



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDOS DE POSGRADO UNAM  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**



**FACTORES DETERMINANTES DE RECHAZO DE METODOS DE PLANIFICACION  
FAMILIAR EN MUJERES EN PERIODO DE PUERPERIO MEDIATO Y TARDIO  
ATENDIDAS EN LA UMF 58 QUE PRESENTA:**

**PRESENTA DR. VICTOR HERNANDEZ GARCIA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE : ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**TUTOR:**

**DRA. WENDY MIRANDA CRUZ**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX**

**2021**



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1503  
H. GRAJ. ZONA NUM 58

Registro COFEPRIS 17 CI 15 104 037

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 15 CEI 002 2017033

FECHA Viernes, 20 de febrero de 2021

Dr. WENDY MIRANDA CRUZ

PRESENTE


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FACTORES DETERMINANTES DE RECHAZO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES EN PERIODO DE PUERPERIO MEDIATO Y TARDIO ATENDIDAS EN LA UMF 58** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2021-1503-015

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

ATENTAMENTE

  
GERARDO VARGAS SANCHEZ

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1503

- Informe

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

**FACTORES DETERMINANTES DE RECHAZO DE METODOS DE  
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES EN PERIODO DE PUERPERIO  
MEDIATO Y TARDIO ATENDIDAS EN LA UMF 58.**

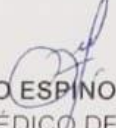
TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

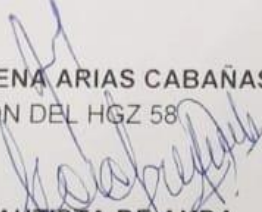
PRESENTA:

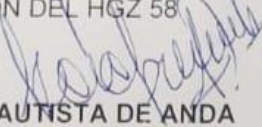
  
**HERNANDEZ GARCIA VICTOR JOSUE**

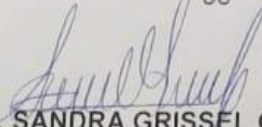
AUTORIZACIONES:


  
**DRA. ROSA MARÍA PIÑA NAVA**  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.

  
**DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO**  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

  
**DRA. SOFIA LORENA ARIAS CABAÑAS**  
DIRECCIÓN DEL HGZ 58

  
**DRA. ROCIO BAUTISTA DE ANDA**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL HGZ

58  
  
**DRA. SANDRA GRISEL GARCIA CAMPOS**  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ 58

  
**DRA. WENDY MIRANDA CRUZ**  
ASESOR DE TESIS  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF

58

## INDICE

I.	RESUMEN.....	6
II.	MARCO TEORICO.....	8
	ANTECEDENTES.....	8
	ANTECEDENTES Y BASES LEGALES.....	13
	BASES TEORICAS.....	14
III.	JUSTIFICACIÓN.....	24
VI.	OBJETIVOS.....	26
	OBJETIVO GENERAL.....	26
	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	26
VII.	HIPOTESIS DE TRABAJO.....	26
VIII.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	26
	Tipo de estudio:.....	26
	El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.....	26
	Lugar de estudio:.....	26
	Universo de estudio:.....	27
	Criterios de inclusión:.....	27
	Criterios de exclusión:.....	27
	Criterios de eliminación:.....	27
	Descripción del estudio:.....	27
	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	28
IX.	ASPECTOS ÉTICOS.....	32
<b>XIII.</b>	<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
<b>XIV.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>44</b>
<b>XV.</b>	<b>IMPACTO.....</b>	<b>45</b>
XVII.	ANEXOS.....	49

## IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

### INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: Dra. Wendy Miranda Cruz

Área de adscripción: consultorio medicina familiar/Profesora adjunta especialidad en Medicina Familiar

Lugar de trabajo: Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 58

Matricula: 98155622

Teléfono de la Unidad de atención médica: 5553973043

Correo electrónico: dra.wendy.mc@gmail.com

### INVESTIGADOR ADJUNTO

Nombre: Dr. Isaac Gilberto Cárdenas Nava

Área de adscripción: Consultorio de Medicina Familiar

Lugar de trabajo: Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 58

Matricula: 98354921

Teléfono de la Unidad de atención médica: 5553973043

Correo electrónico: igcn\_90@hotmail.com

### TESISTA

Nombre: Dr. Victor Josue Hernandez Garcia

Lugar de trabajo: Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 58

Matricula 98162987

Teléfono: 5554095441

Correo electrónico: [vj0406hg@gmail.com](mailto:vj0406hg@gmail.com)

## I. RESUMEN

**Título:** FACTORES DETERMINANTES DE RECHAZO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES EN PERIODO DE PUERPERIO MEDIATO Y TARDIO ATENDIDAS EN LA UMF 58. **Investigadores:** Dra. Wendy Miranda Cruz, Dr. Isaac Gilberto Cárdenas Nava, Dr. Victor Josue Hernandez

**Antecedentes** Si bien desde el reconocimiento de la planificación familiar hasta ahora ha habido grandes progresos aún quedan áreas de oportunidad para mejorar el acceso; de acuerdo a datos de la organización mundial de la salud en 2019 había alrededor de 1900 millones de mujeres en edad reproductiva a nivel mundial de esta cifra alrededor del 58% precisaba planificación familiar pero solo 75.71% tuvieron acceso a algún método anticonceptivo y el 24.29 % restante prevaleció con necesidades no satisfechas en materia de anticoncepción. La salud pública de todos los países resulta influenciada por una gran cantidad de factores, dentro de aquellos con mayor impacto, sobre todo en los países en desarrollo, se encuentra el control de natalidad y siendo más específicos la presencia de embarazos no deseados, ya que estos aumentan la morbi-mortalidad de la población. A pesar de que su relevancia está bien identificada sigue siendo unos de los eslabones más débiles en la salud pública. **Justificación:** La planificación familiar y en particular su aplicación en el puerperio representa una gran área de oportunidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir tasas de mortalidad materna e infantil, disminuir complicaciones obstétricas, y a su vez con esto disminuir costos en materia de salud. Sin embargo a pesar de los esfuerzos hechos hasta el momento se presenta un estancamiento y en ocasiones descenso en la prevalencia de las coberturas de planificación familiar, resulta importante brindar orientación oportuna veraz y amplia sobre métodos de planificación en etapas críticas como el puerperio, así como mejorar nuestro conocimiento de nuestra población objetivo para poder reorientar los programas y esfuerzos dirigidos. **Objetivo:** Evaluar cuáles son las principales causas de rechazo de métodos de planificación familiar de mujeres en periodo de puerperio mediato y tardío de la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar número 58. **Material y métodos:** Este trabajo de investigación fue de tipo, descriptivo, observacional, prospectivo y transversal; su universo de estudio se constituyó por mujeres en periodo de puerperio mediato y tardío atendidas en la unidad de medicina familiar número 58. **Recursos materiales:** fotocopias legibles del cuestionario para recopilación de datos y del consentimiento informado, bolígrafo, computadora portátil, programa de análisis de bases de datos Excel, impresora. **Recursos humanos:** Investigador principal, investigador asociado y tesista. **Infraestructura:** Consultorios y sala de espera de la unidad de medicina familiar número 58. **Tiempo a desarrollarse:** Se desarrolló desde agosto 2020 hasta

agosto 2021. **Resultados:** se evidencia que el temor a la existencia de un efecto secundario representa la principal causa de rechazo de un método de planificación familiar, y eso se observa al ver que dicha causa obtuvo un 45.65% , enseguida encontramos al grupo haber escuchado una información negativa con 34.78%, posteriormente podemos observar al desconocimiento del funcionamiento con un 11.96%, con los porcentajes mínimos observamos a que la pareja no desea el uso con 3.26%, contrario a su religión con 2.17% y finalmente difícil acceso y no planea actividad sexual con 1.09%.



## II. MARCO TEORICO.

### ANTECEDENTES.

En Mayo de 1968 se reconoce por primera vez a nivel mundial a la planificación familiar como un derecho humano quedando asentado en el acta de la primera conferencia mundial de derechos humanos celebrada en Teherán que “los padres tienen el derecho humano básico de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos” generando conciencia sobre la importancia de este tema, sin embargo no es hasta 1974 que en nuestro país se publica la ley general de salud y se anuncia la creación del consejo nacional de población para posteriormente añadir un párrafo al artículo cuarto constitucional estableciendo que “toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre, e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. Una vez sentados los fundamentos legales comenzaron a desarrollarse los primeros programas en esta materia dirigiéndose en un principio a disminuir las tasas de fecundidad y con ello el crecimiento poblacional, (1) actualmente el esfuerzo por garantizar el acceso y la libre elección de los métodos de planificación familiar se reconoce como una forma de reforzar el acceso a múltiples derechos humanos tales como la educación, el trabajo, libertad de expresión y opinión así como el derecho a la vida misma, sabiéndose por ejemplo que el acceso a métodos anticonceptivos sobre todo en etapas de alto riesgo para el embarazo como la adolescencia previene riesgos relacionados con el embarazo contribuyendo a disminuir hasta en una tercera parte las muertes maternas, además de tener la capacidad de reducir hasta en tres cuartas partes el número de abortos, a su vez el espaciamiento de las gestaciones reduce de manera importante la mortalidad infantil disminuyendo hasta 45% cuando dicho espaciamiento es de 2 a 3 años y hasta 60% cuando es de 4 años o más en comparación a cuando existen menos de 2 años de diferencia. Mas allá de los beneficios en salud la planificación familiar es una puerta de acceso a mayores oportunidades de educación y a mayor autonomía de las mujeres a la vez que controla el crecimiento demográfico y estimula el desarrollo económico sostenible a través de la reducción de la pobreza, la disminución de los costos asociados a la atención médica y el sostenimiento ambiental. (2) (3)

Si bien desde el reconocimiento de la planificación familiar hasta ahora ha habido grandes progresos aún quedan áreas de oportunidad para mejorar el acceso, de acuerdo a datos de la organización mundial de la salud en 2019 había alrededor de 1900 millones de mujeres en edad reproductiva a nivel mundial de esta cifra alrededor del 58% precisaba planificación familiar pero solo 75.71% tuvieron acceso a algún método anticonceptivo y el 24.29 % restante prevaleció con necesidades no satisfechas en materia de anticoncepción, (2) estos datos se acercan a los publicados por las Naciones Unidas a través de su departamento de Asuntos sociales y económicos en su

folleto de datos de Planificación familiar y la agenda 2030 para desarrollo sostenible donde la cifras estimadas de acuerdo a reportes internacionales se establecen en una población de mujeres en edad reproductiva para 2019 de aproximadamente 1900 millones , con una necesidad de planificación familiar de 1100 millones de las cuales 76.1% satisface estas necesidades con algún método de planificación familiar moderno, 7.2 % satisface la necesidad con métodos tradicionales y 14 % no tiene acceso a ningún método; en el mismo documento se plasman estadísticas del año 2019 sobre indicadores clave en planificación familiar como prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo, Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos, necesidad insatisfecha de planificación familiar, demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos y cambios en la demanda de métodos de planificación familiar satisfechos con métodos modernos entre los años 2000 y 2019, en este sentido destaca la brecha existente entre regiones siendo evidente el rezago en África y en menor medida en Oceanía con prevalencia de uso de métodos anticonceptivos del 29.4% y 49.2%, necesidad insatisfecha de planificación familiar del 15.6% y 11%, respectivamente, contra el mejor alcance reportado correspondiente a Norteamérica de 62.4 % para el primer rubro y 5.9% del segundo , así mismo al comparar con los valores nacionales podemos ver que las cifras alcanzadas de 53.4% y 9.6% superan la media para regiones del continente como Centroamérica donde se reporta 51.9% y el Caribe con 49.4% y 13.8% sin embargo aún nos encontramos por debajo de la región de Norteamérica con datos ya mencionados, Suramérica con datos de alcance estimados en 61.4% y 6.6% y Latinoamérica y el Caribe con cifras documentadas de 58% y 7.9%. (4) en la estadística nacional podemos recurrir al documento situación de la salud sexual y reproductiva elaborado por la secretaria general del consejo nacional de población que recoge y analiza datos de la encuesta nacional de dinámica demográfica realizada en el año 2014, de acuerdo a esta publicación en el periodo 2009-2014 se estimó un descenso leve a nivel nacional en la prevalencia de mujeres en edad reproductiva sexualmente activas usuarias de métodos de planificación familiar de un 76.5 registrado en 2009 a 75.6 en 2014, en el caso particular del Estado de México se presentó un leve aumento de .9% siendo en 2014 el estado con mayor cobertura con un 81.1%, en cuanto a necesidades de planificación familiar no satisfecha a nivel nacional se estima una prevalencia de 11.4% y a nivel estatal se muestra un mayor rezago en Chiapas y Oaxaca con 18.5% y 17.7 % respectivamente, el Estado de México a pesar de encontrarse en el tercer lugar de los estados con menor prevalencia persiste con un 9.4% de usuarias que no ven satisfecha su necesidad de planificación familiar. Llama también la atención dentro de los datos analizados que a pesar de que desde 1976 con la llegada de los primeros programas de planificación hasta 2014 hubo un incremento del 42.1 % en el porcentaje de uso de métodos de planificación familiar

en mujeres en edad fértil unidas reportando un 72.3 % igual a lo reportado en 2009 lo que evidencia un estancamiento a pesar de las estrategias tomadas. (5)

