos siguientes: nivel

socioeconómico bajo, baja escolaridad, desinformación (Insuficiente información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos), mitos y falsas creencias. Las variables independientes fueron las características ginecológicas de los grupos de estudio: inicio de vida sexual, uso de método de planificación familiar, número de parejas sexuales; las variables universales las características sociodemográficas de los grupos de estudio: sexo, edad, grupo de edad, estado civil, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico, religión y lugar de residencia.

En relación al instrumento de recolección de la información, este estuvo conformado por un total de 42 preguntas dirigidas a los adolescentes, de las cuales 17 de ellas son preguntas abiertas y 25 cerradas; y estuvieron distribuidas en 4 apartados. En ellas, los entrevistados anotaron en la línea de las preguntas abiertas la información solicitada. En caso de las preguntas cerradas se subrayó o con circular y/o se anotó en el paréntesis correspondiente aquella respuesta que él o la adolescente consideró que aplicó para él o ella, garantizando la confidencialidad de las respuestas y los datos personales y familiares. Para identificar el nivel socioeconómico se consideró como idóneo utilizar el método de Graffar, el cual está validado en nuestro país y ha sido ampliamente utilizado en otros estudios para identificar esta variable compleja, y que indaga la profesión del jefe de familia, el nivel de instrucción del adolescente, la principal fuente de ingreso económico familiar y las condiciones de la vivienda y que nos permite identificar el nivel socioeconómico en una escala de tipo ordinal.

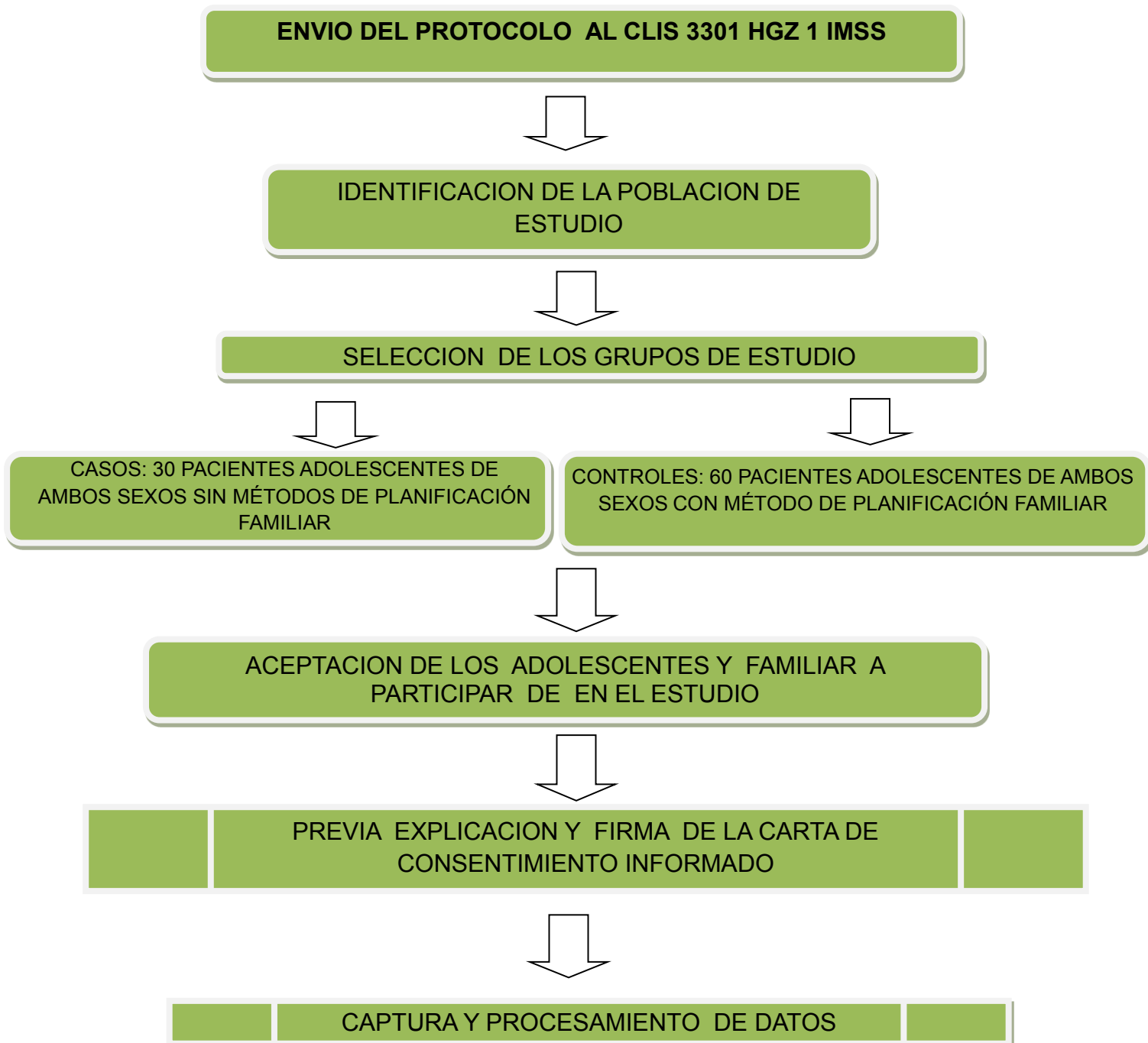
Se trabajó con la siguiente hipótesis alterna: La religión, la baja escolaridad, el nivel socioeconómico bajo, la desinformación (Insuficiente información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos), los mitos y falsas creencias, redes sociales son factores socioculturales asociados a la no utilización de métodos de planificación familiar.

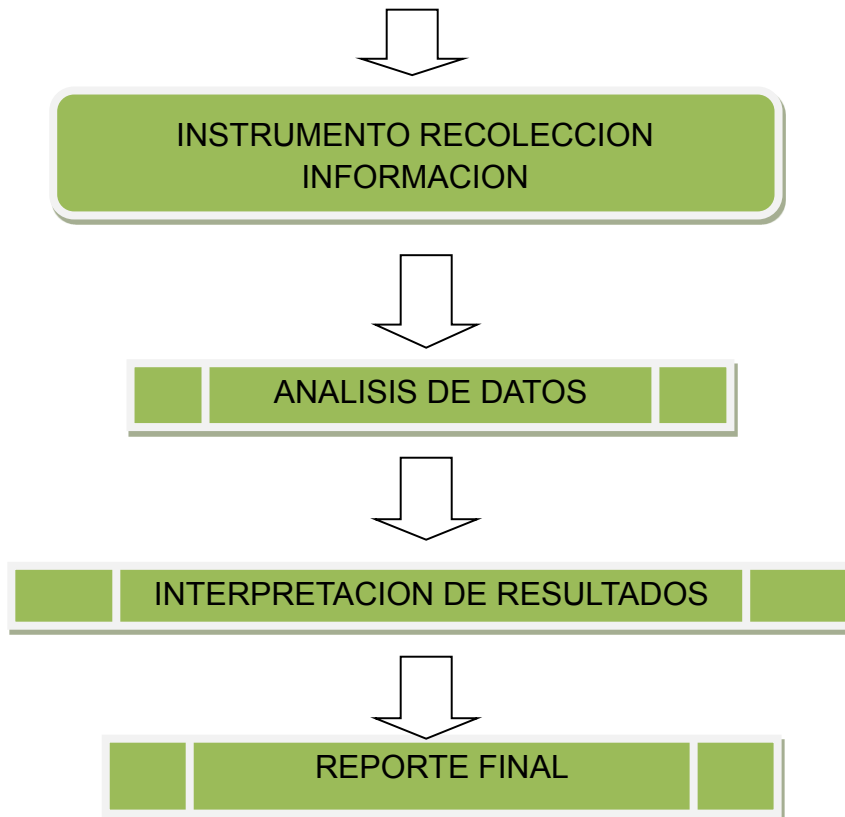
Para identificar el estado cognitivo, se consideró como idóneo utilizar el cuestionario de Mini Mental de Folstein; creado en 1975 como instrumento para la evaluación breve del estado mental; en la actualidad es el test más utilizado para la evaluación cognitiva estandarizada en el ámbito clínico. El MMSE de Folstein et al⁴⁸ investiga cinco dominios cognitivos que son, esencialmente: orientación temporoespacial, memoria diferida, atención y cálculo, lenguaje y capacidad visuoconstructiva de dibujo, y cuya puntuación total es de 30 puntos (normal); de 29 a 24 déficit leve, 19 a 23 deterioro cognitivo leve, 14 a 18 deterioro moderado y <14 deterioro cognitivo grave Tiene una fiabilidad de 0.82-0.84.⁴⁹

Se aplicó análisis estadístico en el software SPSS® v. 15 en español, se aplicó estadística descriptiva para variables cuantitativas medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar, rangos mínimos y máximos) para variables cualitativas (frecuencias relativas y absolutas, porcentuales). La comparación de variables no paramétricas se efectuó mediante la prueba Ji cuadrada (χ^2) utilizando el paquete estadístico Epidat 3.1 mediante

una tabla cuadrangular de 2x2 simple para estudio de casos y controles pareado con un OR con nivel de confianza al 95% y un valor de $p \leq 0.05$. Los resultados se reportaron en cuadros y gráficos.

12.- FLUJOGRAMA





13.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación no contraviene los aspectos éticos considerados en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de los Estados Unidos Mexicanos ni las contempladas en la Declaración de Helsinki y sus modificaciones en Brasil, 2013. Éste estudio se considera dentro de la categoría de riesgo mínimo para el paciente de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en el título 2º, capítulo 1, artículo 17, categoría 1; se tomara en cuenta los códigos y normas internacionales vigentes de la buena práctica de la investigación clínica.⁵⁶

En este sentido este trabajo de investigación fue enviado al Comité Local de Investigación en Salud del Hospital General de Zona No. 1, Delegación Estatal Zacatecas (CLIS 3301), para su evaluación y autorización, habiendo sido dictaminado como autorizado con el siguiente número de registro **R-2017- 3301-50** (anexo 19.3).

Se entregó para firmar carta de consentimiento informado a los padres de familia de todos los participantes. Se continúa guardando la confidencialidad de los datos

obtenidos, se les explicó en qué consistió el estudio, se aclararon sus dudas cuantas veces fue necesario y se continua manteniendo el anonimato y confidencialidad de los datos personales de cada uno de ellos. Los datos reportados son verídicos.

14.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se elaboró una base de datos y se capturaron en el programa estadístico SPSS® versión 15 en español. Las variables categóricas o cualitativas nominales dicotómicas, policotómicas, ordinales o variables cuantitativas de intervalo se analizaron mediante tablas de frecuencias relativas y absolutas así como porcentajes y las variables numéricas o cuantitativas continuas o discontinuas mediante medidas de tendencia central (media, mediana y moda) o de dispersión: rangos mínimo y máximo y desviación estándar (DE). Para identificar los factores de riesgo se utilizó el programa estadístico Epidat © 3.1 para estudios de casos y controles mediante el empleo de una tabla cuadrangular de 2x2 simples, Odds Ratio (OR), con prueba chi cuadrada o prueba exacta de Fisher, valor de $p \leq 0.05$. Los resultados se presentaron en cuadros y gráficos.

15.- RECURSOS

15.1 Recursos humanos: María Gabriela Ramírez Vázquez, Médico General adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS, Zacatecas. Investigadora principal de este trabajo de investigación quien llevó a cabo el procedimiento desde la recolección de información y búsqueda de artículos actuales de revistas indizadas para redacción de los antecedentes del estudio hasta la presentación de la tesis.

Asesores metodológicos: Dr. Eduardo Martínez Caldera, Coordinador Auxiliar Médico en Investigación en Salud.

Asesores clínicos: Dr. Jaime Burciaga Campos médico no familiar con especialidad en gineco-obstetricia y colposcopia y Maricela Castrellón Moreno Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Los asesores participaron en la asesoría para el adecuado desempeño en la elaboración, ejecución e interpretación de los resultados de éste estudio.

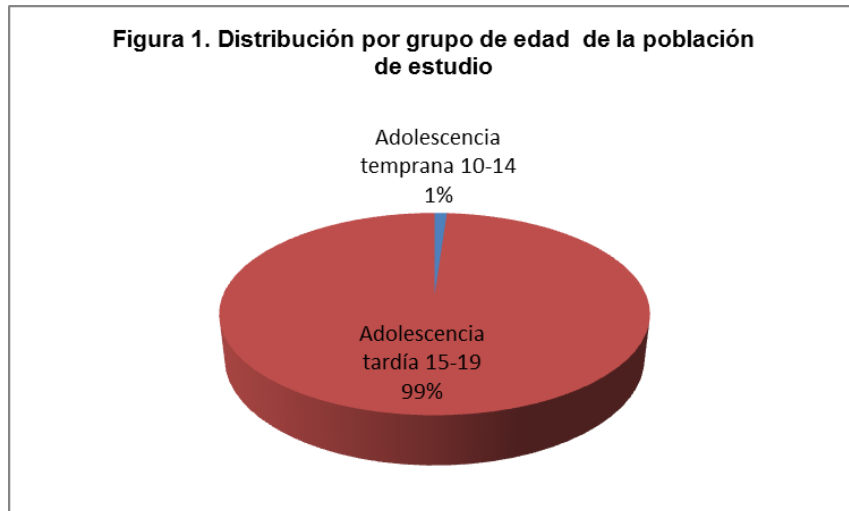
15.2- Recursos materiales y económicos:

- Papelería (hojas de máquina blancas, lápices, sacapuntas, borradores, libreta, pluma, marca-textos, grapadora).
- Impresora
- Cartuchos de tinta de impresora
- Computadora Laptop
- Instrumento de medición
- Internet
- Impresiones
- Fotocopias
- Tesis
- USB

| CONCEPTO | COSTO |
|---|---------------------|
| Laptop HACER | \$ 12,900.00 |
| Impresora | \$ 15,000.00 |
| Papelería (hojas blancas, lápices, plumas, borradores, marca textos, grapadoras, libreta, sacapuntas) | \$ 1,500.00 |
| Fotocopias | \$ 500.00 |
| USB | \$ 600.00 |
| Impresiones | \$ 500.00 |
| Tesis | \$ 1,000.00 |
| Cartuchos | \$ 1,500.00 |
| Internet | \$ 500.00 |
| Transporte | \$ 6,000.00 |
| TOTAL | \$ 40,000.00 |