La salud pública de todos los países resulta influenciada por una gran cantidad de factores, dentro de aquellos con mayor impacto, sobre todo en los países en desarrollo, se encuentra el control de natalidad y siendo más específicos la presencia de embarazos no deseados, ya que estos aumentan la morbi-mortalidad de la población. A pesar de que su relevancia está bien identificada sigue siendo uno de los eslabones más débiles en la salud pública. Se han realizado diversos estudios que demuestran este dicho e intentan identificar los puntos clave de esta problemática para desarrollar estrategias de mejora.

En el último quinquenio cabe destacar el trabajo realizado por Hembah-Hilekaan, Augustine OO, Onyemochi A, Onche PE, Maanongun MT, et al. En su estudio titulado: Tendencias en la elección de anticonceptivos entre las mujeres que asisten a la clínica de planificación familiar en un hospital terciario nigeriano en Makurdi, Nigeria, en el año 2018. Quienes estudiaron a su población durante un periodo de 3 años, identificando que de 2071 asistentes a la clínica de planificación solo 859 eran usuarias de alguno de los métodos de anticoncepción. Dentro de sus resultados destaca también que el 63.1% de los asistentes recibieron consejería y el 39.9% no; encontrándose que la fuente de información y derivación a la unidad de planificación familiar fueron en primer lugar familiares/amigos y segundo lugar el personal, también se encontró que 35,1% de las clientas eran nuevas usuarias de anticonceptivos, el 60,3% continuaba con sus métodos anteriores y el 4,6% cambió de método. (6)

Otro ejemplo del continente africano lo podemos encontrar en el trabajo realizado por Abdulkadir, prenatal de un hospital terciario del norte de Nigeria: un ensayo controlado aleatorio, del año 2020. Su muestra se conformó de 150 parejas (madre y conyugue) de control prenatal del hospital de tercer nivel, mismo que fueron divididos en un grupo intervención y otro control, ambos grupos fueron evaluados sobre su conocimiento de los métodos anticonceptivos, antes de la intervención (orientación sobre el tema), encontrándose que el conocimiento inicial fue alto (92%) entre los participantes, sin embargo, el uso de anticonceptivos fue bajo (28,3%); no hubo diferencias significativas entre los grupos de intervención y control ( $P = 0,94$ ) al inicio Grema, Michael y Omeiza, sobre el Efecto de la consejería prenatal para parejas en la adopción posparto de anticonceptivos entre las clientas prenatales y sus cónyuges que asisten a la clínica del estudio. Después de la intervención, hubo una diferencia significativa en la absorción de anticonceptivos posparto entre los grupos de intervención y de control (48,5% versus 31,0%, respectivamente; chi-cuadrado de McNemar,  $p = 0,0001$ ). Los determinantes de la adopción de anticonceptivos posparto fueron el nivel educativo de las participantes [Odds ratio (OR) = 10,26, IC del 95% = 1,31-80,48,  $P = 0,03$ ], ocupación (OR = 10,25, IC del 95% = 1,06-87,38,  $P = 0,03$ ) y participación de los

maridos (OR = 0,03, IC del 95% = 0,005-0,21, P = 0,0001). Esta investigación pone en evidencia que la orientación es un factor determinante para la adopción de métodos de planificación familiar, así también pone sobre la mesa la influencia de otros factores como el nivel educativo de las parejas y la participación de ambos en la toma de decisiones. (7)

En el ámbito mexicano existen diversas investigaciones con respecto a la poca aceptación de métodos anticonceptivos, algunas de ellas sectorizadas según la edad o el tipo de embarazo. Con respecto al último podemos mencionar el trabajo realizado por Gustavo Romero Gutiérrez, Susana Ofelia Soria Villanueva y Ana Lilia Ponce de León, en su investigación titulada: Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados, del año 2009. En dicho trabajo se incluyeron 1024 pacientes, de las cuales 566 (55.3%) tuvieron embarazos planeados y 458 (44.7%) no planeados. De estos últimos, 402 (87.8%) mujeres aceptaron anticonceptivos durante el puerperio y de los embarazos planeados, 457 (80.7%) mujeres aceptaron algún método anticonceptivo (p = 0.003). Los motivos de no aceptación en la encuesta directa no fueron claro pues el 26.7 % solo expreso no estar interesada, por lo que los investigadores aplicaron un análisis de regresión logística con las variables sociodemográficas de la muestra, misma que arrojó que la multiparidad fue la única variable que se podía asociar a la aceptación de los métodos anticonceptivos (8)

Otro ejemplo es el estudio Perfil de las usuarias de métodos de planificación familiar en una unidad de medicina familiar de Reynosa Tamaulipas México, realizado por José Luis Barrientos-Guerrero y Elizabeth de los Reyes realizado en 2013 , en dicho estudio se entrevistó a 167 mujeres en edad fértil y sexualmente activas, de las cuales de acuerdo a los resultados 83% era usuaria de algún método de planificación familiar, la media de edad calculada de las usuarias fue de 29.9 años con edad mínima de las encuestadas de 19 años y máximo de 46, 127 de las pacientes encuestadas eran casadas siendo este estado civil el de mayor prevalencia en cuanto a uso de métodos de planificación familiar, además de acuerdo a su estadística de las mujeres encuestadas 47% refirió escolaridad de nivel secundaria, 31% bachillerato y 16% licenciatura sin embargo 17 % de este total no era usuaria de ningún método de planificación familiar. Por último, este estudio hace énfasis en la importancia del conocimiento del perfil de las pacientes en edad fértil por parte del médico familiar en relación con mejorar la oferta y orientación sobre métodos de planificación familiar de acuerdo con este perfil. (9)

En el mismo tenor de conocer las características poblacionales en su estudio llamado anticoncepción post evento obstétrico los autores: Ana Karen Zaldívar Peña, Miguel Ángel Fernández Ortega, Efrén Raúl Ponce Rosas y Rocío Dávila Mendoz, estudiaron a

una población de 136 mujeres en el periodo de mayo a junio de 2018 usuarias de un centro de salud de la Ciudad de México, cuya característica en común fue tener un máximo de once meses y 29 días posterior a la realización de evento obstétrico, a través de un cuestionario de auto aplicación se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos y culturales en relación a conocimiento y consejería de métodos de planificación familiar, de acuerdo a la estadística de los datos obtenidos destaca de sus resultados un 97.7 % de las encuestada con algún grado de escolaridad, 54.4 % de los cuales refirieron como nivel de estudios primaria o secundaria, 23.7% bachillerato y 13.5 % licenciatura o superior, así mismo 86.7 % de las mujeres encuestadas refirieron tener pareja estable, de estas 83.3% era usuaria de algún método de planificación familiar y 65.6% de ellas refirieron la influencia de su pareja como decisiva para iniciar la planificación familiar; por su parte en materia de consejería se reportó que 89./ % de la población recibió consejería en la unidad de la cual eran usuarias, siendo mayormente aportada la consejería por médicos con un 59.8% , resulta importante mencionar también que de aquellas mujeres con acceso a consejería 85.2% era usuaria de algún método de planificación familiar contra tan solo 57.1 % de las mujeres que refirieron no haber contado con consejería. (10) Por ultimo trasciende la investigación de Castañeda Sánchez O, Castro Paz LS y Linodorolopez KG , la cual lleva por título Causas de no aceptación de métodos de Planificación Familiar en Mujeres que acuden a atención puerperal en una unidad de Medicina Familiar en Sonora México, el cual a consistió en encuestar a 61 mujeres en periodo de puerperio mediato con antecedente de no aceptación de método de planificación familiar postevento obstétrico, a través de dicha encuesta se obtuvieron datos sociodemográficos, antecedentes gineco obstétricos datos sobre conocimiento de métodos anticonceptivos y causas de no aceptación; en sus resultados se observa en cuanto a escolaridad un mayor número de población con nivel de estudios referido en preparatoria con 41% del total, 21.3 % refirió educación profesional y 37.7% primaria o secundaria, en cuestión de religión 80.3% refirió profesar el catolicismo y solo 1.6% refirió no profesar ninguna religión, así mismo al preguntar sobre su estado civil 68.9% refirió estar casada, 18% en unión libre y 13.1% solteras, y por ultimo dentro de las causas de no aceptación de método de planificación familiar en el puerperio se encontró la más prevalente fue mitos y rumores (36.1%) seguida de temor a la presencia de efectos secundarios (19.7%), religión (14.8%) y falta de aprobación de la pareja(11.5%)(11), de estos estudios resalta la importancia del conocimiento de nuestra población para mejorar los alcances de los programas de planificación familiar particularmente en una etapa clave de intervención como lo es el puerperio. (11)

## **ANTECEDENTES Y BASES LEGALES**

Conforme ha crecido el conocimiento de los alcances en materia de planificación familiar también ha ido evolucionando la orientación de los programas y el sustento legal de los mismos, el cual es en la actualidad bastante amplio a nivel internacional y nacional, a nivel mundial múltiples conferencias y consensos se han llevado a cabo en materia de salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos y otras áreas de interés para la planificación familiar, muchas de estas surgen del seno de la Organización de las Naciones Unidas, y otras organizaciones que se suman al importante llamado a la gestión de estos temas, destacan por ejemplo la conferencia internacional de derechos humanos de Teherán en 1968, la conferencia mundial de población de 1974 en Bucarest, la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979, conferencia internacional de población celebrada en 1984 en nuestro país, la convención sobre los derechos del niño de 1989, en 1994 la conferencia internacional sobre población y desarrollo de el Cairo y la convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer llevada a cabo en Belém do Pará en Brasil, la conferencia internacional sobre la mujer en 1995 de Beijing , la cumbre del milenio del año 2000, la asamblea general sobre los objetivos de desarrollo del milenio en 2010, la cumbre de Londres sobre planificación familiar en 2012 y la conferencia regional sobre población y desarrollo de américa latina y el caribe que se llevó a cabo en la ciudad de Montevideo Uruguay en 2013. Así mismo a nivel nacional la normativa vigente es amplia y se sustenta desde el artículo cuarto constitucional, de donde emanan el artículo 3° de la ley general de población donde se establece la facultad y obligación de la secretaria de gobernación para dictar, ejecutar y en su caso promover las medidas necesarias para realizar programas de planeación familiar así como vigilar que los mismos se lleven a cabo con apego a los derechos fundamentales preservando la dignidad de las familiar con el objetivo de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población y lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país; así mismo en la ley general de salud se establece en el artículo 3° que la planificación familiar es materia de salubridad general y en sus artículos 67 y 71 se establecen las disposiciones por las cuales se le da a la planificación familiar un carácter prioritario, se definen los servicios que incluye la planificación familiar y se le otorga a la Secretaria de Salud la facultad para coordinar las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para que se instrumenten y operen todas las acciones en esta materia; y por último en materia de leyes se establece en el artículo 11 de la ley federal para prevenir y eliminar la discriminación, que los organismos público y autoridades federales impartirán educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad , la planificación familiar , la paternidad responsable y el respeto de los derechos humanos. Además, también se han establecido múltiples reglamentos y

normas oficiales con el objetivo de establecer lineamientos y líneas de acción en materia de planificación familiar y salud reproductiva. (3)

## **BASES TEORICAS**

Para poder analizar el enfoque teórico y las relaciones entre las diversas variables de la presente investigación es de suma importancia desarrollar algunos conceptos básicos.