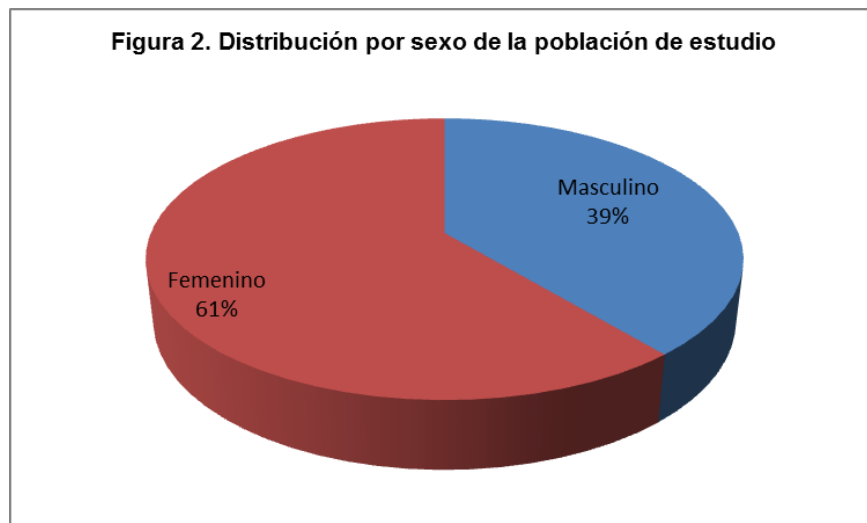
16. RESULTADOS

Se entrevistaron al 100% del tamaño de muestra. Se identificaron las siguientes características sociodemográficas de la población de estudio: el promedio de edad de los adolescentes fue de 16.32 ± 1.16 años, moda de 15 años y mediana de 16 años, con rango de edad de 15 a 19 años. El 35% de la población de estudio está en un rango de edad de inicio de vida sexual entre los 15 y 17 años; el número de parejas sexuales fue de 1 a 5 parejas, predominó el 24.4% con 2 parejas sexuales. El 99% de la población de estudio (n=89) son del grupo de adolescencia tardía de 15-19 años. El 1% son del grupo de adolescencia temprana 10-14 años (n=1). (Figura 1).



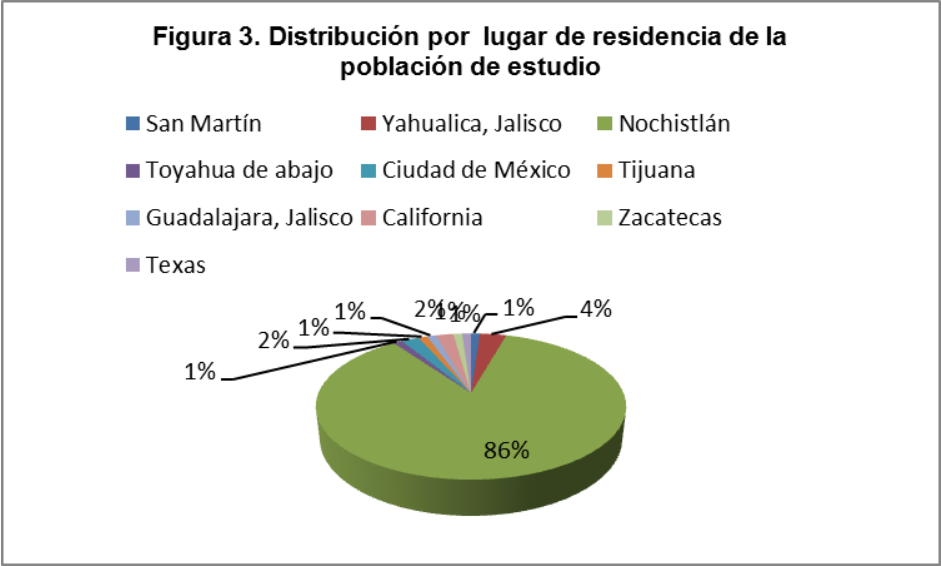
Fuente: Entrevista directa

El 61% de la población en estudio (n= 55) corresponde al sexo femenino y el 39% (n=35) al sexo masculino (figura 2).



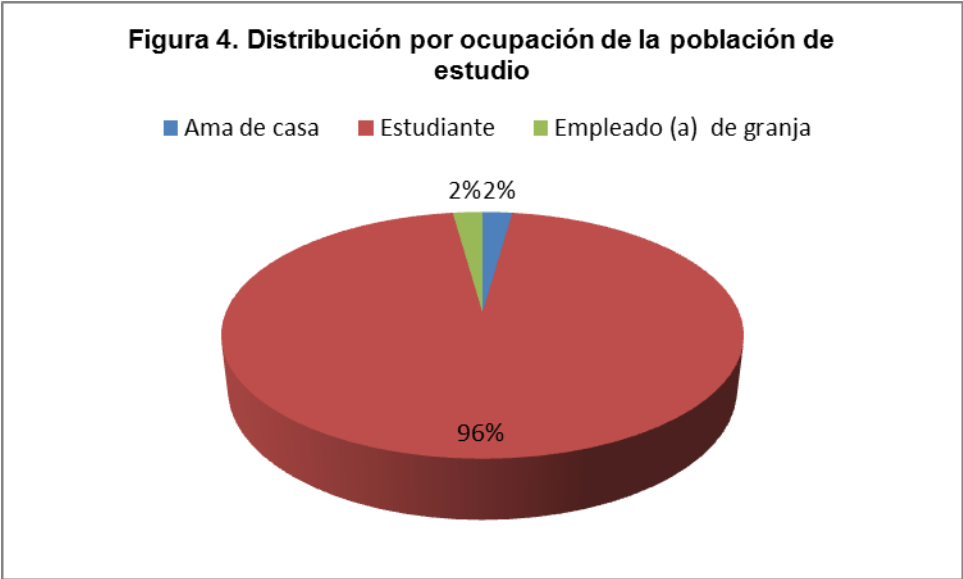
Fuente: Entrevista directa

El 86% de la población en estudio (n= 77) son de Nochistlán, Zacatecas y el 4% pertenecen a Yahualica, Jalisco. (Figura 3).



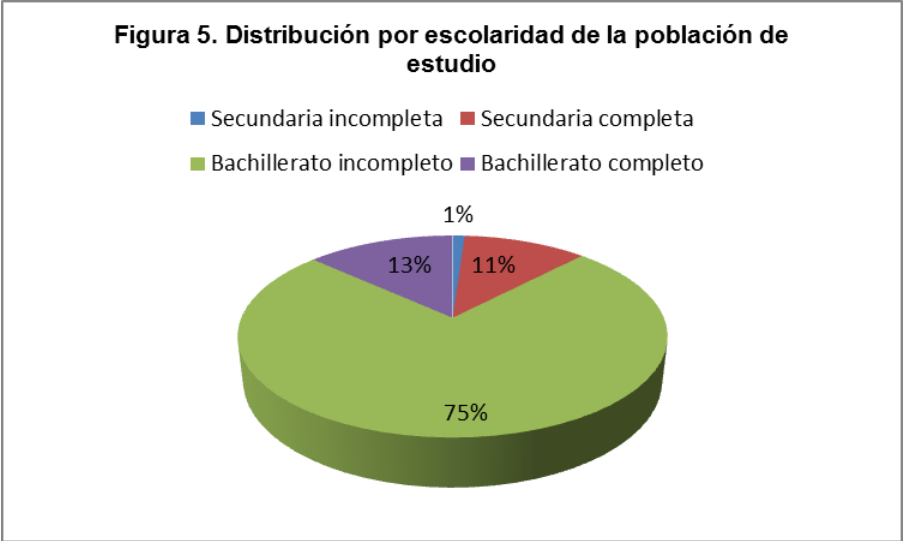
Fuente: Entrevista directa

El 96% de la población en estudio (n= 86) son estudiantes, 2% (n=2) son amas de casa y el 2% (n=2) son empleados de granja. (Figura 4).



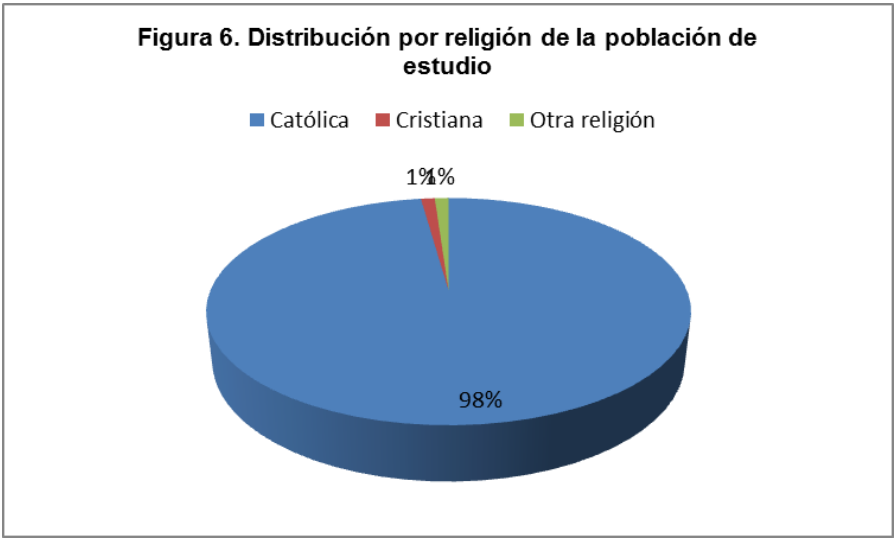
Fuente: Entrevista directa

El 75% de la población en estudio (n= 67) tienen bachillerato incompleto, 13% (n=12) con bachillerato completo y el 11% (n=10) con secundaria completa. (Figura 5).



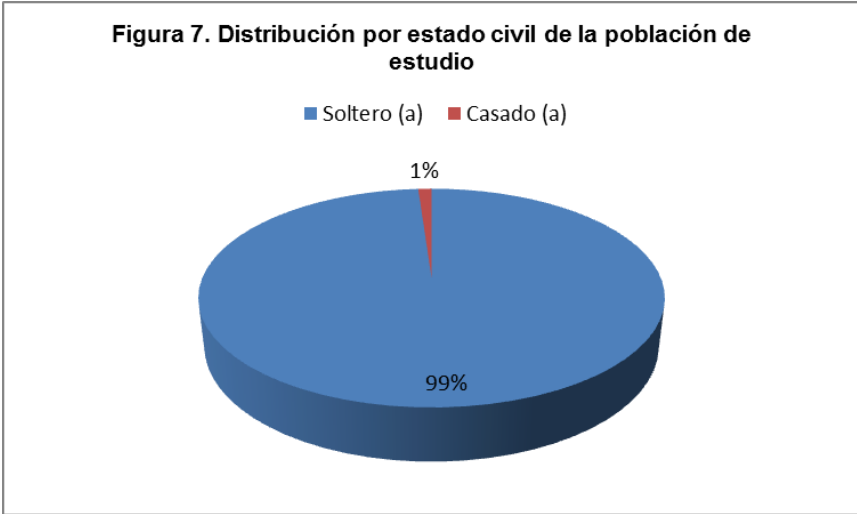
Fuente: Entrevista directa

El 98% de la población en estudio (n= 88) son de religión católica, el 2% (n=2) son de religión cristiana y otra religión. (Figura 6).



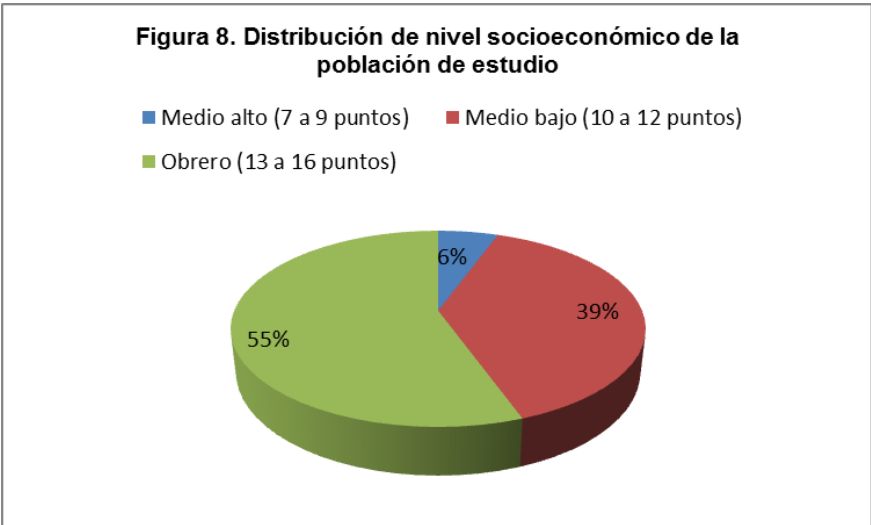
Fuente: Entrevista directa

El 99% de la población en estudio (n= 89) son solteros y/o solteras, el 1% (n=1) casados. (Figura 7).



Fuente: Entrevista directa

El 55% de la población en estudio (n= 50) son de estrato socioeconómico obrero, el 39% (n=35) pertenecen a un estrato medio bajo, el 6% (n=5) a un estrato socioeconómico medio alto. (Figura 8).



Fuente: Entrevista directa

El 69% de la población en estudio (n= 62) no consumen alcohol y/o drogas, el 31% (n=28) consumen alcohol y/o drogas. (Figura 9).



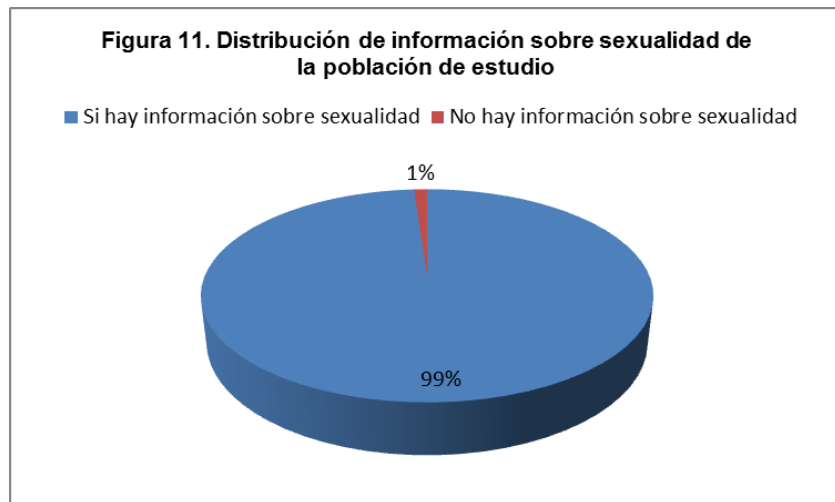
Fuente: Entrevista directa

El 52% de la población en estudio (n= 47) si hablan con sus padres sobre sexualidad y MPF, el 48% (n=43) no se comunican con sus padres (figura 10).



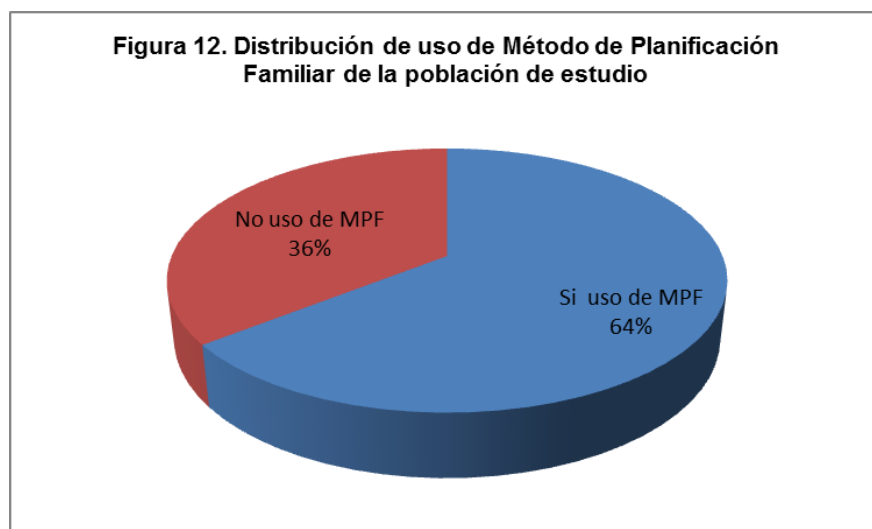
Fuente: Entrevista directa

El 99% de la población en estudio (n= 89) si ha recibido información sobre sexualidad y MPF, el 1% (n=1) no ha recibido información sobre sexualidad y MPF (figura 11).



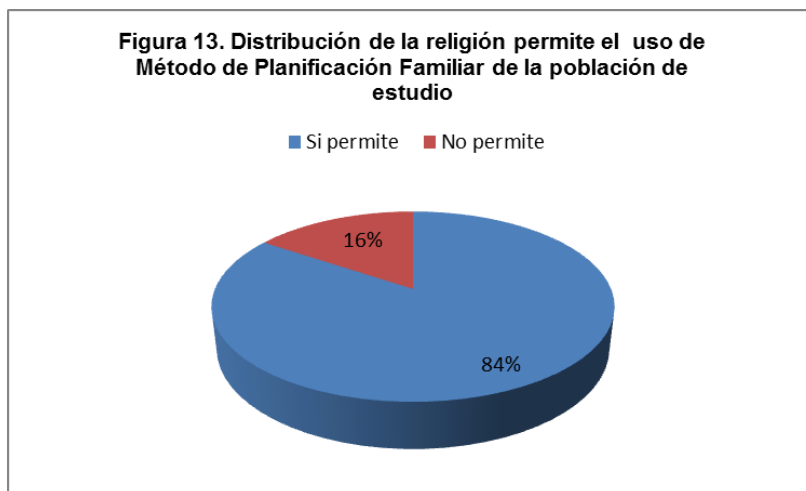
Fuente: Entrevista directa

El 64% de la población en estudio (n= 58) si ha utilizado o utiliza algún método de planificación familiar, el 36% (n=32) no ha utilizado un MPF (figura 12).



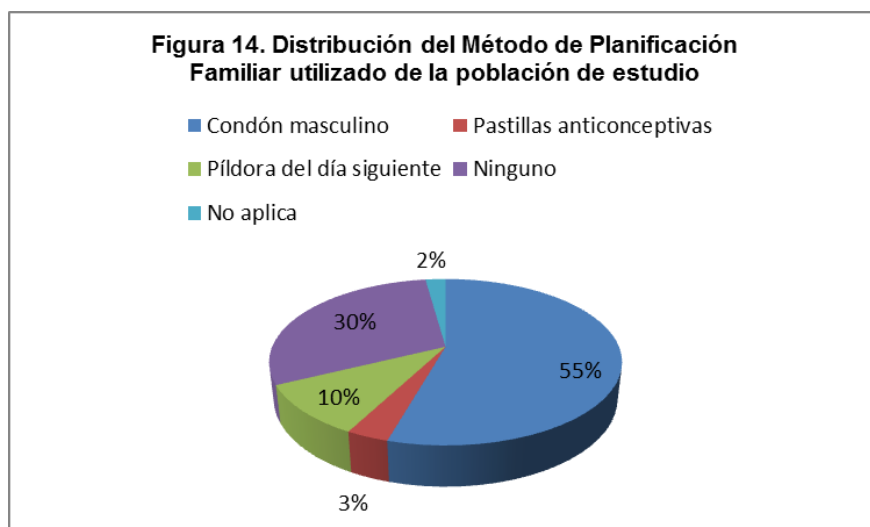
Fuente: Entrevista directa

El 84% de la población en estudio (n= 76) piensa que su religión si le permite utilizar método de planificación familiar, el 16% (n=14) piensa que no se le permite utilizar algún MPF (figura 13).



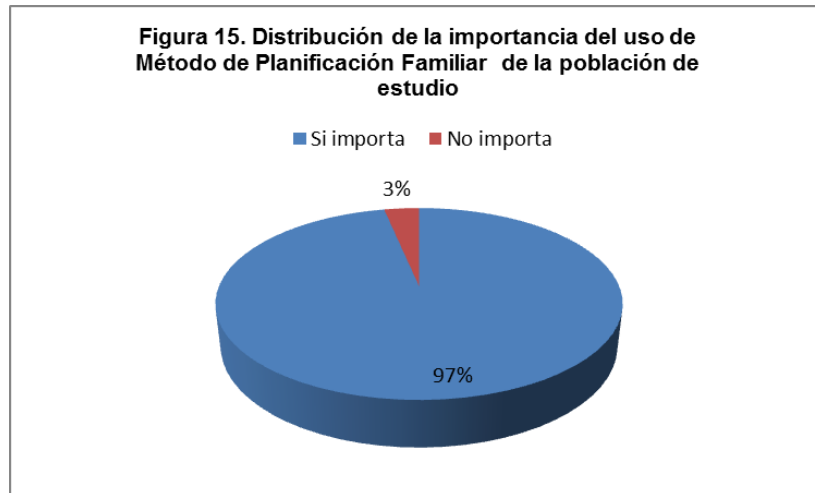
Fuente: Entrevista directa

El 55% de la población en estudio (n= 49) ha utilizado condón masculino, el 30% (n=27) no utiliza ningún método anticonceptivo, el 10% (n=9) utiliza o ha utilizado la píldora del día siguiente (figura 14).



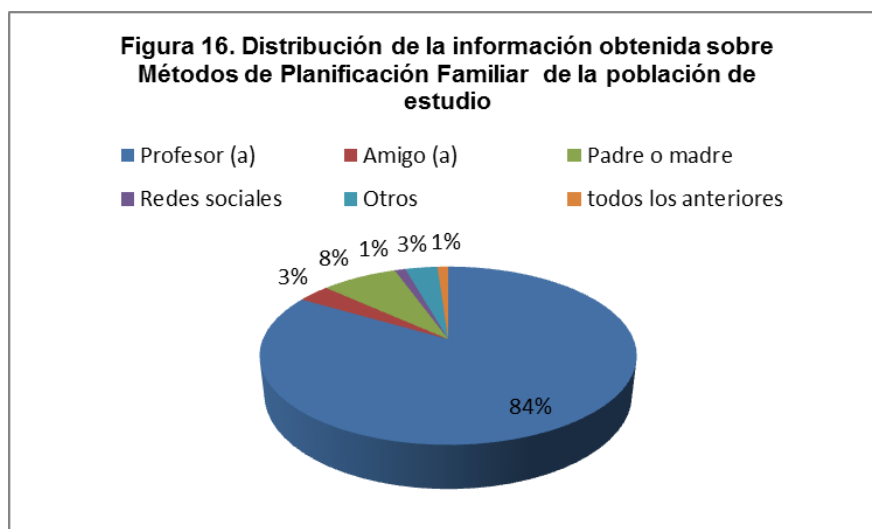
Fuente: Entrevista directa

El 97% de la población en estudio (n= 87) creen que si es importante el uso de MPF, el 3% (n=3) piensan que no es importante utilizar un método de planificación familiar. (Figura 15).



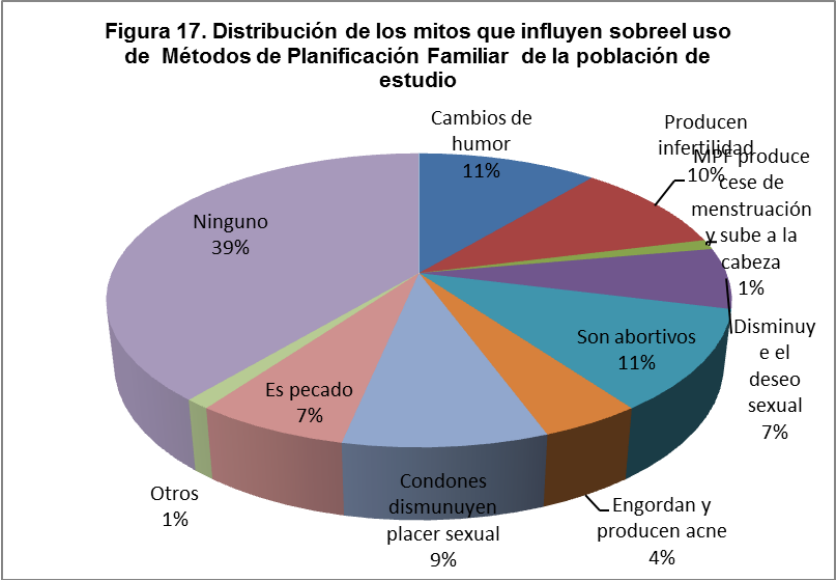
Fuente: Entrevista directa

El 84% de la población en estudio (n= 75) ha recibido información de parte de él (la) profesor (a), el 8% recibió información por parte de los padres de familia (padre o madre), (n=7). (Figura 16).



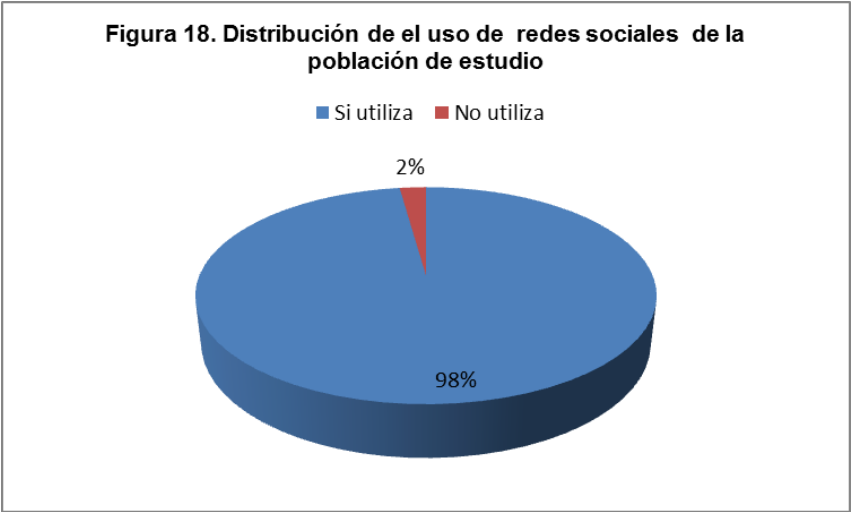
Fuente: Entrevista directa

El 39% de la población en estudio (n= 35) piensa que no hay mitos que influyan en no utilizar un MPF, el 11% (n=10) piensa que utilizar un MPF es causa de aborto, y otro 11% (n=10) piensa que producen cambios de humor, el 10% (n=9) piensa que producen infertilidad y el 9% (n=8) piensa que los condones disminuyen el placer sexual. (Figura 17).



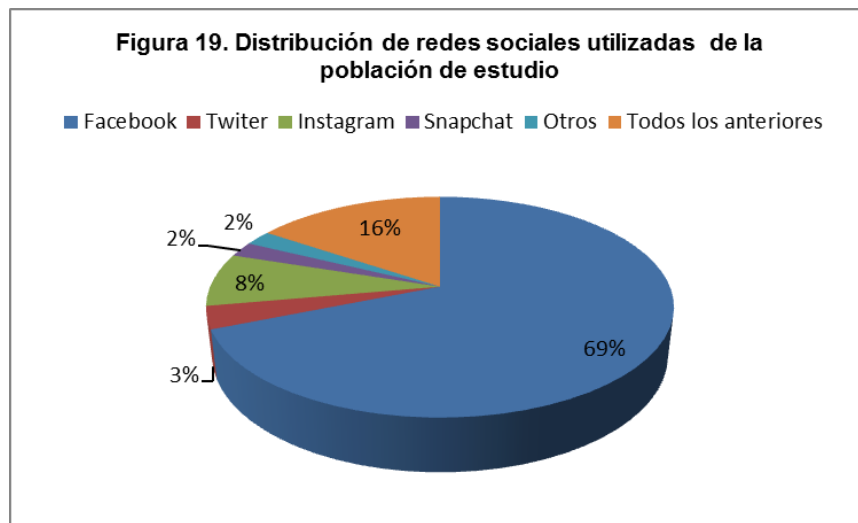
Fuente: Entrevista directa

El 98% de la población en estudio (n= 88) si utiliza redes sociales, 2% (n=2) no utiliza redes sociales. (Figura 18).