**Salud reproductiva:** debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos. (12)

**Planificación familiar:** La secretaria de salud en su programa de acción específico 2013-2018, hace mención de 3 definiciones que, si bien es cierto que comparten puntos en común, se complementan unas a otras.

- a. En el marco de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. - el Artículo 4º menciona que la planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.
- b. Dentro del concepto de la salud reproductiva, la planificación familiar es un derecho humano que implica la facultad que tienen hombres y mujeres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada; de ejercer el derecho de procrear o no, así como la libertad para decidir, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de las personas a recibir información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces.
- c. De acuerdo a la Organización mundial de la salud (OMS). - la planificación familiar se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. (3)

**Planificación familiar en el postparto:** se define como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto. (13)

**Método anticonceptivo:** aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente. (14). Y se clasifican de la siguiente manera:

### **Temporales**

**a) Hormonales orales:** Se define como la administración oral de hormonas femeninas. Se les puede clasificar a su vez en:

- Combinados de estrógenos y progestina.
- Solo con progestina.

Estos pueden iniciarse en cualquier momento del ciclo si existe la certeza de que la mujer no está embarazada, pero deberá utilizarse un método de barrera, por lo menos 7 días luego de haberse iniciado el tratamiento.

SE recomienda la administración de los anticonceptivos orales combinados a partir del primer día de la menstruación, pero puede iniciarse dentro de los primeros 5 días (incluido el 5º) del ciclo sin necesidad de un método de barrera adicional. La primera prescripción de anticonceptivos orales combinados más adecuada son los monofásicos que contienen 30 µg de etinilestradiol y 150 µg de levonogestrel. (15)

### ***Ventajas.***

- Su seguridad y eficacia han sido demostradas en amplios estudios; de hecho, los AO son los fármacos de venta con prescripción médica que más se han estudiado. Cuando se usan en forma sistemática y correcta, su tasa de prevención de embarazos es superior al 99 por ciento.
- El efecto anticonceptivo de los AO es reversible y, cuando las píldoras dejan de tomarse, la fertilidad regresa rápidamente. Esto hace de ellos una buena opción para retrasar y espaciar los embarazos.
- No hay que hacer nada en el momento del acto sexual.
- Las complicaciones graves son sumamente raras.
- Los AO tienen muchos beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción, lo cual describiremos más adelante.
- La mujer es quien controla el uso de la píldora. Por consiguiente, las píldoras se pueden usar sin que lo sepa el compañero, si se desea.



### **Desventajas.**

- En uso típico, los AO no se usan en forma correcta y sistemática, lo cual reduce la eficacia. Los AO, para que sean más eficaces, se deben tomar diariamente.
- Con frecuencia, tienen efectos secundarios que para algunas mujeres son difíciles de tolerar.
- Pueden plantear riesgos de salud para un número reducido de mujeres.
- Su suministro se debe hacer con regularidad.
- Los AO no protegen contra las ITS, incluido el VIH.

### **Efectos secundarios.**

Los efectos secundarios que los Anticonceptivos Orales Combinados (AOC) pueden tener no suelen ser perjudiciales, aunque algunos pueden ser desagradables o inaceptable. Entre los efectos secundarios más comunes están los siguientes: náuseas, mareos, sensibilidad mamaria anormal, dolores de cabeza, cambios de estado de ánimo y aumento de peso. Esos efectos secundarios ocurren casi siempre entre las usuarias de píldoras de alta dosis. Para muchas mujeres, estos efectos secundarios disminuyen después de los primeros tres meses de uso.

### **Los AO y las enfermedades cardiovasculares.**

El uso de AOC de baja dosis está relacionado con un riesgo escasamente mayor de problemas cardiovasculares, entre ellos el tromboembolismo, apoplejía y quizás ataque cardíaco. El riesgo de que ocurran estas condiciones es mayor entre las mujeres que tienen otros factores de riesgo, por ejemplo, hipertensión o diabetes. Las mujeres con esos factores de riesgo que son poco comunes entre las personas en edad de procrear deben ser asesoradas cuidadosamente antes de darles los AOC. Es posible que requieran supervisión médica o, en algunos casos, pueden necesitar el uso de otro método anticonceptivo. Otro factor de riesgo de enfermedad cardiovascular es el tabaquismo. A las mujeres mayores de 35 años que fuman excesivamente (es decir, más de 20 cigarrillos diarios) se les debe aconsejar el uso de otro método que no sean los AOC. (16)

### **Los AO y el cáncer.**

Los AOC protegen a las mujeres contra el cáncer ovárico y del endometrio. Muchos estudios han demostrado que las usuarias de los AOC tienen menos del 50 por ciento de riesgo de padecer de estos tipos de cáncer, comparadas con las

---

no usuarias. La protección comienza a surtir efecto después de un año de uso de los AOC, aumenta con el uso y dura por lo menos 15 años después de que la mujer ha dejado de usar este método.

No hay aumento general del riesgo de contraer cáncer mamario entre las mujeres que han usado los AOC alguna vez. Se ha registrado un aumento muy leve del riesgo entre las usuarias de AOC y durante un período de 10 años después de haber dejado de tomarlos. Sin embargo, estos hallazgos pueden reflejar un sesgo de detección (es decir, una detección temprana de cáncer mamario porque las usuarias de AOC tienden a tener más contacto con el sistema de atención de salud que otras mujeres).

**b) Hormonales inyectables:** Los inyectables contienen hormonas femeninas que se inyectan profundamente en el músculo y se liberan gradualmente en el torrente sanguíneo; de este modo, proporcionan anticoncepción por largo tiempo. El tiempo que cada tipo de inyectable surte efecto después de la inyección depende principalmente de los tipos y las cantidades de hormonas que contiene.

Los inyectables son seguros y se encuentran entre los métodos anticonceptivos más eficaces. Las tasas típicas anuales de embarazo son del 0,4 por ciento o menos. Hay dos tipos de anticonceptivos inyectables. El primer tipo son los inyectables sólo de progestina, que contienen una forma sintética de la hormona femenina progesterona. (16)

Para efectos de este trabajo nos concentraremos en aquellos que solo contienen progestina; ya que son los que están indicados en las mujeres postparto.

Se recomienda que la aplicación se realice el primer día del ciclo menstrual; si se realiza entre el tercero y quinto día será necesaria la utilización de un método local. También se menciona que puede colocarse inmediatamente después de un aborto del primer o segundo trimestre o en cualquier momento del postparto, en esta última condición no es necesario considerar la lactancia ya que es segura si administración. (15)

La amenorrea es frecuente durante el uso de este método y es más frecuente con el acetato de medroxiprogesterona (DMPA) que con el enantato de norestisterona (NET-EN)

Se recomienda repetir una dosis de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona cada 12 semanas y 200 mg de enantato de norestisterona cada 8 semanas.

## **Ventajas.**

- La mayoría de las mujeres pueden usar el DMPA sin peligro. Este anticonceptivo figura entre los anticonceptivos disponibles más eficaces. Es fácil de usar correcta y sistemáticamente porque no requiere una rutina diaria.
- El efecto del DMPA es prolongado, pero reversible. En general, una mujer puede quedar embarazada a los 9-10 meses después de recibir la última inyección de DMPA. Se puede dejar de usar sin ayuda de un proveedor. Para discontinuar el uso, la mujer simplemente deja de recibir las inyecciones, y el nivel de DMPA en la sangre y sus efectos anticonceptivos disminuyen gradualmente.
- El uso del DMPA no requiere ninguna acción en el momento del acto sexual. Puesto que no se guardan suministros en casa, su uso puede ser privado.
- El DMPA no tiene ningún efecto en la lactancia, por lo tanto lo pueden usar las mujeres que están amamantando.
- Las complicaciones graves son sumamente raras y el DMPA, en efecto, ofrece algunos beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción que se describirán más adelante.

## **Desventajas.**

- Los efectos secundarios y de anticoncepción no se pueden detener inmediatamente. Pueden persistir todo el tiempo que dura el efecto de la inyección (tres meses por lo menos).
- En general, el regreso a la fertilidad después de la discontinuación suele retrasarse.
- Con frecuencia produce efectos secundarios, especialmente cambios en el sangrado.
- El DMPA no ofrece ninguna protección contra las ITS, incluido el VIH.

## ***Efectos secundarios.***

El efecto secundario del DMPA que se notifica con más frecuencia es el cambio de las características del sangrado menstrual, incluidos el sangrado irregular o manchado, el sangrado abundante o prolongado y la amenorrea. Así mismo, las usuarias del DMPA suelen notificar un aumento de peso. Entre los efectos secundarios que menos se notifican están los dolores de cabeza, mareo y cambios de estado de ánimo, como por ejemplo ansiedad. En un estudio

multinacional en gran escala realizado por la OMS, cerca de la tercera parte de las usuarias del DMPA dejaron de usar este método el primer año debido a efectos secundarios. Los efectos secundarios que con más frecuencia dieron lugar a la discontinuación fueron los cambios menstruales.

### ***El DMPA y el cáncer.***

Los estudios indican que el uso del DMPA reduce el riesgo de cáncer del endometrio en un 60 por ciento. A diferencia de los AOC, éste no produce ningún efecto en el riesgo de cáncer ovárico. Del mismo modo, no se ha observado ningún efecto en el riesgo de cáncer del hígado.

No hay pruebas de que el uso del DMPA haga aumentar el riesgo de cáncer cervicouterino invasor. Las usuarias del DMPA tienen un riesgo levemente mayor de contraer un cáncer no invasor limitado al epitelio del cuello uterino, aunque este riesgo puede reflejar una detección sesgada.

Es importante señalar que las mujeres durante los primeros cinco años de uso del DMPA tienden a ser mujeres más jóvenes, cuyo riesgo de cáncer mamario sin el uso del DMPA es extremadamente bajo. Por lo tanto, incluso con el mayor riesgo relacionado con el uso del DMPA, el riesgo de cáncer mamario sigue siendo muy bajo. Las mujeres que habían usado el DMPA por más de cinco años no tuvieron un riesgo mayor de cáncer mamario.

### ***El DMPA y la densidad ósea.***

Los estudios recientes han observado que las usuarias del DMPA tienen una densidad ósea inferior a la de las no usuarias, especialmente las mujeres de 21 años o menores. Al parecer, las mujeres que empiezan a usar el DMPA cuando son adultas recuperan la mayor parte del tejido óseo que han perdido, después de dejar de usar este anticonceptivo. Todavía no se sabe si la pérdida de tejido óseo en las adolescentes y las jóvenes es completamente reversible.

**c) Hormonales subdérmicos:** Mejor conocido como el implante subdérmico, este en realidad tiene pocas contraindicaciones y los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, lo colocan en la categoría 1 en mujeres y adolescentes nulíparas, así también en **mujeres postparto que no amamantan** o si bien ya han pasado **al menos 4 semanas después del parto.**

El implante se coloca bajo la dermis y se compone de un núcleo de copolímero de acetato de vinilo de etileno que contiene 68 mg de etonogestrel rodeados por piel

de acetato de vinilo de etileno. De todos los implantes subdérmicos, el más estudiado y utilizado es el Norplant. Este método consiste en seis cápsulas del mismo tamaño que se implantan y que durante cinco años liberan continuamente en el torrente sanguíneo dosis bajas de la progestina levonorgestrel. También se han elaborado sistemas de implantes que usan una o dos cápsulas. Norplant II o Jadelle, que consiste en dos cápsulas que liberan levonorgestrel, también es eficaz por lo menos durante cinco años. Implanon, que consiste en una cápsula que libera la progestina 3-ketodesogestrel, se recomienda para tres años de uso

La inserción puede ocurrir en cualquier momento del ciclo menstrual, siempre y cuando haya certeza de la no existencia de un embarazo. El periodo inmediato posterior a un aborto o a post parto (sin lactancia) es ideal para la inserción. (15)

**d) Sistemas intrauterinos (SIU) liberadores de hormonas:** Estos sistemas constituyen un nuevo método de anticoncepción hormonal. Así como los DIU de uso más generalizado, tienen forma de T y se insertan en el útero. Sin embargo, a diferencia de los DIU, los SIU contienen progestina que se libera lentamente en el útero.

En algunas partes del mundo pueden obtenerse dos tipos de SIU. El primero es el sistema liberador de levonorgestrel o sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU de LNG), que se comercializa con los nombres de Mirena o Levonova y es eficaz durante cinco años.

Los SIU liberadores de hormonas ofrecen la ventaja de ser sumamente eficaces, de tener efecto prolongado y de ser seguros y reversibles. Los mecanismos de acción principales de estos sistemas son iguales a los de otros métodos hormonales: supresión parcial de la ovulación y prevención de la fertilización, principalmente debido al espesamiento del moco cervical, que impide que los espermatozoides entren en el útero. Estos sistemas también causan adelgazamiento del endometrio que, teóricamente, puede contribuir a su efecto anticonceptivo.

El SIU de LNG reduce considerablemente el dolor y la duración y la cantidad del sangrado menstruales. Sin embargo, el dispositivo puede causar manchado y sangrado irregular. Los estudios clínicos a largo plazo han indicado que el SIU de LNG también puede proporcionar cierta protección contra la EPI. No obstante, los SIU no protegen contra las ITS, incluido el VIH. Estos dispositivos también son costosos y su disponibilidad no se ha generalizado todavía.

**e) Dispositivo intrauterino:** Este dispositivo tiene una espiral de cobre en el tallo vertical de la “T” y una placa del mismo material en cada uno de los brazos horizontales. Las usuarias de la TCU380A experimentan tasas de fracaso muy bajas; a saber, menos de uno por ciento anual, cifra comparable con la de la esterilización femenina.

El mecanismo de acción principal de la TCU380A y de otros DIU es provocar una reacción inflamatoria endometrial que impide el paso de los espermatozoides. Pocos espermatozoides alcanzan a llegar al lugar de la fertilización en las trompas de Falopio, y los que llegan no tienen probabilidades de fertilizar un óvulo.

### **Ventajas.**

- No se necesita hacer nada durante el acto sexual ni en ningún otro momento. Sin embargo, es aconsejable que la mujer verifique regularmente la presencia de los hilos del DIU, generalmente después de la menstruación, para cerciorarse de que el dispositivo sigue en su sitio.
- Tiene efecto prolongado y es fácilmente reversible; por lo general, la fertilidad regresa muy pronto después de la extracción.
- No tiene efectos secundarios sistémicos.
- Rara vez ocurren complicaciones, como la perforación o expulsión.
- Las mujeres que están amamantando pueden usarlo sin peligro.

### **Desventajas.**

- Puede tener efectos secundarios, como dolor y calambres durante la menstruación, y sangrado menstrual más abundante.
- Se requiere la intervención de un proveedor de servicios de salud capacitado para que inserte y extraiga el dispositivo.
- No es adecuado para las mujeres que corren el riesgo de contraer ITS.
- No protege contra la transmisión de ITS, incluida la infección por el VIH.

**f) De barrera y espermicidas:** Los condones masculinos, condones femeninos, diafragmas, capuchones cervicouterinos y espermicidas son métodos de barrera para la anticoncepción. Estos métodos actúan mediante el bloqueo físico o químico de los espermatozoides y contribuyen a evitar algunas ITS. Todos los métodos de barrera dependen del cliente. Para que sean eficaces, deben usarse en forma correcta y sistemática. El uso correcto y sistemático requiere motivación, aptitud y con frecuencia, comunicación entre compañeros.

- Condón masculino de latex: Es seguro para casi todo el mundo, salvo para las poquísimas personas que son alérgicas al látex. El condón masculino de látex está disponible ampliamente en casi todo el mundo, pero debe ser accesible en el momento del coito.

Se ha demostrado que el condón masculino de látex es el único método anticonceptivo que protege contra la transmisión de casi todos los tipos de ITS. Esto incluye un alto grado de protección contra la infección por el VIH. Es posible que muchas mujeres tengan que negociar el uso del condón con sus compañeros, y para algunas de ellas esa negociación puede ser difícil o imposible. Los condones de látex se pueden dañar si se exponen a los lubricantes a base de aceite, el calor excesivo, la humedad o la luz.

- Condón femenino: Se ha elaborado un condón femenino en respuesta a la necesidad de más métodos iniciados por la mujer que protejan contra el embarazo y la transmisión de las ITS. El condón femenino, hecho de poliuretano, se puede usar sin peligro y no tiene efectos secundarios.

- Espermicidas: La mayoría de los espermicidas surten efecto al inactivar los espermatozoides. Cuando se usan solos, los espermicidas son notablemente menos eficaces que la mayoría de otros métodos modernos en la prevención del embarazo. Esto ocurre especialmente con el uso típico. Por consiguiente, los espermicidas solos no son una buena opción, a menos que no se disponga de otros métodos o que éstos sean inaceptables. No obstante, los espermicidas usados con otros métodos de barrera (como diafragmas o capuchones cervicouterinos) pueden aumentar la eficacia anticonceptiva de esos métodos.

**g) MELA y abstinencia periódica:** El método de amenorrea de la lactancia o MELA, es una opción anticonceptiva temporal para la mujer en el postparto. Para que el MELA sea eficaz, la mujer debe usarlo durante los primeros seis meses de postparto, estar amenorréica y estar amamantando plenamente o casi plenamente. Los estudios han demostrado que el MELA ofrece más del 98 por ciento de protección contra el embarazo siempre y cuando existan esas tres condiciones.

La abstinencia periódica es un método anticonceptivo que las parejas siempre tienen a su disposición y a diferencia de otros métodos, no cuesta nada.

- **Permanentes.**

**a) Oclusión tubaria bilateral:** La esterilización femenina voluntaria es el método de planificación familiar moderno que más se usa en el mundo. Consiste en cerrar y cortar o atar las trompas de Falopio para impedir que los óvulos se unan con los espermatozoides y sean fertilizados.

**b) Vasectomía:** procedimiento quirúrgico menor en el que los conductos deferentes, que son los tubos por donde pasan los espermatozoides desde los testículos hasta la uretra, se atan y se cortan para impedir que los espermatozoides se mezclen con el semen. El semen eyaculado que no contiene espermatozoides no puede fecundar el óvulo. Desde el punto de vista técnico, la vasectomía es más segura y sencilla de realizar que la esterilización femenina y se está utilizando cada vez más en muchos países en desarrollo.

**Puerperio:** período que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días. (17)

Se pueden reconocer tres periodos. –

- Puerperio inmediato, al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto\_(18)
- Puerperio mediato, al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto\_(18)
- Puerperio tardío, al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto\_(18)

**Atención puerperal:** Es el seguimiento que se le da a una mujer posterior a un evento obstétrico (fisiológico o quirúrgico), y constituye un momento oportuno para brindar orientación a las mujeres sobre el espaciamiento de los partos y la planificación familiar, así como el análisis de las opciones anticonceptivas y ofrecimiento de los métodos anticonceptivos.

La OMS recomienda que dicha atención debe brindarse durante el puerperio inmediato, si el evento obstétrico se dio dentro de una institución de salud y en caso de que haya sido en el hogar lo antes posible dentro del transcurso de 24 horas. Así también establece 4 momentos adicionales al tercer, séptimo y decimocuarto día y finalmente a la 6 semana posterior. (13)



## **DETERMINANTES EN SALUD**

La determinación en salud es el proceso por que se producen las diversas formas de enfermar o morir de la población. Los determinantes sociales de la salud, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades que padecen. A su vez, estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas. Los determinantes están relacionados con aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. (19) Los determinantes en salud pueden ser positivos o negativos en función de si favorecen o perjudican el acceso a la salud, en este sentido un mismo determinante puede ser modificable logrando inclinarse hacia uno u otro lado de la balanza, en cuestión de planificación familiar se han establecido o identificado diversos factores sociodemográficos como determinantes de aceptación o rechazo del uso de métodos de planificación familiar , entre ellos destacan el nivel de conocimiento de métodos de planificación familiar, el estado civil, la escolaridad, y la religión entre otros, el conocer estos determinantes, así como la importancia de cada uno en cada población específica favorece el desarrollo e implementación de estrategias para lograr modificar o impactar de manera positiva a través de estos determinantes para la promoción a la salud en materia de planificación familiar. (20) (4) (11) (19)

### **III. JUSTIFICACIÓN.**

En 2014 la Organización mundial de la salud publicó el documento “estrategias para la programación de la planificación familiar después del parto” con dos objetivos principales, el primero de ellos respaldar la declaración de acción colectiva para la planificación familiar posparto y a su vez servir como recurso al diseñar intervenciones con el fin de integrar la planificación familiar postparto en estrategias nacionales y subnacionales. En este documento se recalca la importancia de que todos los programas dirigidos a mujeres durante el primer año después del parto integren servicios de planificación familiar posparto y orientación adecuada en la materia. Además, dichos programas idealmente deberán privilegiar a las mujeres en periodo de puerperio ya que de acuerdo con múltiples estudios son el grupo con mayor cantidad de necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. Los programas de planificación familiar posparto se encuentran ampliamente respaldados por estudios internacionales que han demostrado sus beneficios al relacionarse con disminución mundial de muertes maternas desde un 7 hasta un 35% de acuerdo con el número de hijos nacidos, así mismo se refleja beneficio al disminuir la tasa de mortalidad infantil en 10% al lograr espaciamiento entre gestaciones de al menos 24 meses. (13) En el contexto Nacional en 2002 la secretaria de salud pública el manual Anticoncepción

posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto, reconociendo los alcances posibles de la planificación familiar postevento obstétrico, pero también reconociendo las áreas de oportunidad para la mejora de programas en este contexto y mejorar la cobertura. (21) A su vez en 2012 en el programa de acción específica en materia de planificación familiar se establece la planificación familiar postevento obstétrico como uno de los indicadores a evaluar, poniendo como meta alcanzar una cobertura de planificación familiar de, 67% en 2014, 67.5% en 2015, 68% en 2016, 69% en 2017 y 70% para 2018 a nivel sectorial e institucional. (3) A su vez el Instituto Mexicano del Seguro Social a través de su página oficial en el apartado indicadores de planificación familiar, presentando los reportes anuales en esta materia y al analizar particularmente el indicador de cobertura de protección anticonceptiva postparto y postcesarea se muestra una tendencia decreciente en la misma reportándose datos por arriba de la meta en años previos con un máximo de 84.1% de cobertura en 2012 y una tendencia a la baja con, 72.3% en 2017, 77.5% en 2018, y 67.3% en 2019. (22). Al observar toda la información existente podemos decir que la planificación familiar y su aplicación en el puerperio representa una gran área de oportunidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir tasas de mortalidad materna e infantil, disminuir complicaciones obstétricas, y a su vez con esto disminuir costos en materia de salud. Sin embargo a pesar de los esfuerzos hechos hasta el momento se presenta un estancamiento y en ocasiones descenso en la prevalencia de las coberturas de planificación familiar, en este sentido es importante brindar orientación oportuna veraz y amplia sobre métodos de planificación en etapas críticas como el puerperio.