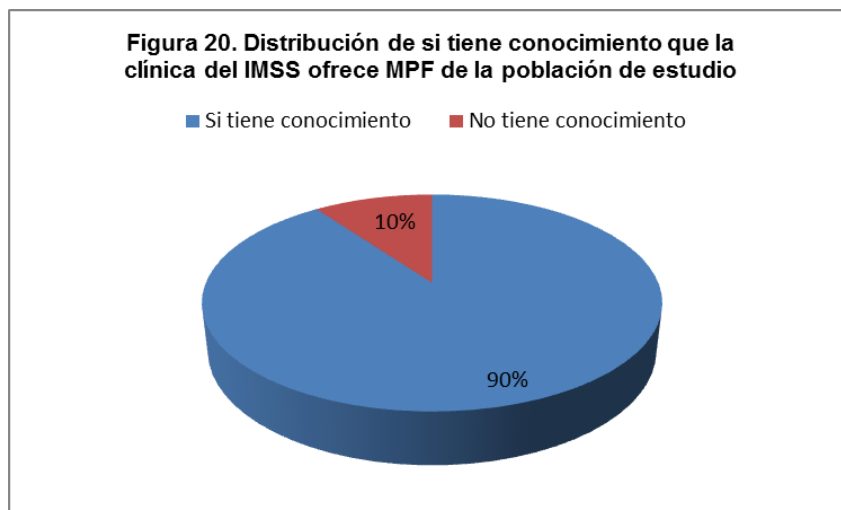
Fuente: Entrevista directa

El 69% de la población en estudio (n= 62), utiliza Facebook, el 16% (n=14) utiliza twitter, Facebook, Instagram, snapchat y otros. (Figura 19).



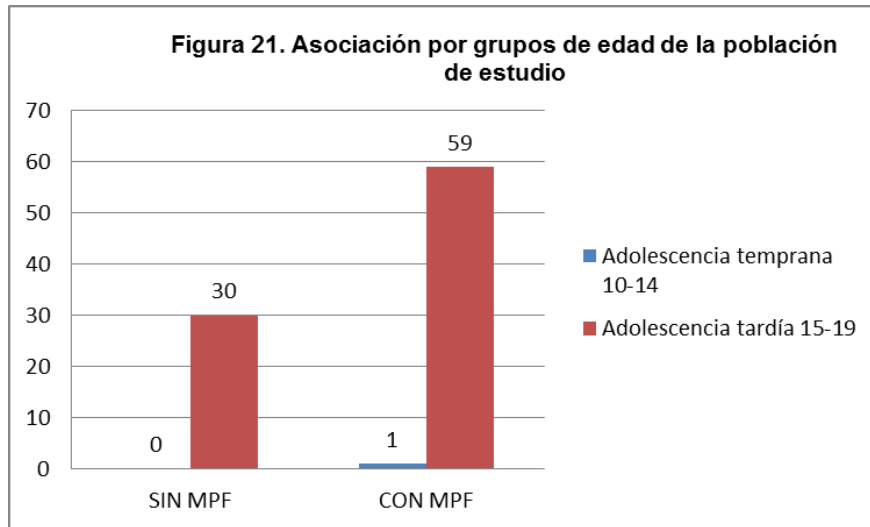
Fuente: Entrevista directa

El 90% de la población en estudio (n= 81), si tiene conocimiento de que se ofrecen MPF en su UMF; el 10% (n=9) no tiene conocimiento de que se ofrecen MPF. (Figura 20).



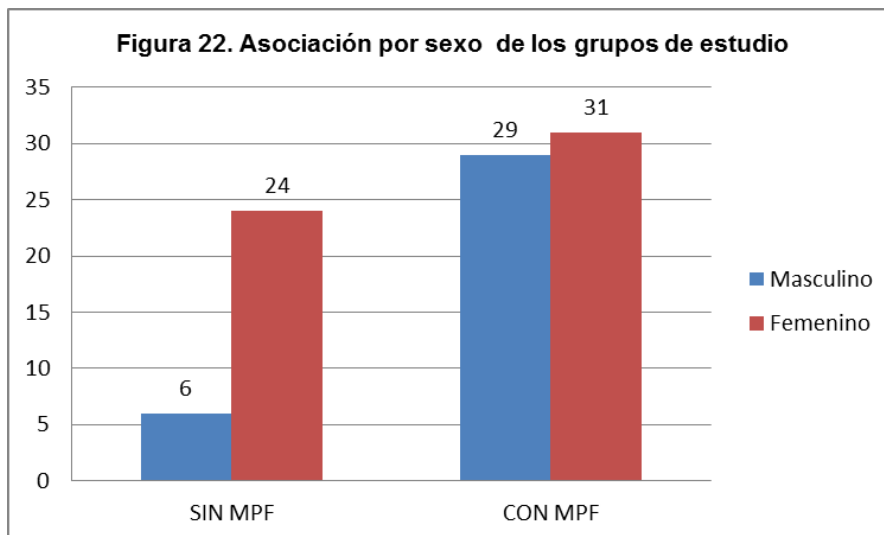
Fuente: Entrevista directa

Los que no utilizan MPF (casos) son 30 del grupo de adolescencia tardía (15-19 años). (Figura 21).



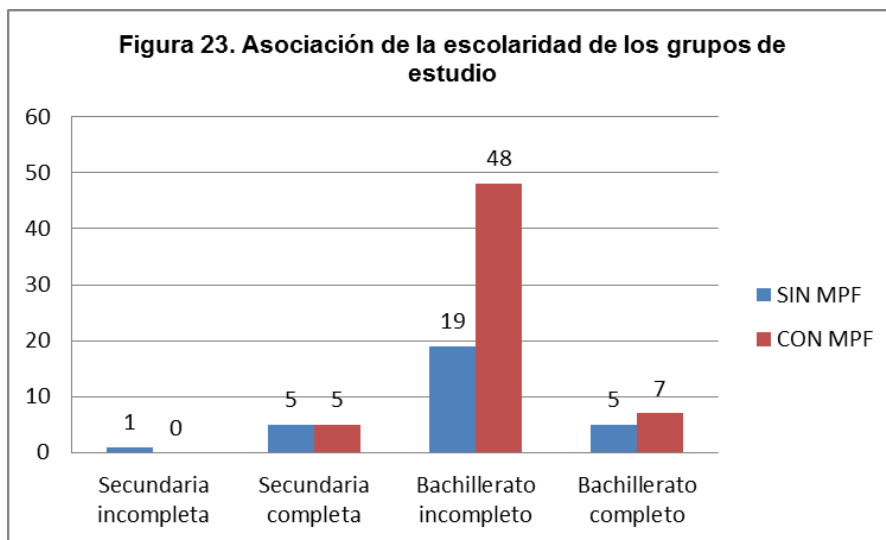
Fuente: Entrevista directa

Los que no utilizan MPF (casos) son 6 de sexo masculino y 24 de sexo femenino. (Figura 22).



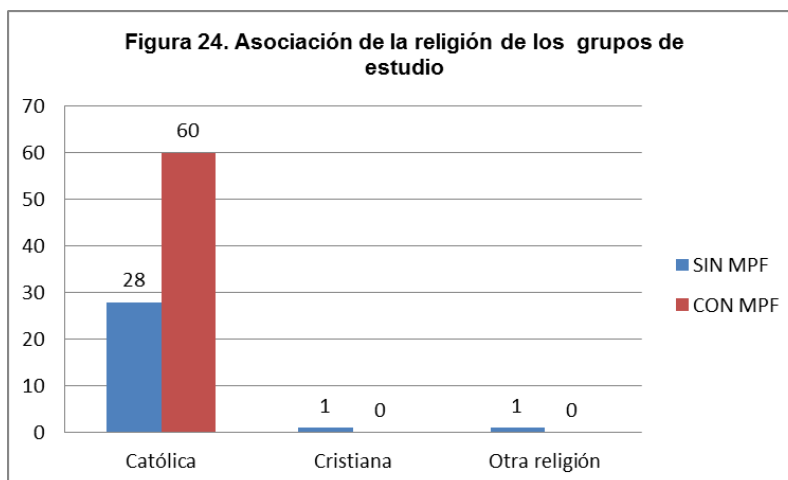
Fuente: Entrevista directa

En lo que respecta a la escolaridad se encontraron 19 que no utilizan MPF (casos) con bachillerato incompleto y 48 con MPF (controles) con bachillerato incompleto. (Figura 23).



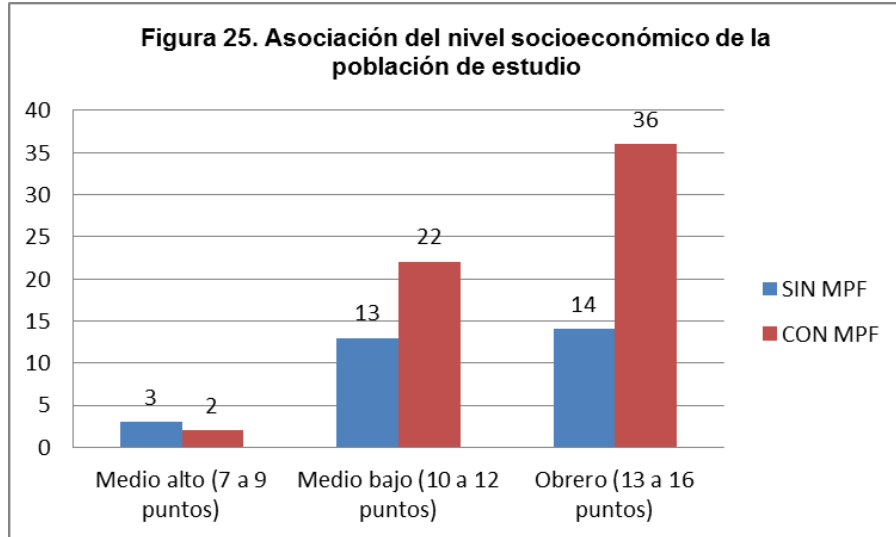
Fuente: Entrevista directa

Se encontraron 28 sin MPF (casos) y 60 con MPF (controles) de religión católica. (Figura 24).



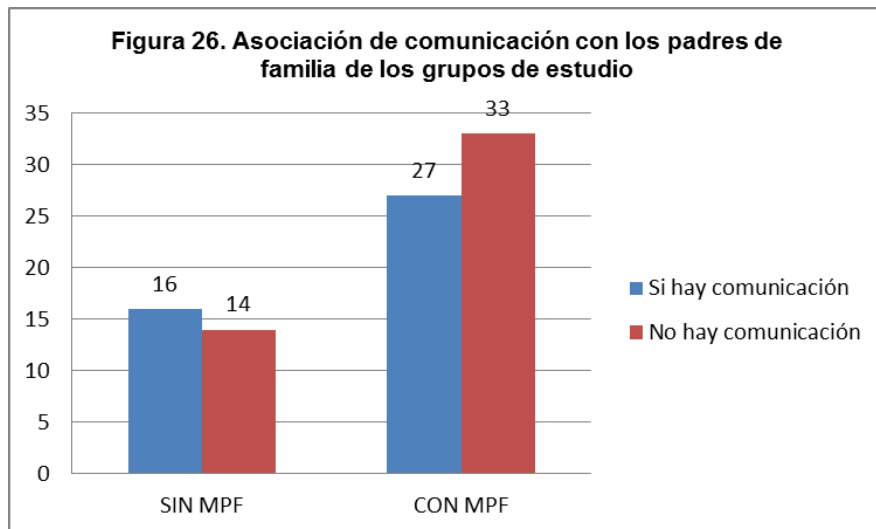
Fuente: Entrevista directa

En lo que respecta al nivel socioeconómico 13 sin MPF (casos) son de nivel socioeconómico medio bajo y 14 con MPF (controles) son obreros, 22 con MPF (controles) de nivel socioeconómico medio bajo y 36 obreros. (Figura 25).



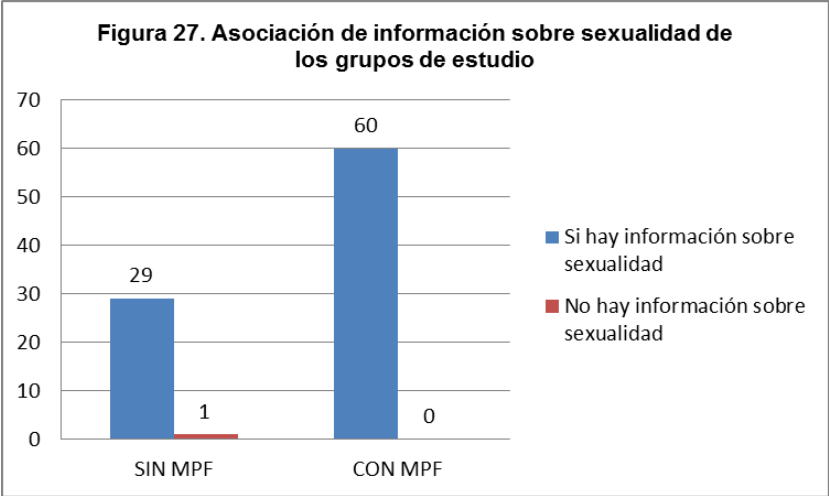
Fuente: Entrevista directa

En cuanto a la comunicación con los padres sobre MPF, encontramos que 16 sin MPF (casos) si tienen comunicación con sus padres y 14 no tienen comunicación con sus padres; 27 con MPF (controles) si tienen comunicación con sus padres y 33 no tienen comunicación con sus padres. (Figura 26).



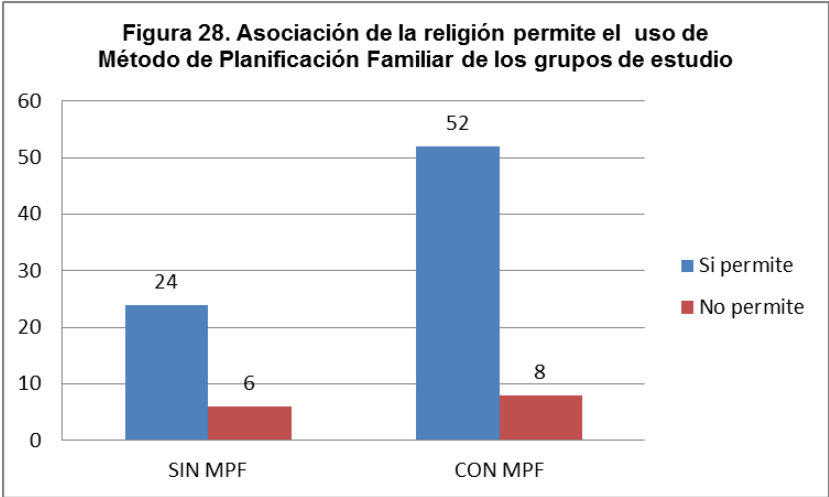
Fuente: Entrevista directa

En la distribución sobre información de sexualidad de los grupos de estudio encontramos que hay 29 sin MPF (casos) que si tienen información sobre sexualidad y 60 con MPF (controles). (Figura 27).



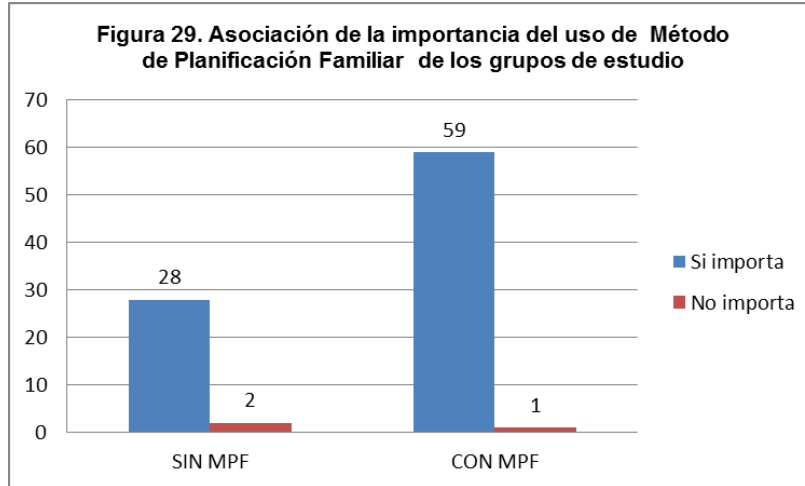
Fuente: Entrevista directa

En cuanto a si su religión les permite utilizar MPF se encontraron 24 que no utilizan MPF (casos) y 52 con MPF (controles). (Figura 28).



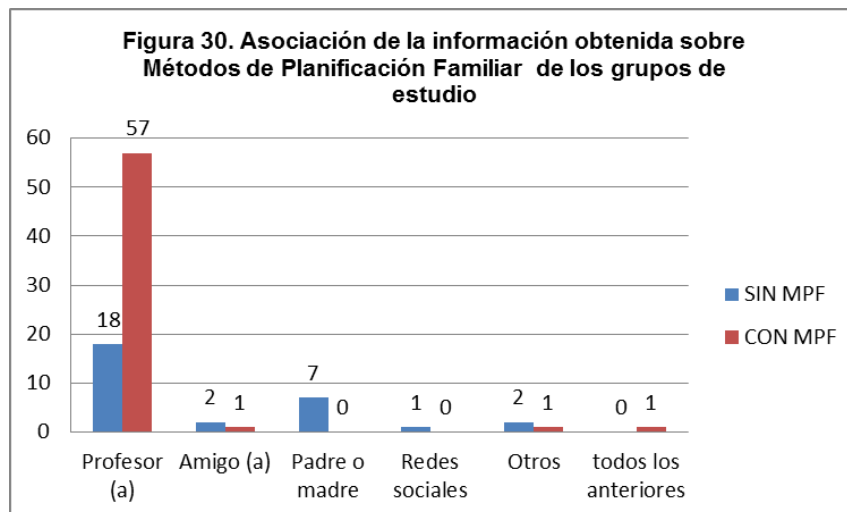
Fuente: Entrevista directa

De los grupos de estudio creen que si es importante el uso de MPF encontramos 28 sin MPF (casos) que consideran que si es importante el uso de MPF y 59 con MPF (controles). (Figura 29).



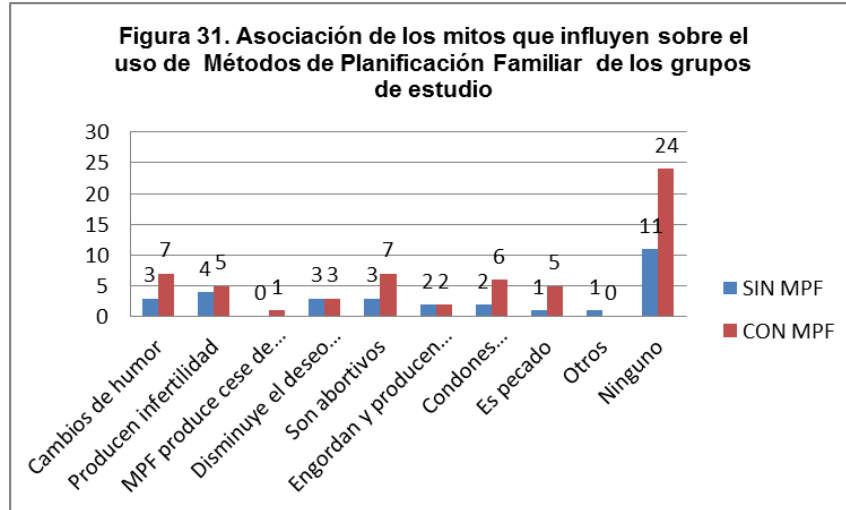
Fuente: Entrevista directa

La información obtenida sobre MPF se encontraron 18 sin MPF (casos) que reciben información de su profesor (a) y 7 recibieron información de padre o madre; de los que recibieron información de parte de su profesor (a) son 57 con MPF (controles). (Figura 30).



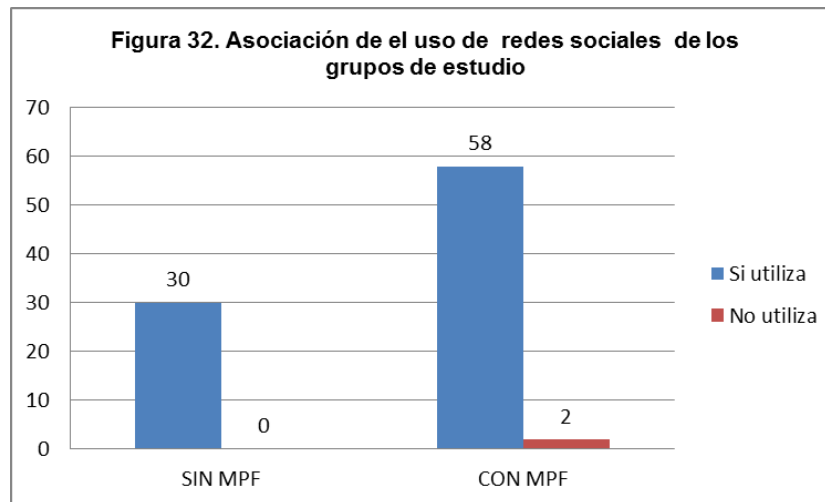
Fuente: Entrevista directa

En lo que respecta a los mitos ó creencias sobre no utilizar MPF, 11 sin MPF (casos) piensan que no hay mitos que influyan en no utilizar un MPF, 4 piensan que producen infertilidad; 24 con MPF (controles) piensan que no hay mitos que influyan en no utilizar MPF, 7 piensan que producen cambios de humor, otros 7 creen que son abortivos y 6 que disminuyen el placer sexual. (Figura 31).



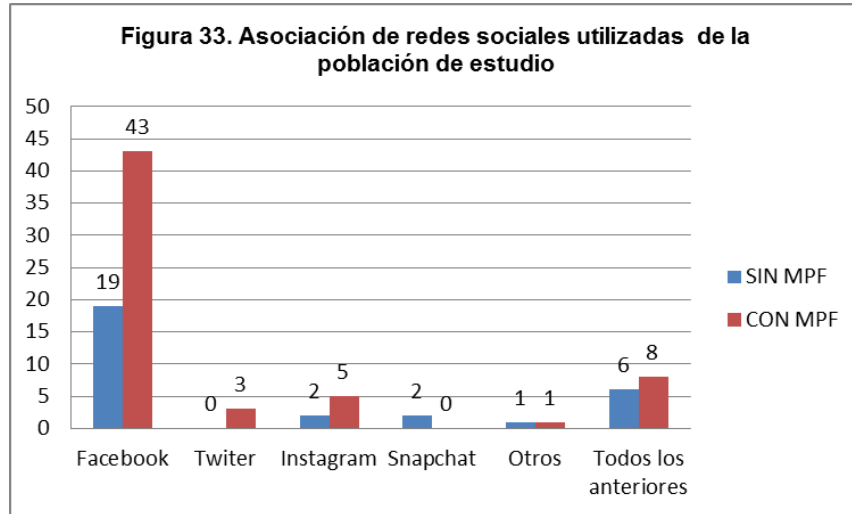
Fuente: Entrevista directa

En lo que respecta al uso de redes sociales, 30 sin MPF (casos) si utiliza redes sociales y 58 con MPF (controles). (Figura 32).



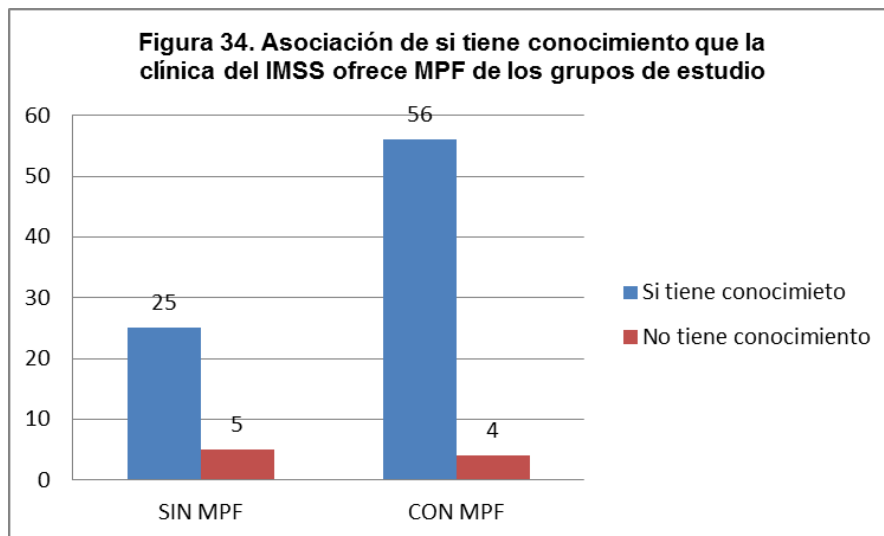
Fuente: Entrevista directa

De acuerdo al tipo de redes sociales que utilizan, 19 sin MPF (casos) y 43 con MPF (controles), utiliza Facebook, 5 con MPF (controles) utiliza Instagram, y 8 con MPF (controles) y 6 sin MPF (casos) utilizan todos los tipos de redes sociales. (Figura 33).



Fuente: Entrevista directa

En lo que respecta al conocimiento de que su unidad o clínica del IMSS le ofrece MPF, 25 sin MPF (casos) y 56 con MPF (controles) si tiene conocimiento de que se ofrecen MPF. (Figura 34).



Fuente: Entrevista directa

| Cuadro 1. Factores asociados a la no utilización de MPF en población adolescente adscritos a la UMF No. 11 de Nochistlán, Zacatecas. | | | | | | |
|---|--------------------|-------------------------------|-------------|-------------|----------------------|--|
| Factores de Riesgo | Sin MPF (Casos 30) | MPF Con MPF (Controles 90) | OR | P | IC | |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 6 | 29 | | | | |
| Femenino | 24 | 31 | 0.2 | 0.01 | 0.1 a 0.75 | |
| Estado civil | | | | | | |
| Solteros | 30 | 59 | | | | |
| Casados | 0 | 1 | 1.53 | 0.79 | 0.06 a 38.8 | |
| Ocupación | | | | | | |
| Estudiante | 29 | 57 | | | | |
| Ama de casa/Emplea | 1 | 3 | 1.19 | 0.8 | 0.16 a 8.5 | |
| Escolaridad | | | | | | |
| Baja | 6 | 5 | | | | |
| Adecuada | 24 | 55 | 2.67 | 0.1 | 0.78 a 9.16 | |
| Residencia | | | | | | |
| Local | 25 | 52 | | | | |
| Foráneo | 5 | 8 | 0.75 | 0.63 | 0.23 a 2.42 | |
| Alcohol | | | | | | |
| Si | 7 | 21 | | | | |
| No | 23 | 39 | 0.58 | 1.16 | 0.22 a 1.55 | |
| Información/sexualidad | | | | | | |
| No | 1 | 0 | | | | |
| Si | 29 | 60 | 6.15 | 0.21 | 0.24 a 155.64 | |
| Nivel socioeconómico | | | | | | |
| Bajo | 27 | 58 | | | | |
| Medio alto | 3 | 2 | 0.33 | 0.18 | 0.06 a 1.81 | |
| Inicio de vida sexual | | | | | | |
| 10 a 14 años | 4 | 8 | | | | |
| 15 a 17 años | 10 | 52 | 2.6 | 0.1 | 0.7 a 9.9 | |
| Parejas sexuales | | | | | | |
| con 1 o más | 14 | 59 | | | | |
| sín pareja | 16 | 1 | 34.8 | 0 | 5.9 a 204.09 | |
| Religión permite el uso de MPF | | | | | | |
| Si | 24 | 52 | | | | |
| No | 6 | 8 | 0.6 | 0.3 | 0.2 a 1.8 | |
| Importancia de usar MPF | | | | | | |
| No | 2 | 1 | | | | |
| Si | 28 | 59 | 3.47 | 0.21 | 0.43 a 27.65 | |

| | | | | | | |
|--|--|----|----|--------|------|----------------|
| Mitos | | | | | | |
| Si | | 19 | 36 | | | |
| No | | 11 | 24 | 1.13 | 0.77 | 0.46 a 2.77 |
| Comunicación con padres | | | | | | |
| No | | 14 | 33 | | | |
| Si | | 16 | 27 | 0.72 | 0.45 | 0.30 a 1.71 |
| Importancia de uso de MPF | | | | | | |
| No | | 29 | 3 | | | |
| Si | | 1 | 57 | 323.09 | 0 | 15.34 a 2301.9 |
| Obtención de información de MPF | | | | | | |
| Otros | | 5 | 3 | | | |
| Profesor/padres | | 25 | 57 | 3.5 | 0.06 | 0.9 a 13.5 |
| Ofrecimiento de MPF en su UMF | | | | | | |
| No | | 5 | 4 | | | |
| Si | | 25 | 56 | 2.7 | 0.13 | 0.71 a 10.24 |

Fuente: Base de datos SPSS.