#### **IV. LANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Instituto Mexicano del Seguro Social a través de su página oficial en el apartado de información en salud; publica indicadores los planificación familiar, presentando los reportes anuales en esta materia y al analizar particularmente el indicador de cobertura de protección anticonceptiva postparto y postcesárea se muestra una tendencia decreciente en la misma reportándose datos por arriba de la meta en años previos con un máximo de 84.1% de cobertura en 2012 y una tendencia a la baja con 79.5% en 2015, 78.2% en 2016, 72.3% en 2017, 77.5% en 2018, y 67.3% en 2019. (20). Lo anterior pone de manifiesto que contrario a los acuerdos y metas internacionales la planificación familiar sigue siendo un tópico con múltiples áreas de oportunidad, siendo aún más evidente cuando se dirige la atención al periodo puerperal. Por lo que es de suma importancia mejorar nuestro conocimiento de nuestra población, así como de los factores que pueden influir en ella para la toma de decisiones en materia de planificación familiar y de este modo poder reorientar y mejorar los programas específicos.

## **V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuáles son los factores que determinan el rechazo de métodos de planificación familiar en las mujeres en periodo de puerperio mediano y tardío adscritas a la unidad de medicina familiar número 58?

## **VI. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Analizar las principales causas de rechazo de métodos de planificación familiar de mujeres en periodo de puerperio mediano y tardío de la población adscrita a la unidad de medicina familiar número 58.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

Identificar si existe una relación entre el rechazo y las características sociodemográficas de la muestra.

Identificar si existe una relación entre el rechazo y la etapa del puerperio en el que se encuentran las encuestadas.

Identificar si existe relación del rechazo con el número de gestas de cada participante.

Identificar si existe relación entre el rechazo y el grado de conocimiento de métodos de planificación familiar.

## **VII. HIPOTESIS DE TRABAJO.**

Las principales causas de rechazo de serán falta de conocimiento o haber recibido información negativa respecto a métodos de planificación familiar.

## **VIII. MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **Tipo de estudio:**

El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y transversal

### **Lugar de estudio:**

La investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar 58 “Las Margaritas”, ubicado en Periférico BLVD Manuel Ávila Camacho s/n.

**Universo de estudio:**

La población o universo de estudio fue constituido por mujeres en periodo de puerperio mediato y tardío atendidas en consulta de medicina familiar de la UMF 58.

De acuerdo al censo de embarazadas de la UMF 58 para el periodo comprendido entre Enero - Marzo 2021 (intervalo de tiempo en el que se aplicaron las encuestas) y de acuerdo a la fecha probable de parto hubieron 106 mujeres en periodo de puerperio mediato o tardío las cuales constituyen el total de la muestra.

**Instrumento de investigación:**

Para la recolección de información se utilizó un cuestionario tipo encuesta que incluye datos sociodemográficos, antecedentes gineco obstétricos, conocimiento de métodos de planificación familiar y causas de rechazo.

**Criterios de inclusión:**

Pacientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar número 58 en periodo de puerperio mediato o tardío que hayan rechazado uso de algún método de planificación familiar.

**Criterios de exclusión:**

Pacientes con contraindicaciones absolutas para uso de método de planificación familiar.

**Criterios de eliminación:**

Pacientes que no completen el cuestionario.

**Descripción del estudio:**

Se seleccionó el tema y la pregunta de investigación con base en la trascendencia y significancia científica para posteriormente realizar la recopilación de antecedentes científicos sobre el tema en el contexto internacional y nacional, una vez evaluada la información se procedió a la realización estructural del protocolo para su posterior valoración por el investigador principal quien al dar su visto bueno se encargó de anexar el trabajo a la plataforma SIRELCIS para su valoración y aprobación por los diferentes comités ,posterior a su autorización por el CLIS 1503 y el CEI 1503-8 se procedió a la aplicación del consentimiento informado y el instrumento.

Para la aplicación de los instrumentos se buscó el apoyo y la aprobación de espacios y tiempos de las jefaturas de la unidad de medicina familiar para buscar pacientes en las salas de espera o en su caso en los consultorios de medicina familiar, una vez

identificados pacientes potenciales se valoró la presencia de los criterios de inclusión y/o exclusión, así mismo se dieron a conocer los objetivos del estudio y se solicitó la participación del paciente la cual fue aceptada a través del formato de consentimiento informado ; posteriormente se procedió a entregar a la paciente el formatos impreso del instrumento a utilizar, se dieron las instrucciones de llenado y se recabaron al haber sido requisitados, se proporcionó información oportuna sobre planificación familiar y métodos disponibles, al contar con el total de muestra requerida se procedió al análisis de datos para valorar los principales motivos de rechazo de métodos de planificación familiar de la población de la UMF 58.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuantitativas/Cualitativas

VARIABLE	DIFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPRERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona expresado en años.	Años de vida que tiene la paciente puérpera al momento de ser encuestada.	Cuantitativa discreta	Años
<b>Estado civil</b>	Relación en la que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de la misma, que le otorga derechos, deberes y obligaciones civiles.	Situación civil de la paciente puérpera al momento de ser encuestada.	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Viuda Unión libre Divorciada.
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Años escolares cursados y aprobados por la encuestada.	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado

<b>Religión</b>	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	Religión que profese la paciente puerpera al momento de ser encuestada.	Cualitativa nominal	Catolicismo Cristianismo Judaísmo Testigo de Jehová Mormon Pentecostal Evangelista Budismo Agnosticismo
<b>Ocupación</b>	Referente al trabajo asalariado al servicio de un empleador.	Trabajo remunerado o no que la paciente puerpera realice dentro o fuera de su hogar.	Cualitativa nominal	Actividad laboral que refiera la paciente
<b>Numero de gestas</b>	Cantidad de embarazos de una mujer independientemente de la resolución de los mismo.	Cantidad de veces que la encuestada se ha embarazado hasta el momento de la aplicación del cuestionario.	Cuantitativa Discreta	Número de embarazos
<b>Embarazo no planeado</b>	Gravidez no planificada e inesperada, que ocurre en momentos inoportunos, desfavorables o contra el deseo de la reproducción.	Embarazo que se produce sin deseo o la planificación previa.	Cualitativa Dicotómica	Si No
<b>Puerperio mediato</b>	Período de tiempo que se contempla desde las 25 horas hasta el séptimo día posteriores al parto	Etapas que se comprenden del 2º al 7º días postparto.	Cualitativa Dicotómica	Si No

<b>Puerperio tardío</b>	Período de tiempo que se contempla desde el octavo hasta el 42vo día posteriores al parto.	Etapa que se comprende del 8º al 42º días postparto.	Cualitativa Dicotómica	Si No
<b>Consejería en planificación familiar</b>	Actividad que brinda a quien lo solicite información sobre los métodos anticonceptivos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva.	Acción que tiene como objetivo informar oportuna y claramente sobre los métodos anticonceptivos, así como derechos y obligaciones en territorio de la salud reproductiva <sup>1</sup> .	Cualitativa Dicotómica	Si No
<b>Grado de conocimiento</b>	En el conocimiento se establece una relación entre plano subjetivo y objetivo y dependiendo de la combinación hay tres niveles: opinión, creencia y saber.	Perspectiva subjetiva de la paciente encuestada con respecto a su grado de conocimiento sobre los métodos de anticoncepción.	Cualitativa nominal	Suficiente Insuficiente

**Edad:** Se entiende como el tiempo que ha vivido una persona expresado en años, para su aplicación en esta investigación lo definiremos como los años de vida que tiene la paciente púérpera al momento de ser encuestada. Se clasifica como una variable cuantitativa discreta y su indicador serán los años.

**Estado civil:** Relación en la que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de la misma, que le otorga derechos, deberes y obligaciones civiles. Para efectos de la presente investigación se le entenderá como Situación civil de la paciente púérpera al momento de ser encuestada. Se clasificará como una variable cualitativa nominal.

**Escolaridad:** Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Operacionalmente lo entenderemos como los años escolares cursados y aprobados por la encuestada. Se clasifica como una variable cualitativa ordinal.

Religión: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. Para efectos de esta investigación se entenderá como la Religión que profese la paciente púérpera al momento de ser encuestada. Se clasifica como una variable cualitativa nominal.

Ocupación: Referente al trabajo asalariado al servicio de un empleador, específicamente para esta investigación se entenderá como el trabajo remunerado o no que la paciente púérpera realice dentro o fuera de su hogar. Se clasifica como una variable cualitativa nominal.

Número de gestas: Cantidad de embarazos de una mujer independientemente de la resolución de los mismo. Para su aplicación en esta investigación se le definirá como la Cantidad de veces que la encuestada se ha embarazado hasta el momento de la aplicación del cuestionario. Se le clasificara como una variable cuantitativa discreta.

Embarazo no planeado: Gravidéz no planificada e inesperada, que ocurre en momentos inoportunos, desfavorables o contra el deseo de la reproducción, para efectos de esta investigación se entenderá como un embarazo que se produce sin deseo o la planificación previa.

Puerperio mediato: Período de tiempo que se contempla desde las 25 horas hasta el séptimo día posteriores al parto. Se le clasifica como una variable cualitativa dicotómica.

Puerperio tardío: Período de tiempo que se contempla desde el octavo hasta el 42vo día posteriores al parto. Se clasifica como una variable cualitativa dicotómica.

Consejería en planificación familiar: Actividad que brinda a quien lo solicite información sobre los métodos anticonceptivos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, en lo que respecta a esta investigación se agrega que debe tener como objetivo informar oportuna y claramente sobre los métodos anticonceptivos, así como derechos y obligaciones en territorio de la salud reproductiva. Se clasifica como una variable cualitativa dicotómica.

Grado de conocimiento: En el conocimiento se establece una relación entre plano subjetivo y objetivo y dependiendo de la combinación hay tres niveles: opinión, creencia y saber, para su aplicación específica de esta investigación se entenderá como la Perspectiva subjetiva de la paciente encuestada con respecto a su grado de conocimiento sobre los métodos de anticoncepción. Se clasifica como una variable cualitativa nominal.



## **IX. ASPECTOS ÉTICOS**

La ética en investigación promueve la observancia de los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, equidad, integridad científica, y responsabilidad en el proceso de investigación, para asegurar la protección de las personas en su integridad y derechos, contribuyendo así mismo al bienestar individual y social. El presente trabajo de investigación se realizó siempre en apego a la normativa en materia de ética a nivel internacional y nacional vigente, así mismo fue sometido a la evaluación y aceptación por el comité de ética en investigación y hasta ser aceptado se inició su realización. Dentro de la normativa en esta materia se tomó en cuenta lo declarado en la Ley general de salud, la declaración de Helsinki y el informe Belmont que establecen:

### **REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN (23)**

ARTICULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

- ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran.
- ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.
- ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

#### **DECLARACIÓN DE HELSINKI (24)**

Se promulgo por la asociación médica mundial como cuerpo de principios éticos que deben guiar toda experimentación en humanos y que establece en sus principios generales:

1. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula «velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente», y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: «El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica».
2. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
4. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas

continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

5. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

6. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

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

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

9. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

10. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

11. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

12. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el

médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

13. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

### **INFORME BELMONT (25)**

La investigación se fundamentará bióticamente con el informe de Belmont, pues este hace mención sobre los límites entre la práctica e investigación, tomando en cuenta los principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia, que guiarán la secuencia de la investigación.

Su aplicación consiste en tres principios éticos:

A) Límites entre práctica e investigación

B) Principios éticos básicos.

1. Respeto por las personas.
2. Beneficencia.
3. Justicia.

C) Aplicaciones.

1. Consentimiento informado.
2. Valoración de riesgos y beneficios.
3. Selección de sujetos.

### **PRINCIPIOS ETICOS BÁSICOS.**

Son los conceptos generales para la evaluación de las acciones humanas. Los tres principios de investigación que incluye a los sujetos humanos son:

#### **1. RESPETO A LAS PERSONAS.**

- Los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos. (Persona autónoma es el que reflexiona antes de tomar una decisión).

- Tienen derecho a ser protegidos.

Respetar las opiniones, no rechazar las decisiones de esa persona, no todos los seres humanos son capaces de tomar decisiones propias algunos pierden esta capacidad por alguna enfermedad o incapacidad mental, esto limita su decisión estas personas pueden requerir protección mientras entes incapacitadas.

- Otros pueden requerir protección completa a causa de actividades que puedan lastimarlos, deben estar seguros que las actividades pueden causar efectos adversos, estar por su propia voluntad, que pueden estar sujetos a riesgos con daño o con beneficio.
- La investigación es más frecuente en humanos los sujetos que participen deben de ser voluntarios con toda la información completa y adecuada. <sup>(11)</sup>

## 2. BENEFICENCIA.

- No solo se va a proteger las decisiones del individuo si no también se busca su beneficio “beneficencia” (acto de bondad o caridad) aumentar el beneficio sin hacer el daño posible, “no hacer el daño” principio fundamental de la ética médica.
- El juramento Hipocrático los médicos deben en beneficio de sus pacientes “de acuerdo con su conocimiento”. Cuando se busca tener beneficios a pesar de la causa de los riesgos.
- Los investigadores esta obligados tanto en las investigaciones particulares, como en instituciones de investigación a dar a conocer en su proyecto a tener planes sobre los beneficios y la reducción de riesgos a corto o largo plazo que puedan ocurrir en su investigación en los nuevos procedimientos médicos, psicoterapéuticos y sociales.
- El principio de beneficencia tiene función bien definida y justificada en muchas ares de investigación, que incluyan sujetos humanos aun cuando el sujeto no sea beneficiario directo como para tratar enfermedades infantiles y favorecer un desarrollo saludable.
- Evitar el daño con la aplicación de prácticas cuando acepta a una investigación donde puede poner en riesgo su vida. Aún hay problema de

investigación que presenta riesgo sin información específica de beneficio directo en los participantes.

### 3. JUSTICIA.

- Justicia “es la distribución” o “lo que se merece” persona que tiene derecho, imponerse a una responsabilidad.
- Deben tratarse con igualdad, la experiencia contribuye para un trato con propósitos diferentes. A cada persona se le dará participación de manera igual sin considerar su valor de cada persona.
- Justicia se ha asociado como castigos impuestos en representación política. Estas cuestiones se han asociado con la investigación científica que incluyen sujetos humanos, anteriormente la investigación se realizaba en pacientes pobres y los beneficios eran para los pacientes con buen estado económico, la investigación en prisioneros era injusta y forzada como en el campo de concentración Nazi, en 1940 el estudio sobre Sífilis de Tuskegee uso campesinos negros para alcanzar su proyecto de investigación a estos los dejaron sin tratamiento para confirmar su investigación posteriormente el tratamiento se proporcionó a la población.
- Los conceptos de justicia con la investigación que incluyen sujetos humanos deben ser seleccionadas de acuerdo a su disposición que estén comprometidos para su manipulación en lugar de ser seleccionadas en relación al problema de estudio con resultado por instituciones públicas con desarrollo de aparatos y procedimientos que los beneficios no solo sean para quien pueda pagar.

### APLICACIONES.

#### 1. CONSENTIMIENTO CONSCIENTE.

La persona sea capaz de elegir lo que sucederá analizando y comprendiendo con tres elementos.

**INFORMACIÓN:** Proporcionar suficiente información a los sujetos incluyendo los propósitos de investigación, riesgos beneficios, procedimientos, que el sujeto aclare sus dudas y este se pueda retirar de la investigación en cualquier momento.

El responsable de la investigación debe proporcionar la información específica que involucre la práctica médica, la información debe ser razonable, con amplitud dirigida al tipo de persona para considerar los riesgos a un tratamiento necesario para confirmar si realmente desea participar en la investigación sabiendo beneficios directos y riesgos con la voluntad de su participación para los logros de objetivos y resultados de la investigación.

**COMPRENSIÓN:** La responsabilidad del investigador es comunicar la información adaptarla a las capacidades del sujeto para que comprenda la información sobre los riesgos que sean comprendidos completa y adecuadamente es necesario hacer una prueba de comprensión ya sea oral o escrita, cuando el riesgo sea más serio mayor es la responsabilidad de la información con la comprensión de esta.

El respeto a las personas dará a elegir hasta la medida que sean capaz de participar en la investigación (los bebés, los niños menores, pacientes incapacitados mentalmente, los desahuciados y los comatosos) el permiso sea por otra persona esta debe entender la situación en las mejores condiciones para proteger contra el daño y decidir si en algún momento retirar al sujeto de investigación.

**CALIDAD DE VOLUNTARIADO:** Debe ser voluntariamente sin que alguien los obligue en una investigación con un consentimiento, sin que tenga recompensa o proposición para obtener el consentimiento, no influenciar al sujeto vulnerable o manipularlo.

## 2. EVALUACIÓN DE RIESGOS Y BENEFICIOS.

Datos para obtener beneficios que buscan la investigación este determinara los riesgos que presentarán los sujetos para ayudar a determinar si desean participar esta es relacionada con el principio de beneficencia, cuando se otorga el consentimiento consciente se deriva el principio de respeto a la persona.

LA EVALUACION SISTEMÁTICA DE RIESGOS Y BENEFICIOS: La investigación debe de ser con sus beneficios y riesgos en proporción favorable, con la probabilidad de daño o beneficio, la evaluación sea precisa entre miembros del comité de inspección para que la investigación sea razonable de acuerdo a hechos.

### 3. SELECCIÓN DE SUJETOS.

La investigación no debe ofrecer beneficios solo a algunos pacientes o solo seleccionar a personas “indeseables”, para investigaciones que implican riesgos.

Los investigadores trataran adecuadamente sin prejuicios sociales establecidos en la sociedad con responsabilidad y beneficios de la investigación se debe invitar que acepten riesgos para tratamiento médico por un grupo para elegir sujetos de investigación.

#### **Contribuciones y beneficios del estudio:**

- Se brindó educación respecto a los métodos de planificación familiar.
- En caso de aquellos pacientes que deseen el uso o aplicación de algún método de planificación familiar se solicitó a la autoridad vigente autorización para su referencia al área correspondiente de la unidad de medicina familiar.
- La información final procesada se entregó a los directivos de la unidad (con apego a la normativa institucional y nacional de confidencialidad vigente)
- Los resultados del estudio brindaron información relevante sobre la población local e incrementó el conocimiento científico sobre el tema de investigación.

#### **Balance riesgo-beneficio:**

Esta investigación tomando en cuenta lo estipulado en el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación se consideró de riesgo mínimo ya que no se realizaron procedimientos invasivos ni peligrosos en los participantes, asegurándonos siempre de no exponer a riesgos ni daños innecesarios en ningún momento a las



participantes. Los datos por evaluar fueron enteramente recabados a través de pruebas escritas.

Durante la aplicación de las pruebas se orientó a brindar información oportuna sobre la utilidad e importancia de la planificación familiar en el contexto socioeconómico actual y en relación con la disminución de riesgo obstétrico con el espaciamiento de las gestaciones.

Se aportó conocimiento científico sobre el tema de investigación.

Por los puntos previamente mencionados se concluyó que la balanza se inclinó hacia el beneficio.

### **Garantía de confidencialidad de la información:**

- Las encuestas no recabaron información que permitiera la identificación de los participantes (ej. teléfono, dirección, número de seguridad social, etcétera).
- En caso de que el participante lo solicitara se realizó una hoja de referencia al servicio de Planificación familiar, cuyos datos recabados fueron utilizados únicamente para este fin.
- Toda la información obtenida fue confidencial y estará resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos serán protegidas con claves de acceso. Solo el equipo de investigación (investigador principal y tesista) tendrá acceso a dichas claves.

Conservado los principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales establecidos esto en el código de Nuremberg 1947.

### **Proceso de obtención de consentimiento informado:**

1. En un área adecuada se explicó de manera individual a cada paciente candidato a inclusión en el estudio datos precisos sobre el estudio, además se expusieron los objetivos de esta investigación y el impacto positivo que puede tener esta para el participante, para la institución y para investigación médica en general.
2. Se explicó el proceso de obtención de datos.
3. Se explicó la protección de sus datos
4. Se hizo énfasis en que la participación es voluntaria, así como en su capacidad retirarse del estudio en cualquier momento sin ningún tipo de repercusión.
5. Se respondieron todas las dudas que la participante expreso.

6. Se solicitó la firma de puño y letra del documento siendo el encargado de recabarla el médico residente Víctor Josue Hernandez Garcia

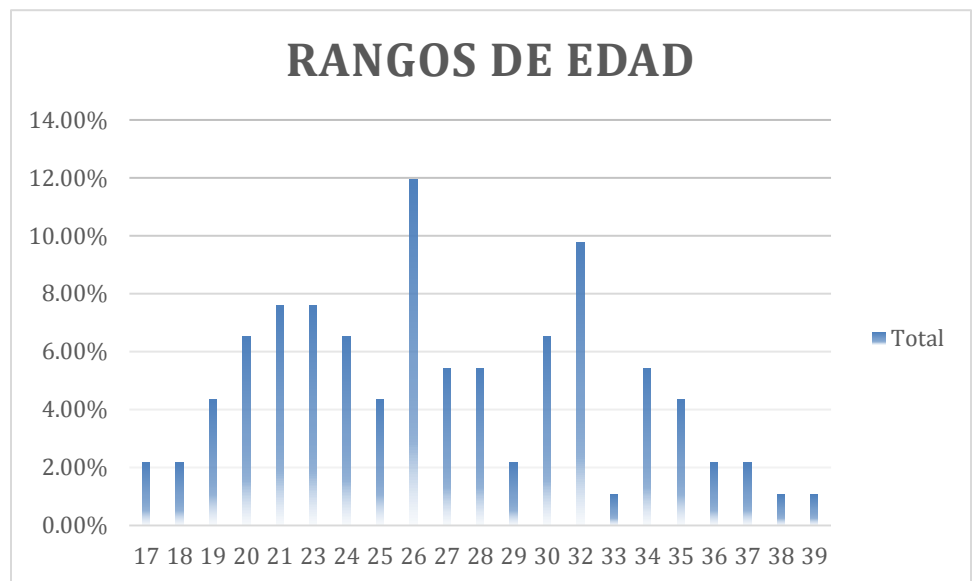
### Selección de participantes:

1. Se buscaron participantes que cumplieran con los criterios de inclusión que se han descrito.
2. La selección se realizó de manera justa y objetiva apelando siempre al principio de no discriminación por condiciones físicas, sociales, políticas, religiosas, género, preferencias sexuales, ni por ningún otro motivo.