OR: Casos y controles.

P: Valor de p (significancia).

Prueba exacta de Fisher.

IC: Intervalo de confianza.

MPF: Métodos de planificación familiar.

En el género masculino de los adolescentes entrevistados el uso de métodos de planificación familiar sigue siendo bajo (OR 0.2, p 0.01 e IC 0.1 - 0.75). El número de parejas sexuales fue de 1 a 5 parejas, predominó el 24.4% con 2 parejas sexuales (OR 34.8, p 0.00, IC 5.9-204.09), alcanzando relevancia estadística.

Se identificaron los siguientes factores de riesgo con significancia clínica para la no utilización de MPF en población adolescente adscritos a la UMF No. 11 de Nochistlán, Zacatecas:

El estado civil predominante fue soltero (OR 1.53, p 0.79, IC 0.06-38.8); la ocupación más frecuente fue estudiante (OR 1.19, p 0.8, IC 0.16-8.5), con un nivel de escolaridad más frecuente bachillerato es un factor de riesgo moderado (OR 2.67, p 0.10, IC 0.78-9.16), para la no utilización de MPF. La mayoría de los encuestados es de Nochistlán, Zacatecas (OR 0.75, p 0.63, IC 0.23-2.42), además de que el no consumir alcohol y/o drogas (OR 0.58, p 1.16, IC 0.22-1.55); así como tener una buena comunicación con los padres de familia sobre sexualidad (OR 0.72, p 0.45, IC 0.30-1.71), los que creen que su religión permite el uso de MPF (OR 0.6, p 0.3, IC 0.2-1.8), y la utilización de redes sociales (OR 0.85, p 0.79, IC 0.27-2.70), son factores de protección para el uso adecuado de MPF.

El estrato socioeconómico predominante es obrero y medio bajo (OR 0.33, p 0.18, IC 0.06-1.81).

Los adolescentes entrevistados que tienen menos información sobre sexualidad (OR 6.15, p 0.21, IC 0.24-155.64) tienen un factor de riesgo elevado; los adolescentes que consideran que no es importante el uso de MPF (OR 3.47, p 0.21, IC 0.43-27.65) tienen un factor de riesgo elevado. Los mitos o falsas creencias acerca de los MPF son una barrera para un uso adecuado (OR 1.13, p

0.77 IC 0.46-2.77); la escuela y profesores asociados son las fuentes de mayor información para los adolescentes entrevistados y los que han obtenido menos información sobre MPF tienen un riesgo elevado de no utilizar MPF (OR 3.5, p 0.06, IC 0.9-13.5). Los adolescentes que desconocen que se ofrecen MPF en su unidad médica (OR 2.70, p 0.13, IC 0.71-10.24), tienen un factor de riesgo moderado.

El inicio de vida sexual temprana es un factor de riesgo moderado, relacionado con la no utilización de MPF (OR 2.6, p 0.1, IC 0.7-9.9).

17. DISCUSIÓN

En una sociedad con patrones socioculturales y tradicionales, como la nuestra, ni la familia, ni la escuela, ni la sociedad en general, acepta la idea de la sexualidad abiertamente y el problema de salud sexual en los adolescentes no solo es el inicio de la vida sexual a una edad temprana sino la carencia de orientación y conocimiento adecuado para una conducta sexual responsable. Ahora, la planificación familiar no es solo un servicio para mejorar la salud de la madre e hijo o la llave para el control natal, es también considerada un derecho humano fundamental. En el presente trabajo de investigación se encontró que los factores socioculturales como religión, escolaridad, nivel socioeconómico, desinformación, mitos y falsas creencias, redes sociales son factores de riesgo para la no utilización de MPF.

El 99% de la población de estudio son del grupo de adolescencia tardía de 15-19 años; y el grupo control (uso de MPF) que fueron 60, ya tuvieron relaciones sexuales y todos han utilizado algún tipo de MPF comparado con estudios como Abma JC (2012); menciona que en Estados Unidos el 42% de los adolescentes entre 15 y 19 años han tenido relaciones sexuales y al menos todos los adolescentes sexualmente activos han utilizado algún MPF; la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 reportó un incremento del porcentaje de adolescentes que iniciaron vida sexual y el conocimiento sobre MPF se ha incrementado de forma sostenida entre los adolescentes, ya que un 90% reportó tener un conocimiento de algún MPF. Lo reportado por Franco Hincapié L y Cols (2012), el 52% inició su vida sexual entre los 15 y 20 años y 29% entre los 10 y 15 años, por lo que el inicio de la vida sexual temprana está relacionado de manera significativa con la no utilización de métodos de planificación familiar.

El 39% de la población en estudio corresponde al sexo masculino y es uno de los factores asociados al no uso de MPF, igualmente existe evidencia similar sobre esta situación en los trabajos de Fernández Aragón S. y Cols (2014), que los hombres consideran que la responsabilidad recae únicamente sobre su pareja; esto se basa en algunas teorías que plantean que la sexualidad en los varones se comprende como un ejercicio de poder y la refieren a una masculinidad obsesiva, la cual expone como ideología una personificación del poder de los hombres sobre la mujer.

El MPF más conocido y utilizado por los adolescentes de nuestra población fue el condón masculino, seguido de la píldora del día siguiente muy diferente a lo reportado en estudios como el de González Mora y Cols (2011) que dice que el MPF más utilizado en las menores de 14 años y en el grupo de 17 a 19 años son los anticonceptivos hormonales inyectables, y en el grupo de 14 a 16 años predomina el uso de los anticonceptivos orales. Los adolescentes utilizan poco el condón ya que, a pesar de existir una amplia disponibilidad, algunos plantean la tendencia de los hombres a no utilizarlos. Hay cierta similitud con otros estudios como el de Álvarez Cabrera y Cols (2015), que menciona que el MPF de mayor frecuencia es el preservativo seguido por las píldoras anticonceptivas y el de Franco Hincapié L y Cols (2012), el método de planificación familiar más conocido es el condón, seguido de las inyecciones.

En cuanto a la fuente de información sobre MPF, los resultados de nuestro estudio son similares a lo reportado en otros países de Latinoamérica como Colombia y Cuba, y en el estudio de Sánchez Meneses MC y Cols (2015), realizado en un centro de salud de la ciudad de México, en los que los maestros (as) es una de las fuentes más frecuentes de información.

La comunicación con los padres de familia 52% de la población en estudio si hablan con sus padres sobre sexualidad y MPF, el 48% no se comunican con sus padres; lo que nos habla de que entre mejor sea la relación con sus padres, el adolescente percibe una adecuada educación y por lo tanto es un factor de protección para tener una mejor utilización de MPF semejante a lo reportado por Arias Trujillo CM y Cols (2013).

Aunque no pudo ser corroborado por otros estudios, en la presente investigación se encontró significativo el número de parejas sexuales en el grupo control de adolescentes que tenían de 3 a 5 parejas, lo que nos hace pensar que el comportamiento sexual promiscuo sin las debidas precauciones, son factores de riesgo para el embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual y aborto.

En el estudio de Mondragón Rosales LA y Cols (2014), señala que las prácticas sexuales son más riesgosas debido a: falta o mal uso de MPF, carencia de información, tabúes y actitudes negativas que pueden incluir preceptos religiosos o la creencia de efectos adversos en su cuerpo, nivel de educación país de origen, además de nivel socioeconómico es de influencia ya que mujeres con bajo poder adquisitivo usan menos MPF y de menor eficacia.

El 90% de los jóvenes reportó practicar religión católica de acuerdo al estudio de Díaz Montes CE Y Cols (2013), semejante a nuestro trabajo de investigación, el 98% de la población en estudio son de religión católica y la mayoría de los encuestados piensan que su religión les permite utilizar algún tipo de MPF; así como el nivel socioeconómico no tuvieron relevancia estadística pero si una significancia clínica ya que a mejor estrato socioeconómico y nivel de educación mejora la respuesta al uso de MPF.

Es importante señalar que un alto porcentaje de adolescentes (74%) refirió estar cursando educación media, en relación al grado de instrucción los resultados concuerdan con lo publicado por González A y Cols (2013).

Los mitos o falsas creencias sobre no utilizar MPF, el 39% de la población en estudio piensa que no hay mitos que influyan en no utilizar un MPF mientras que el 11% piensa que utilizar un MPF produce cambios de humor y son abortivos, que producen infertilidad, que el condón disminuyen el placer y el deseo sexual, que es pecado, que engordan y producen acné; por debajo de lo reportado en el estudio de Gutiérrez M (2013), que la principal razón para no usar métodos de planificación familiar era el temor por los efectos secundarios (92%), una mala información, mitos o creencias (son abortivos, fallan mucho, producen infecciones) acerca de los MPF son también una barrera para un uso adecuado. Y es lamentable que en algunos casos estas barreras sean propiciadas por los mismos profesionales de salud quienes por desconocimiento, o por una determinada posición ideológica sustentan estas afirmaciones erradas. En el estudio de Rincón Niño E y Cols (2011), los mitos y falsas creencias (30% de los encuestados afirmo no usar preservativo por temor a experimentar disminución del placer sexual y temor al rechazo de la pareja), así como los temores contribuyen a que usualmente los y las jóvenes no consideren los métodos de planificación familiar. Planificación Familiar, centro de prensa de la OMS (2017) menciona que los mitos y falsas creencias, así como los temores contribuyen a que usualmente las y los jóvenes no consideren los MPF.

En el orden nacional los hospitales, clínicas, centros, instituciones o puestos de salud son los principales proveedores de métodos de planificación familiar ocupando un lugar importante Profamilia y las droguerías; esto se explica por el desconocimiento que existe respecto a la obligación legal de proporcionar los métodos de planificación familiar de forma gratuita, 48% a nivel nacional y 17% en la población estudiada según lo reportado por Franco Hincapié L y Cols (2012); en comparación con nuestro estudio donde el conocimiento de que su unidad o clínica del IMSS le ofrece MPF, el 90% de la población en estudio, si tiene conocimiento de que se ofrecen métodos de planificación familiar.

En lo reportado por Loredó Abdalá A y Cols (2015), la educación sexual insuficiente, principalmente sobre métodos de planificación familiar, consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas son factores de riesgo para no utilizar MPF comparado con nuestro estudio donde el 99% de la población en estudio si ha recibido información sobre sexualidad pero no tuvo significancia estadística pero es un factor de riesgo elevado para no utilizar MPF; en cambio el 69% de la población de estudio no consume alcohol y/o drogas es un factor de protección para utilizar algún tipo de método de planificación familiar.

El 98% de la población en estudio si utiliza redes sociales, similar a lo reportado por Morón Vásquez AP y Cols (2017), los adolescentes, reconocieron la importancia del modelaje que hacen los padres en la identidad y la educación sexual, así como la influencia de los medios de comunicación y redes sociales.

Al respecto Mejía Mendoza ML y Cols (2015), para las adolescentes, el principal medio de socialización sobre temáticas de sexualidad fueron las redes sociales electrónicas; señalaron que este medio no es del todo confiable, pero permite expresar sus inquietudes, generar discusión y poder saber lo que otros adolescentes opinan de algún tema de interés, para tomar ellas sus propias decisiones; una apertura y confianza al diálogo que consideraron no logran tener con sus padres y maestros. Gómez Urquiza S refiere que la influencia que poseen las redes sociales dentro de las personas es un caso serio para la sociedad actual, las redes sociales son la forma en que interactúan en su mayoría los adolescentes y que no solo influye en su desempeño académico sino también en las conexiones personales y sociales. Suárez M reporta que el internet es la fuente de información que más utilizan los adolescentes para aprender sobre el sexo, MPF y enfermedades de transmisión sexual, el problema radica en el hecho de que no todo lo que se va a encontrar es cierto.

La representación social del sexo y su interacción están reguladas por los aspectos socioculturales propios de cada región, de allí que el conocimiento de estas características particulares es esencial para el diseño, planificación y ejecución de políticas públicas en este ámbito. La educación sexual desde temprana edad contribuye al modelaje de la sexualidad, la manera cómo la vivenciarán y sin duda logrará mejorar los indicadores de salud sexual y reproductiva (Woog y Kagesten, 2017).

18. CONCLUSIONES

Se concluye que los factores socioculturales: religión, baja escolaridad, nivel socioeconómico bajo, desinformación (Insuficiente información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos), los mitos y falsas creencias y redes sociales están asociados a la no utilización de métodos de planificación familiar en pacientes adolescentes de ambos sexos, derechohabientes de la UMF No. 11 de Nochistlán, Zacatecas.

De esta manera, se concluye que los datos obtenidos muestran que el género, el número de parejas sexuales, tuvieron gran peso en este estudio, donde el valor de p se encontró debajo de 0.05.

Es importante sensibilizar a los padres acerca de las ventajas y beneficios de la comunicación temprana y oportuna con sus hijos sobre métodos de planificación familiar y prevención, reforzando sus habilidades para entablar un diálogo padres-hijos. Estas acciones potencialmente contribuirán a la construcción de alternativas complementarias para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

19. PERSPECTIVAS DEL ESTUDIO

19.1 Perspectivas clínicas

La realización de este trabajo de investigación, me fue de utilidad para comprender que somos una sociedad con patrones socioculturales y tradicionales y aún no se acepta hablar sobre sexualidad abiertamente y hay que concientizar a la población acerca de la gravedad de él problema de salud sexual en los adolescentes, que no solo es el inicio de la vida sexual a una edad temprana sino la carencia de orientación y conocimiento adecuado para una conducta sexual responsable. El comportamiento sexual debe ser analizado principalmente, porque esta dimensión está muy vinculada con muchos riesgos, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, y el aborto.

19.2 Perspectivas metodológicas

Se sugiere continuar con la misma línea de investigación enfocada en los y las adolescentes, mediante la realización de un estudio de casos y controles que profundicen en factores familiares e individuales. Promover la educación sexual desde la perspectiva de género con acciones encaminadas a aumentar y fortalecer la autoestima, así como trabajar la comunicación entre padres/madres e hijos/as.

20. LIMITANTES DEL ESTUDIO

Los investigadores del presente trabajo de investigación declaran la ausencia de limitantes del estudio.

21. CONFLICTO DE INTERESES

Los investigadores del presente trabajo de investigación declaran la no existencia de conflicto de intereses, ya que este trabajo se hizo con recursos propios del investigador así como con la contribución del Instituto Mexicano del Seguro Social.

22.- ANEXOS

22.1.- Instrumento de recolección de la información

“FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA NO UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Objetivo general: Identificar los factores socioculturales asociados a la no utilización de Métodos de Planificación familiar en pacientes adolescentes de ambos sexos derechohabientes de la UMF No. 11 de Nochistlán, Zacatecas.

Instrucciones: El presente cuestionario está conformado por 42 preguntas, de las cuales 17 son abiertas y el resto son cerradas. Por favor lea cuidadosamente cada una de ellas y conteste lo que usted considere aplica para usted (subraye, circulo o en el paréntesis). Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar. En caso de dudas hágaselas saber al encuestador.

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.- Folio: _____

2.- grupos de estudio:

1.- caso (adolescentes y MPF)

2.- control (adolescentes y no utilización de MPF)

3.- Iniciales del nombre del o la entrevistado (a) (iniciar con apellidos paterno y materno):

4.- Número de seguro social: _____

5.- Agregado del número de afiliación: _____

6.- Consultorio al que pertenece usted: _____

II.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

7.- Sexo al que pertenece el adolescente: ()

1.- masculino

2.- femenino

8.- ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? _____ años cumplidos

9.- Grupo de edad al que pertenece el adolescente entrevistado: ()

1.- Adolescencia temprana (10-14 años)

2.- Adolescencia tardía (15-19 años)

10.- ¿Cuál es su estado civil actual? ()

1.- Soltero (a) 2.- Casado (a) 3.-Unión libre 4.- Divorciado (a) 5.- Separado (a) 6.- Viudo (a)

11.- ¿Qué religión practica usted? ()

1.- Católica 2.- Cristiana 3.-Testigo de Jehová 4.- Mormón 5.- Adventista 6.- Otra religión

12.- ¿Cuál es su ocupación? ()

1.- Ama de casa

2.- Estudiante

3.- Empleado (a) de granja

4.- Comerciante

5.- Actividades secretariales

6.- Técnico

7.- Otras _____

13.- ¿Qué nivel de escolaridad tiene? ()

1.- Analfabeta

2.- Primaria incompleta

3.- Primaria completa

4.- Secundaria incompleta

- 5.- Secundaria completa
- 6.- Bachillerato incompleto
- 7.- Bachillerato completo
- 8.- técnico

14.- ¿Cuál es su lugar de procedencia o de dónde es usted? ()

- 1. San Martín 2. Yahualica 3. Nochistlán 4. Toyahua 5. Cd. De México 6. Tijuana 7. Guadalajara 8. California 9. Zacatecas 10. Texas

15.- Nivel socioeconómico de la familia del entrevistado (PARA SER EVALUADO POR EL INVESTIGADOR PRINCIPAL).

- 1. Alto (4 a 6 puntos) 2. Medio alto (7 a 9 puntos) 3. Medio bajo (10 a 12 puntos)
- 4. Obrero (13 a 16 puntos) 5. Marginal (17 a 20 puntos)

III.- CARACTERÍSTICAS GINECOLÓGICAS

- 16.- ¿A qué edad inicio su primera menstruación? _____ años
- 17.- ¿Cuándo fue la fecha de su última menstruación? _____ (día y mes)
- 18.- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____ años
- 19.- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? _____
- 20.- ¿Cuántas veces se ha usted embarazado? _____ embarazos
- 21.- ¿Cuántos partos ha tenido? _____ partos
- 22.- ¿le han realizado cesárea? Si _____ no _____
- 23.- ¿Cuántas cesáreas le han realizado? _____ cesáreas
- 24.- ¿Ha tenido usted algún aborto? si _____ no _____
- 25.- ¿Cuántos abortos ha tenido? _____ abortos
- 26.- ¿Le han realizado algún legrado? Si _____ no _____
- 27.- ¿Cuántos legrados le han realizado? _____ legrados
- 28.- ¿Tiene hijos? Si _____ No _____
- 29.- ¿Cuántos hijos tiene? _____ hijos

IV.- FACTORES SOCIOCULTURALES

- 30.- ¿Consume alguna bebida alcohólica u otro tipo de sustancia o droga?
Si _____ no _____
- 31.- ¿Conversa con sus padres sobre sexualidad?
Si _____ no _____
- 32.- ¿ha recibido información sobre sexualidad?
Si _____ no _____
- 33.- ¿Ha utilizado o utiliza algún método de planificación familiar?
Si _____ No _____
- 34.- ¿Su religión le permite utilizar algún método anticonceptivo?
Si _____ no _____
- 35.- ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

36.- ¿Cuál método está utilizando o ha utilizado? ()

- 1.- Condón masculino
- 2.- Pastillas anticonceptivas
- 3.- Parche anticonceptivo
- 4.- Inyecciones anticonceptivas
- 5.- DIU (dispositivo intrauterino)
- 6.- Píldora del día siguiente
- 7.- Salpingoclasia (OTB)
- 8.- Vasectomía

- 9.- ninguno
- 10. no aplica
- 11. Varios

37.- ¿usted considera que son importantes los métodos anticonceptivos para su uso?

Si _____ no _____

38.- ¿De dónde ha obtenido información sobre métodos anticonceptivos?()

- 1.- Profesor (a)
- 2.- Amigo (a)
- 3.- Padre o madre
- 4.-Hermano (a)
- 5.- Redes sociales
- 6.- otros _____
- 7.- todos los anteriores

39.- ¿Cuáles son los mitos o creencias que le han dicho o que usted cree que influyen para no utilizar un método de planificación familiar? ()

- 1.- Cambios de humor
- 2.- Producen infertilidad
- 3.- El método anticonceptivo hace que no tenga menstruación y se le sube la sangre a la cabeza
- 4.- Producen cáncer
- 5.- Disminuyen el deseo sexual
- 6.- Son abortivos
- 7.- Engordan y producen acné
- 8.- Los condones disminuyen el placer del hombre
- 9.- Es pecado
- 10.- Otros _____
- 11.- ninguno

40.- ¿utiliza las redes sociales? Si_____ no_____

41.- ¿Qué redes sociales utiliza? ()

- 1) Facebook
- 2) twitter
- 3) instagram
- 4) snapchat
- 5) otros
- 6) todas las anteriores

42.- ¿usted tiene conocimiento que la unidad o clínica del IMSS ofrece métodos anticonceptivos?

Si_____ no_____

Gracias por participar:

Nombre del entrevistador: _____

Fecha de la entrevista: _____

22.2.- Carta de consentimiento informado



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

“FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA NO UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

Patrocinador externo:

Ninguno, ya que este estudio se realizará con recursos propios de los investigadores y recursos propios de la institución

Lugar y fecha:

Unidad de Medicina Familiar No. 11, IMSS Nochistlán, Delegación Estatal Zacatecas. Marzo de 2018.

Número de registro:

Pendiente:

Justificación y objetivo del estudio:

Sr (a). madre o padre de familia, le comentamos a usted que la justificación para realizar el presente estudio es el siguiente: El presente estudio se elabora sobre el tema prioritario de factores socioculturales asociados a la no utilización de métodos de planificación familiar en adolescentes, constituyen una base fundamental de la salud reproductiva dado sus potenciales beneficios sociales y de salud (reducción de la pobreza, la mortalidad materna e infantil, una mejora en la calidad de vida, lo que se traduce en mayores oportunidades de educación y empleo, la inserción más igualitaria de las mujeres a la sociedad). El uso de métodos de planificación familiar no ha ocurrido de manera uniforme ya que persisten rezagos importantes particularmente en la población adolescente y joven, por lo que se pretende realizar este estudio para tener conocimiento de algunos de los problemas o factores socioculturales que pueden llevar a un adolescente a no utilizar los métodos de planificación familiar y el conocimiento que tiene respecto a éstos, aportar recomendaciones para las personas que educan a los adolescentes en el tema de la salud sexual y reproductiva; ya que es importante sensibilizar a los padres acerca de las ventajas y beneficios de la comunicación temprana y oportuna con sus hijos sobre métodos y prevención.

El objetivo general: Identificar los factores socioculturales asociados a la no utilización de Métodos de Planificación familiar en pacientes adolescentes de ambos sexos derechohabientes de la UMF No. 11 de Nochistlán, Zacatecas.

Procedimientos:

Le comentamos a usted el procedimiento general: El presente protocolo de investigación ha sido enviado al Comité Local de Investigación en Salud del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en, Zacatecas (CLIS 3301) para su evaluación y autorización. Se ha dado a conocer al Director de Microzona de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS, en la Delegación Estatal Zacatecas la justificación y los objetivos que se pretenden alcanzar con este trabajo de investigación. Su participación como padres de familia es firmar la autorización para que su hijo (a) pueda contestar el cuestionario para recabar datos importantes para la presente investigación.

La participación del o la joven consistirá en contestar un cuestionario el cual está distribuido en 4 capítulos: el primero incluye la ficha de identificación (como son sus iniciales, número de seguro social, entre otros), 2. Características sociodemográficas (edad, grupo de edad, estado civil, escolaridad, lugar de residencia y nivel socioeconómico), 3. Características ginecológicas (como edad de inicio de la menstruación, entre otras), 4. Características socioculturales (utilización de redes sociales, creencias que tiene sobre MPF, etc.).

Posibles riesgos y molestias:

Le comentamos que este estudio, de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud se considera dentro de la categoría de riesgo mínimo o nulo para usted ya que su participación consistirá en solo dar respuesta a este cuestionario y cuyas molestias están relacionadas al tiempo que usted se tardará en dar contestación y que en términos generales es de aproximadamente 25 minutos; se aplicará en un lugar tranquilo, cómodo, sin interrupciones para que él o la joven puedan contestar tranquilamente el cuestionario y aclarar alguna duda que tengan al respecto. Le daremos a firmar está a carta de consentimiento informado a ustedes padres de familia si es que aceptan que sus hijos participen en la entrevista.

| | |
|---|--|
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Le informamos que su participación en este estudio no tendrá beneficios directos para usted. Este estudio ayudará tener un mejor entendimiento de los factores asociados a la no utilización de métodos de planificación familiar. Por ejemplo, que contribuye a reducir el riesgo de embarazos no deseados, menor riesgo de infecciones de transmisión sexual y deserción escolar, etc. En su turno esta información puede ser usada para respaldar la toma de decisiones tanto al nivel individual como al nivel del sistema de salud. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Usted, como participante, si es que así lo decide de manera voluntaria, podrá solicitar y recibir la información suficiente y necesaria sobre los resultados obtenidos del cuestionario aplicado. |
| Participación o retiro: | Usted, como participante y derechohabiente al IMSS, si es que así lo decide de manera voluntaria tiene la elección de continuar participando o retirarse en cualquier momento de aplicación del cuestionario sin detrimento o repercusiones sobre el derecho que tiene de solicitar y brindarle atención médica en la UMF No. 11, o de servicios de calidad y oportunidad para usted y su familia en cualquier institución del IMSS. |
| Privacidad y confidencialidad: | En todo momento se le garantizara la privacidad y confidencialidad de la información. El cuestionario se aplicará en un área aislada, confortable, libre de ruidos. La información y datos obtenidos serán resguardados y en caso de su difusión y/o publicación en todo momento se guardará la confidencialidad de su persona. El cuestionario será aplicado por equipo de salud ampliamente calificado. |
| Beneficios al término del estudio: | Este estudio ayudará tener un mejor entendimiento de los factores asociados a la no utilización de métodos de planificación familiar. Por ejemplo, que contribuye a que haya menos embarazos no deseados, menor riesgo de infecciones de transmisión sexual y deserción escolar, etc. En su turno esta información puede ser usada para respaldar la toma de decisiones tanto al nivel individual como al nivel del sistema de salud. |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigadores Responsables: | <p>Nombre: María Gabriela Ramírez Vázquez Teléfono móvil: 4931007726 Correo electrónico: magarava80@hotmail.com</p> <p>Nombre: Dr. Eduardo Martínez Caldera Teléfono móvil: 4939393117 Correo electrónico: eduardo.martinezcal@imss.gob.mx calmared_2011@hotmail.com</p> <p>Nombre: Dr. Jaime Burciaga Campos Teléfono: 9320425 Correo electrónico: dr.jaimeburciaga@hotmail.com</p> <p>Nombre: LEO Maricela Castrellón Moreno Teléfono móvil: 4921094320 Correo electrónico: more_castre@hotmail.com</p> |
| De igual manera, 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 padre o tutor | _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento |
| Testigo 1 | Testigo 2 |
| _____ Nombre, dirección, relación y firma | _____ Nombre, dirección, relación y firma |
| Clave: 2810-009-013 | |

22.3.- Escala de Graffar-Méndez Castellanos

Herramientas utilizadas en un estudio de salud familiar

ESCALA DE GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANOS

Para clasificar el estrato socioeconómico de las familias.

Surgido en Venezuela, por los años de los 80's en busca de simplificar los estratos socioeconómicos en el censo de población.

Consta de la evaluación de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento.

| VARIABLES | Pts | Items |
|--|-----|---|
| 1. Profesión del Jefe de Familia | 1 | Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior) |
| | 2 | Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores |
| | 3 | Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores |
| | 4 | Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa) |
| | 5 | Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa) |
| 2.- Nivel de instrucción de la madre | 1 | Enseñanza Universitaria o su equivalente |
| | 2 | Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media. |
| | 3 | Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior |
| | 4 | Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria) |
| | 5 | Analfabeta |
| 3.-Principal fuente de ingreso de la familia | 1 | Fortuna heredada o adquirida |
| | 2 | Ganancias o beneficios, honorarios profesionales |
| | 3 | Sueldo mensual |
| | 4 | Salario semanal, por día, entrada a destajo |
| | 5 | Donaciones de origen público o privado |
| 4.- Condiciones de alojamiento | 1 | Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo |
| | 2 | Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios |
| | 3 | Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2 |
| | 4 | Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias |
| | 5 | Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas |

Interpretación del Puntaje obtenido en la Escala de Graffar:

| Puntaje | Interpretación |
|---------|--------------------|
| 04-06 | Estrato alto |
| 07-09 | Estrato medio alto |
| 10-12 | Estrato medio bajo |
| 13-16 | Estrato obrero |
| 17-20 | Estrato marginal |

22.4.- Mini Mental de Folstein

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. Hª: _____
 Observaciones: _____

| | | | |
|---|--|--|--|
| ¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1 | | ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5) | |
| ¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1 | | ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5) | |
| Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1) | | Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3) | |
| Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1) | | ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5) | |
| Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1) | | RECUERDO diferido (Máx.3) | |
| .DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1 | | LENGUAJE (Máx.9) | |
| Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia | | Puntuación Total (Máx.: 30 puntos) | |

a.e.g.(1999)

22.5.- Dictamen de autorización del Clies

Carta Dictamen

Página 1 de 1



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3301** con número de registro **17 CI 32 056 012** ante COFEPRIS

HOSP GRAL ZONA/MF 1 ZACATECAS, ZACATECAS

FECHA **11/10/2017**

DRA. MARÍA GABRIELA RAMÍREZ VÁZQUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA NO UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

| |
|-------------------------|
| Núm. de Registro |
|-------------------------|

| |
|-----------------------|
| R-2017-3301-50 |
|-----------------------|

ATENTAMENTE

DR.(A). EVERARDO NAVARRO SOLIS

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3301

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

http://sirelcis.imss.gob.mx/pi_dictamen_clis?idProyecto=2017-7005&idCli=3301&monit... 11/10/2017

23.- CITAS BIBLIOGRAFICAS

-
- ¹Blázquez –Martínez JM. Los anticonceptivos en la antigüedad clásica antigua. Actas del Segundo Seminario de Estudios sobre la Mujer en la Antigüedad 2000; 135-146.
- ² Guillén-Rodríguez FC. Historia de los anticonceptivos. México, D.F. 2009: 225-226. Disponible en www.es.wikipedia.org fecha de último acceso: 23 de septiembre 2017
- ³ Díaz-Alonso G. Historia de la anticoncepción. Revista Cubana de Medicina General Integral 1995;108 (5):97.
- ⁴ MacInnes J, Pérez- Díaz J. La tercera revolución de la modernidad. La revolución reproductiva. REIS, 2008; 104.
- ⁵ Seewald P. libro La luz del mundo. El Papa, la iglesia y las señales del tiempo. Una conversación con el Santo Padre. Disponible en: www.lavanguardia.es fecha último acceso: 23 de septiembre 2017
- ⁶ Potts M, Short R. Demasiada gente, capítulo 12 de Historia de la sexualidad, desde Adán y Eva. ISBN 2001;84(7):317-345.
- ⁷ Planificación familiar. Centro de prensa de la OMS 2017. Disponible en www.who.int/mediacentre.com último acceso: 23 de agosto 2017.
- ⁸ Abma JC. Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Committee Opinion. The American College of Obstetricians and Gynecologists 2012;(539):3-6.
- ⁹ Trends in contraception world wide. Departamento de asuntos económicos y sociales de las naciones unidas 2015. Disponible en www.familydoctor.org fecha último acceso: 18 de mayo 2017.
- ¹⁰ Campero-Cuenca L, Atienzo E, Suárez-López L, Hernández-Prado B, Villalobos- Hernández A. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México 2013; 149:299-307.
- ¹¹ Sam-Soto S, Osorio-Caballero M, Rodríguez-Guerrero RE, Pérez-Ramírez NP. Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. Acta Pediátrica de México 2014;35 (6):490-498.
- ¹² Aguilar J, Mayén B. Métodos anticonceptivos para adolescentes. Cuaderno de trabajo de salud sexual y reproductiva de los adolescentes 2012;(3):335-344.
- ¹³ Lee-Santos I. Causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar. Revista Médica IMSS 2003; 41 (4):313-319.
- ¹⁴ Díaz A, Sugg C, Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. Revista Sogía 2004;11(3):79-83.
- ¹⁵ Díaz-Sánchez V, Quintanilla-Rodríguez ML, Lostalot-Laclette M, Gutiérrez-Ramírez MT, Varela-Chávez Y, Ruiz-Matus C. La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar. 6. Adolescencia, salud sexual y reproductiva y derechos sexuales 2002. ISBN 2ª edición; 53-56.
- ¹⁶ Torres-Tabares CM, Vergara-Muñoz EC. Características Sociodemográficas de personas sometidas a Esterilización quirúrgica. Revista CES Salud Pública 2012;3 (2): 129-140.
- ¹⁷ Llopiz-Pérez A. Anticoncepción en la adolescencia. Manual de salud sexual y reproductiva en la adolescencia 2012. Disponible en www.sec.es/área_científica/manuales_sec/salud_reproductiva fecha de último acceso: 26 de septiembre 2017.
- ¹⁸ Profamilia. Preguntas y respuestas sobre sexualidad. Disponible en: www.profamilia.org fecha de último acceso: 26 de septiembre 2017.
- ¹⁹ Rojas-Sánchez EM, Sánchez-Olalde A, Olalde- Jover L. Participación masculina en la planificación familiar. Medicentro 2011;15 (2):177-179.
- ²⁰ Arrate-Negret MM, Linares-Despaigne MJ, Molina-Hechavarría V, Sánchez-Imbert N, Arias-Carbonell MM. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a las consultas de planificación familiar. Medisan 2013;17(3):417.
- ²¹ Franco-Hincapié I, Mora-Zapata GM, Mosquera-Hinestroza AL, Calvo-Betancur VD. Planificación familiar en mujeres en condiciones de vulnerabilidad social. Archivos originales de Salud Universidad Industria de Santander. Grupo de Investigación en Salud Familiar y Comunitaria. Escuela Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Corporación Universitaria Remington 2012;51(27):241-247.

-
- ²² Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández Serrato M, Suárez L, De la Vara E, De Castro F, Schiavon-Ermani R. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Revista salud pública de México* 2013;55(2):5235-5240.
- ²³ González-Labrador I, Miyar-Pieiga E. Consideraciones sobre planificación familiar: Métodos anticonceptivos. *Revista Cubana Medicina General Integral* 2001; 17 (4): 367-378.
- ²⁴ Fernández-Aragón S, Ruydiaz-Gómez K, Baza-Maestre G, Berrio-Ayala D, Rosales-Barríos Y. Percepción de los hombres ante la aceptación o rechazo de la vasectomía. *Revista Duazary* 2014;11(1):22-29.
- ²⁵ Salazar-Granara A, Santa María-Álvarez A, Solano- Romero I, Lázaro-Vivas K, Arrollo-Solís S, Araujo-Tocas V y cols. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito del Agustino. *Revista Horizonte Médico* 2007;7(2): 79-85.
- ²⁶ González A, Rodríguez-Rodríguez A. Caracterización clínica y epidemiológica de abortos en adolescentes. Hospital Dr. "Israel Ranuarez Balza". Estado Guárico. *Revista Venezolana de Salud Pública* 2016; 4 (1): 17-25.
- ²⁷ Pérez-De la Barrera C, Pick S. Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología* 2006; 40(3):333-340.
- ²⁸ Álvarez-Cabrera J, Müller-Alfonzo A, Vergara-Jara V. Conducta sexual y nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *CIMEL* 2015;20 (2):44-49.
- ²⁹ Arzuaga-S MA, Palacio-C ML, Jaramillo-Vélez DE, Uribe- Vélez TM. El control de la reproducción como resultado de decisiones seguras o riesgosas. *Investigación y educación en enfermería* 2006; XXIV (2):40-47.
- ³⁰ Mondragón –Rosales LA, Arteaga-García RJ, Islas-Toris GP, Sánchez-Nuncio HR. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en estudiantes de medicina. *Revista de la Escuela de Medicina "Dr. José Sierra Flores"* 2014;28(2):71-80.
- ³¹ Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Revista Perú Med Exp Salud Pública* 2013;30(3): 465-70.
- ³² Díaz A, Sugg C, Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. *Revista Sogía* 2004; 11(3):79-83.
- ³³ Estrada F, Hernández-Girón C, Walker D, Campero L, Hernández-Prado B, Maternowska C. Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. *Salud Pública de México* 2008;50(6):472-481.
- ³⁴ González-Mora MC, Hernández-Gálvez L, Maldonado- Álvarez C. Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de planificación familiar del policlínico "Belkis Sotomayor Álvarez". *Mediciego* 2011; 17 (2):1-5.
- ³⁵ Barquera-Núñez EM. Experiencias de enseñanza- aprendizaje sobre sexualidad en adolescentes hipoacúsicos. *Revista Mexicana de Enfermería* 2015.13(2):25-30.
- ³⁶ Arias-Trujillo CM, Carmona-Serna IC, Cataño-Castrillón JJ, Castro-Torres AF, Ferreira-González AN, González-Aristizabal AI y cols. Funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE. *Archivos de Medicina* 2013;13(2):142-159.
- ³⁷ López M.E. disponible en: www.inteligenciafamiliar.com fecha de último acceso:19 de septiembre 2017.
- ³⁸ Gómez-Urquiza S. Influencia de las redes sociales en los adolescentes. *Trabajo de investigación bibliográfica* 2015:1-8.
- ³⁹ Suárez M. El internet es la fuente de información más utilizada por los adolescentes. 41ª edición del Symposium Internacional, de la Unidad de la Infancia y la Adolescencia de Salud de la Mujer Dexeus 2014. Disponible en: www.noticias.universia.es. Fecha de último acceso:30 de septiembre 2017.
- ⁴⁰ Martín- Alfonso L, Reyes-Díaz Z. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 2003;29(2):183-187.
- ⁴¹ Loredó-Abdalá A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A, González-Corona J, Gutiérrez-Leyva CJ. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica Institucional del Seguro Social* 2017;55(2):223-229.
- ⁴² Vanegas de A BC, Pabón M, Plata RC. Dimensiones de educación integral en sexualidad para la prevención del embarazo en la adolescencia. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2013; 8(8): 161-174.
- ⁴³ Lalinde-Angel MI, Molina-Martín G, Olarte-Lezcano ML. Characteristics of users of the Birth Control program. National HEALTH Survey, Colombia. *Artículo original Invest Educ Enferm*. 2013;31(1): 20-25.

-
- ⁴⁴ Bazán-Rojas ML, Villanueva-Martínez K. Relación entre uso de métodos anticonceptivos y el embarazo no planificado en adolescentes. 2005;19(1):81
- ⁴⁵ Acosta –Varela ME, Cárdenas- Ayala VM. El embarazo en adolescentes, factores socioculturales. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012; 50 (4): 371-374.
- ⁴⁶ Soto-Martínez O, Franco-Bonal A, Franco – Bonal A, Silva- Valido J, Velázquez –Zuñiga GA. Embarazo en la adolescencia y conocimiento sobre sexualidad. Revista cubana de Medicina General Integral 2003; 19 (6):232-239.
- ⁴⁷ Schlesselman J. Tables of the Sample Size Requirement for Cohort and Case-Control Studies of Disease. Biometry Branch National Institute of Child Herath and Human Development Bethesda, Maryland 20014. January 1974.
- ⁴⁸ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. ‘Minimental State’. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98.
- ⁴⁹ Llamas-Velasco S, Llorente-Ayuso L, Contador I, Bermejo-Pareja F. Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. Rev Neurol 2015; 61 (8): 363-371 Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/6108/bo080363.pdf> Fecha de último acceso: 22 de agosto 2017.
- ⁵⁰ Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Aten. Fam. 2015; 22 (2): 35-38.
- ⁵¹ Rincón-Niño E, Monterrosa-Salazar E, Monterrosa-Castro A, Paternina-Caicedo A. Estudiantes de medicina y el riesgo de verse involucrados en una gestación. Revista Ciencias Biomédicas 2011.
- ⁵² Morón-Vásquez AP, Soto-De Clavero AY, Ledesma-Solache FM. Sexualidad en la adolescencia. Multiciencias. 2017; 17(1).
- ⁵³ Maque-Ponce LM, Córdova-Ruiz LR, Soto-Rueda AM, Ramos-García JM, Rocano-Rojas L. Embarazo no planeado: impacto de los factores socioculturales y emocionales de la adolescente, 2017. Revista de Investigación Valdizana. 2018; 12(2).
- ⁵⁴ Díaz-Montes CE, Rodríguez-Torres W, Lara-Barrios LA, Matute-Ramírez R, Palacio-Ariza H. Factores asociados al ejercicio de la sexualidad de las y los adolescentes escolarizados. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2013;10(2).
- ⁵⁵ Mejía-Mendoza LM, Laureano-Eugenio J, Gil-Hernández E, Ortiz-Villalobos RC, Blackaller-Ayala J, Benítez-Morales R. Condiciones socioculturales y experiencias del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2015; 66 (4):242-252.
- ⁵⁶ Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> Fecha de último acceso: 09 de junio 2019.