## X. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio la muestra fue de 94 participantes, mimas que estaban adscritas al servicio médico de la UMF # 58 y que cumplieron con los criterios de inclusión antes mencionados. El promedio de edad fue de 28 años y los porcentajes mayores se presentaron en la edad de 26 años con 11.96 % seguido del grupo de 32 años con un 9.78%

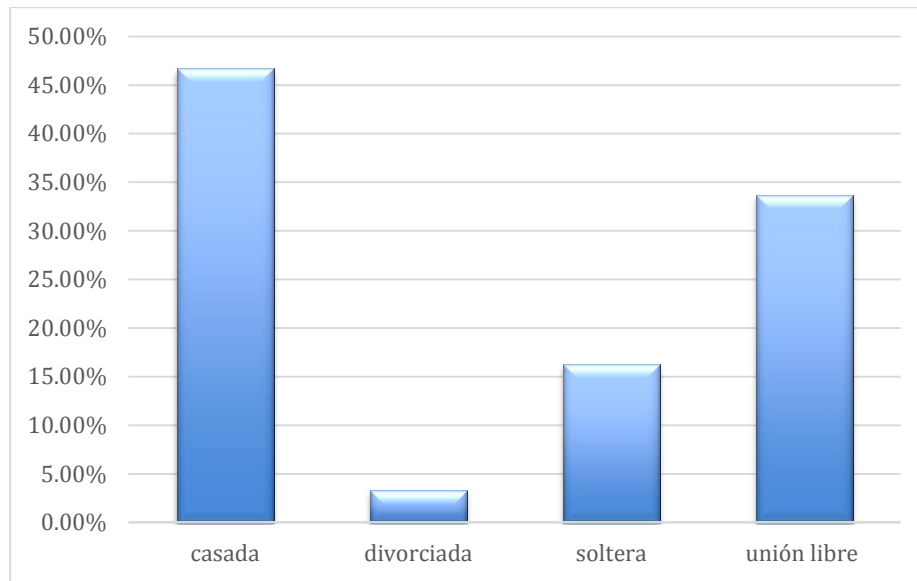
Edad	Porcentaje
17	2.17%
18	2.17%
19	4.35%
20	6.52%
21	7.61%
23	7.61%
24	6.52%
25	4.35%
26	11.96%
27	5.43%
28	5.43%
29	2.17%
30	6.52%
32	9.78%
33	1.09%
34	5.43%
35	4.35%
36	2.17%
37	2.17%
38	1.09%
39	1.09%
<b>Total general</b>	<b>100.00%</b>



Gráfica 1. Distribución porcentual de los rangos de edad de la muestra estudiada

Tabla 1. Rangos de edad de la muestra estudiada

**Estado civil.** Con respecto a este rubro el grupo que tuvo mayor representación fue el de aquellas pacientes que se encontraban casadas con un 46.74%, seguido del grupo que se encontraba en unión libre con 33.7%, los de menos representación son los de las pacientes que se identifican como solteras (16.3%) y divorciadas (3.26%).



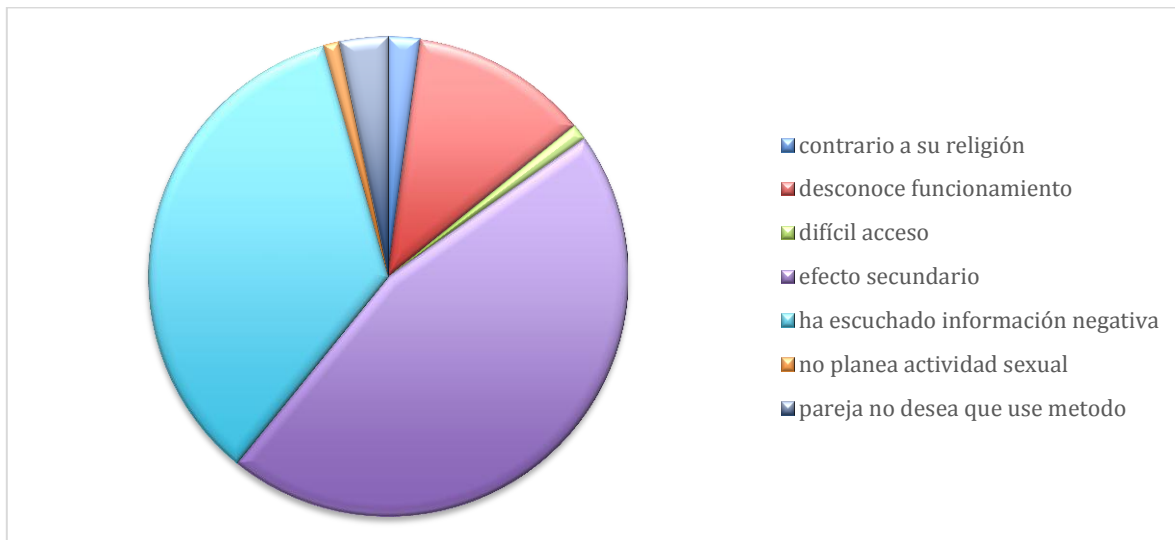
Gráfica 2. Distribución porcentual del estado civil de las pacientes encuestadas.

**Grado de escolaridad.** Una vez analizados los datos correspondientes a este rubro se evidencia que nuestra muestra presenta una mayor cantidad de pacientes con estudios medios superiores 43% lo que contrasta evidentemente con el grupo de posgrado mismo que representó solo el 1.09%.



Gráfica 3. Distribución porcentual del grado de escolaridad de las pacientes encuestadas.

**Causa principal de rechazo.** Una vez que se analizaron las cifras obtenidas se evidencia que el temor a la existencia de un efecto secundario representa la principal causa de rechazo de un método de planificación familiar, y eso se observa al ver que dicha causa obtuvo un 45.65% , enseguida encontramos al grupo haber escuchado una información negativa con 34.78%, posteriormente podemos observar al desconocimiento del funcionamiento con un 11.96%, con los porcentajes mínimos observamos a que la pareja no desea el uso con 3.26%, contrario a su religión con 2.17% y finalmente difícil acceso y no planea actividad sexual con 1.09%.



Gráfica 4. Distribución porcentual de las causas principales de rechazo de métodos de planificación familiar.

### XIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En comparativa a lo descrito por Cano-Collado en su estudio realizado en Teapa Tabasco publicado en 2018 el rechazo de los métodos de planificación familiar resalta la estrecha similitud de resultados en general si bien su estudio se centra en todas las mujeres en edad fértil y el presente en mujeres en periodo de puerperio las causas de rechazo mas frecuentes son aquellas relacionadas con mala información , desconocimiento y temor basado en dicha información, en su estudio las tres principales causas de rechazo de métodos de planificación familiar fueron temor a efectos secundarios(28.7%), mitos y rumores (21.8%) y desconocimiento de los métodos de planificación familiar (19.5%), y en nuestro estudio los resultados muestran que hasta un 45.65 % de nuestra población rechaza uso de método por los efectos secundarios, 34.78 por

haber escuchado o recibido información negativa sobre los métodos y 11.96% por desconocer el funcionamiento de los mismos.

El rechazo de métodos de planificación familiar en mujeres en periodo de puerperio mediato y tardío constituye un problema de salud pública, es una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo y su pareja.

Los proveedores de planificación familiar han considerado al posparto como una oportunidad para la promoción e inicio de la anticoncepción. El puerperio es propicio para la utilización de métodos anticonceptivos, pues en la cercanía del evento obstétrico la paciente está sensibilizada y es más receptiva que en otras circunstancias. Se ha propuesto la conveniencia de iniciar los métodos anticonceptivos antes de que ocurra la primera ovulación después del evento obstétrico, en virtud de su eficacia e inocuidad.

El nivel escolar influye proporcionalmente en el nivel de conocimiento de la enfermedad, ya que se obtiene cierto aprendizaje con los años de evolución del padecimiento. Con el análisis de las variables relacionadas con el nivel de conocimientos, permite evidenciar la necesidad de reforzar los programas de instrucción en cuanto a métodos de planificación, como una herramienta esencial en el control de la natalidad.

#### **XIV. CONCLUSIONES**

De acuerdo con la hipótesis planteada se puede concluir que las pacientes de dicho estudio no están completamente convencidos de utilizar algún método de planificación familiar ya que la falta de conocimientos predomina como factor determinante , esto debido a los tabúes que la misma sociedad ha creado en torno al uso de los métodos de planificación, así como también se comprueba que las pacientes poseen información negativa respecto a los métodos anticonceptivos lo cual conduce a situaciones que puede predisponer a embarazos con periodo intergenesico corto , o embarazos con alto riesgo obstétrico entre otros, y así, predisponer a la aparición de complicaciones que pueden ser prevenibles. La no aceptación de los métodos de planificación familiar esta asociada a falta de educación y a creencias negativas hacia los mismos, siendo conductas que pudieran ser modificadas con una adecuada educación del paciente, de sus parejas y de los familiares.

## **XV. IMPACTO.**

El impacto de este estudio que se realizó en la unidad de medicina familiar número 58 del IMSS, radica en considerar que los Factores determinantes en el rechazo de métodos de planificación familiar en mujeres en periodo de puerperio mediano y tardío atendidas en la UMF 58 se producen debido a que conocen que los métodos de planificación familiar producen efectos secundarios, esto resultó como principal motivo de rechazo. La atención de pacientes en estado de puerperio deben atenderse de manera prioritaria y oportuna ya que al ser ya madres de familia son el núcleo vital familiar y su salud impacta de gran manera en la dinámica de cada una de sus familias , así como es prioritario combatir en la morbilidad materna que hoy en día es un problema de salud pública de mayor importancia.

## XVI. REFERENCIAS

1. SALUD SD. GOBIERNO DE MEXICO/SECRETARIA DE SALUD. [Online].; 2018 [cited 2020 11]. Available from: <https://www.gob.mx/salud/articulos/la-planificacion-familiar-es-un-derecho-humano>.
2. OMS. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. [Online].; 2020 [cited 2020 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
3. SALUD SD. PROGRAMA DE ACCION ESPECIFICO: Planificación Familiar y ANTICONCEPCION. PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD. SECRETARIA DE SALUD; 2020.
4. NATIONS U. FAMILY PLANNING AND THE 2030 AGENDA FOR SUSTAINABLE DEVELOPMENT. UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs; 2019.
5. POBLACION CND. Situación de la Salud Sexual y reproductiva, República aMexicana. MÉXICO: CONSEJO NACIONAL DE POBLACION; 2016.
6. Hembah-Hilekaan K, Ojabo AO, Onyemocho A, Onche PE, Maanongun MT, Hilary DO, et al. Trends in Contraceptive Choices among Women Attending the Family Planning Clinic in a Nigerian Tertiary Hospital in Makurdi, Nigeria. *Journal of Reproductive Health and Contraception*. 2018 Marzo; 3(2:11).
7. G C M, B A G, S Y O, Z A. Effect of Antenatal Couple Counselling on Postpartum Uptake of Contraception among Antenatal Clients and their Spouses attending Antenatal Clinic of a Northern Nigeria Tertiary Hospital: A Randomized Controlled Trial. *West Afr J Med*. 2020 Nov; 37(6).
8. Romero Gutierrez G, Soria Villanueva SO, Ponce de León AL. Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no. *ginecología y Obstetricia de México*. 2009 noviembre; 77(11).
9. Barrientos Guerrero L, de losReyes Cortéz E. Perfil de las usuarias de métodos de planificación familiar en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México. *Atencion Familiar*. 2014; 21(2).
10. Zaldivar Peña AK, Fernández Ortega MÁ, Ponce Rosas ER, Davila Mendoz R. Anticoncepción post evento obstétrico. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2020 julio; 36(3).
11. Castañeda Sánchez O, Castro Paz L, Lindoro López K. Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina

- Familiar en Sonora, México. Archivos en Medicina Familiar. 2008 Abril-Junio; 10(3).
12. SALUD SD. PROGRAMA DE ACCION: SALUD REPRODUCTIVA. PROGRAMA DE ACCION. MÉXICO: SECRETARIA DE SALUD; 2001.
  13. SALUD OMDL. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. SUIZA: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD; 2014.
  14. SALUD SD. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. NORMA OFICIAL MEXICANA. MÉXICO: GOBIERNO FEDERAL/SECRETARIA DE SALUD; 2004.
  15. SALUD SD. MANEJO DE ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES HORMONALES EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA , EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVELES DE ATENCION. GUIA DE PRACTICA CLINICA. MÉXICO: SECRETARIA DE SALUD, CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL; 2014.
  16. SALUD SD. Introducción a los metodos anticonceptivos: Información General. MÉXICO: SECRETARIA DE SALUD, Direccion General de Salud Reproductiva; 2002.
  17. SALUD SD. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. GUIA DE PRACTICA CLINICA. México: Secretaria de Salud, Consejo de salubridad General; 2014.
  18. SALUD SD. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016 PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA. NORMA OFICIAL MEXICANA. MÉXICO: GOBIERNO FEDERAL/SECRETARIA DE SALUD; 2016.
  19. N AA. Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud publica. salud jalisco. 2014 enero; 1.
  20. Gomez MO. determinantes del uso de metodos de planificacion familiar salud ind, editor. bogota; 1993.
  21. SALUD SD. Anticoncepción postparto, transcesárea, postcesárea y posaborto. MÉXICO: SECRETARIA DE SALUD; 2002.
  22. SOCIAL IMDS. <http://datos.imss.gob.mx/>. [Online].; 2019 [cited 2020 NOVIEMBRE. Available from: <http://datos.imss.gob.mx/dataset/informacion-en-salud/resource/9d5650cf-bb1e-49c9-b531-823505d1923f#currentView:!graph>].
  23. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigacion para la salud. texto vigente, ultima reforma publicada DOF 02-04-201. méxico: nuevo relamento publicado en el diario oficial de la federacion; 6 de enero de 1987.



24. DECLARACION DE HELSINKI. FINLANDIA 1964, ENMIENDAS ITALIA 1983 HONG KONG 1989:  
ASAMBLEA MEDICA MUNDIAL.

25. INFORME BELMONT. ESTADOS UNIDOS;, COMISION NACIONAL PARA LA PROTECCION DE LOS  
SUJETOS HUMANOS DE IINVESTIGACION BIOMEDICA Y DEL COMPORTAMIENTO; 1979.

## XVII. ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA**  
**FAMILIAR # 58**

**Anexo X. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

**FACTORES DETERMINANTES DE RECHAZO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES EN PERIODO DE PUERPERIO  
ATENDIDAS EN LA UMF 58**

Investigador Principal	Dra. Wendy Miranda Cruz
Investigador Asociado	Dr. Isaac Gilberto Nava Cárdenas
Tesista	Dr. Víctor Josue Hernández García
Número de registro:	
Financiamiento (si Aplica)	NA
Lugar y fecha:	Tlalnepantla de Baz a 07 de diciembre del 2020. HGZ/UMF #58
Riesgo de la Investigación:	Estudio con riesgo mínimo
Propósito y justificación del estudio:	<p>El objetivo de este estudio es realizar una encuesta en donde se investigan factores sociodemográficos, antecedentes obstétricos, y datos relacionados con su conocimiento de los métodos anticonceptivos y factores relacionado a la no aceptación de los mismos. Y finalmente analizar la relación que existe entre ellos. Usted ha sido seleccionada por ser parte de las pacientes en periodo de puerperio adscritas a la UMF 58 .</p> <p>Al observar toda la información existente podemos decir que la planificación familiar y su aplicación en el puerperio representa una gran área de oportunidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir tasas de mortalidad materna e infantil, disminuir complicaciones obstétricas, y a su vez con esto disminuir costos en materia de salud. Sin embargo a pesar de los esfuerzos hechos hasta el momento se presenta un estancamiento y en ocasiones descenso en la prevalencia de las coberturas de planificación familiar, en este sentido es importante brindar orientación oportuna veraz y amplia sobre métodos de planificación en etapas críticas como el puerperio.</p>
Procedimientos:	Si usted decide participar ocurrirá lo siguiente: Se le realizarán unas preguntas sobre su edad, ocupación, religión, estado civil, número de embarazos, partos, cesáreas, abortos, planeación del embarazo y preguntas relacionadas con el conocimiento de los métodos de planificación familiar y factores relacionados con la no aceptación.
Posibles riesgos y molestias:	En este caso se realizará un ronda de preguntas y respuestas, algunas pueden llegar a ocasionar cierta incomodidad por ser personales. Sin embargo no se encuentra en ningún riesgo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted.</p> <p>Los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación.</p> <p>Se le brindará una orientación completa sobre los métodos de planificación familiar y se analizará cuáles son las mejores opciones de manera individual.</p> <p>Finalmente, el análisis de los resultados generales se dará a conocer a la institución (con estricto</p>

	<p>anonimato de los participantes) para se tenga un panorama sobre las áreas de oportunidad a trabajar de forma institucional y mejorar los servicios de planificación familiar para las derecho habientes</p>
<p>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento ( ensayos clínicos)</p>	<p>Se entregará una copia de la encuesta solo aquella que así lo solicite. De lo contrario no se entregará ningún documento.</p>
<p>Participación o retiro:</p>	<p>Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no tendrá ninguna repercusión en su atención médica ni de ninguna otra índole. Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco conlleva ninguna repercusión médica ni de ninguna otra índole.</p>
<p>Privacidad y confidencialidad:</p>	<p>La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:</p>	
<p>Investigador Responsable: Dra. Rocío Bautista de Anda</p>	<p>HGZ/UMF # 58 ubicado en Boulevard Manuel Ávila Camacho S/N, Colonia Las Margaritas, Tlalnepantla de Baz, Estado de México. Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 hrs, al teléfono 53 97 69 55 ext. 51315, o bien; puede acudir personalmente a la unidad.</p>
<p>Investigador asociado: Dr. Isaac Gilberto Nava Cárdenas</p>	<p>HGZ/UMF # 58 ubicado en Boulevard Manuel Ávila Camacho S/N, Colonia Las Margaritas, Tlalnepantla de Baz, Estado de México. Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 hrs, al teléfono 53 97 69 55 ext. 51315, o bien; puede acudir personalmente a la unidad.</p>
<p>Tesista: Dr. Victor Josue Hernández García</p>	<p>HGZ/UMF # 58 ubicado en Boulevard Manuel Ávila Camacho S/N, Colonia Las Margaritas, Tlalnepantla de Baz, Estado de México. Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 hrs, al teléfono 53 97 69 55 ext. 51315, o bien; puede acudir personalmente a la unidad.</p>
<p>En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 15038, Unidad de Medicina Familiar Número 58 del IMSS: Boulevard Manuel Ávila Camacho S/N, Colonia Las Margaritas, Tlalnepantla de Baz, Estado de México. Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 hrs, al teléfono 53 97 69 55 ext. 51315, o bien; puede acudir personalmente a la unidad.</p>	
<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Nombre, firma y fecha del participante</p>	
<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento</p>	
<p style="text-align: center;">Testigo 1</p> <p style="text-align: center;">Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria</p>	
<p style="text-align: center;">Testigo 2</p> <p style="text-align: center;">Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria</p>	
<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Nombre, relación y firma</p>	
<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Nombre, relación y firma</p>	

<b>Datos socio demográficos:</b>				
Estado civil:		Edad:	Religión:	
Escolaridad:		Ocupación:		
<b>Antecedentes obstétricos:</b>				
Gestas:		Partos:	Cesáreas:	Abortos:
Fecha de parto o cesárea:				
Puerperio mediato: <input type="checkbox"/>		Puerperio tardío: <input type="checkbox"/>		
¿Su embarazo fue planeado?			Si	No
¿Durante su embarazo recibió orientación por parte de su medico sobre métodos de planificaión familiar?			Si	No
Posterior a su último evento obstetrico. ¿Recibió orientación por parte de su médico sobre los métodos de planficación familiar?			Si	No
¿Sabe que son los métodos de planficaión familiar?			Si	No
¿Sabe cuales son los métodos de planficaión familiar temporales?			Si	No
¿Sabe cuales son los métodos de planficaión familiar permanentes?			Si	No
De las siguientes opciones, ¿Cuál considera que es, hasta el momento, su principal fuente de información sobre métodos de planificación familiar?				
Televisión <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>	Medico familiar <input type="checkbox"/>	Ginecobotetra <input type="checkbox"/>	
Enfermera o médico del modulo de planificación familiar: <input type="checkbox"/>	Medico particular <input type="checkbox"/>	Escuela <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
Considera que la información actual con la que cuenta respecto a los métodos de planficaión familiar es:			Suficiente	Insuficiente
¿Previamente a usado algún método de planificación familiar?			Si	No
En caso de que su respuesta se afirmativa, ¿Cuál es el que ha usado?:				
¿Desea tener más hijos?			Si	No
De las siguientes opciones. ¿Cuál considera como la principal causa para no aceptar el método anticonceptivo?				
Efectos secundarios	Costo	Contrario a su religión	Su pareja no desea que use algún método	Su familia no desea que use algún método
Desconoce como funciona	Difícil acceso	Ha escuchado información negativa	No planea tener vida sexual activa	Otro

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

	2020					2021							
	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
DELIMITACION Y REDACCION DEL PROTOCOLO	R	R											
ACTUALIZACION Y REVISION BIBLIOGRAFICA			R	R									
PRESENTACION ANTE CLIS Y CEI PARA SU ABROBACION					R								
CORRECCIONES Y REEVALUACION POR CLIS Y CEI						R	R						
RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES								R	R	R			
ANALISIS DE RESULTADOS, DISCUSION Y CONCLUSIONES											R		
PREPARACION DE MANUSCRITOS												R	R

**R: Realizado.**



GOBIERNO DE  
MÉXICO



DELEGACIÓN REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional  
Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud  
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en  
Salud

Tlalnepanitla, Estado de México a 04 de Diciembre del 2020.

Nombre de la Unidad: Hospital General de Zona No. 58

Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS)

**Asunto:** Carta de No inconveniente para la realización de Protocolo de Investigación

Por medio de la presente, me permito informar que **No existe inconveniente** alguno para que se realice el protocolo de investigación que a continuación se describe, una vez que haya sido evaluado y aprobado por el comité Local de Investigación en Salud y el comité de ética en Investigación que le correspondan.

**Título de la Investigación.**

**FACTORES DETERMINANTES DE RECHAZO DE METODOS DE PLANIFICACION  
FAMILIAR EN MUJERES EN PERIODO DE PUERPERIO MEDIATO Y TARDIO  
ATENDIDAS EN LA UMF 58**

**Investigador Principal.**

Dra. Wendy Miranda Cruz

**Investigador Asociado**

Dr. Isaac Gilberto Cárdenas Nava

**Investigación Vinculada a Tesis.**

Si

**Alumno (s):**

Dr. Hernandez Garcia Victor Josue

Residente de la especialidad en Medicina Familiar

Sin más por el momento, agradezco su atención y envío cordial Saludo

Atentamente

Dr(a). Gerardo Vargas Sánchez  
Director de la Unidad

Dirección de la Unidad



2019

EMILIANO ZAPATA



### **Carta de confidencialidad**

Estado de México a 05 de Enero 2022.

Manifiesto que, como **Investigador principal**, no tengo interés personal, laboral, profesional, familiar o de negocios que puedan afectar el desempeño independiente e imparcial en emitir una opinión en los protocolos de investigación que me designen.

Conste por el presente documento que Yo: **Dra. Wendy Miranda Cruz** en mi carácter Médico familiar que como consecuencia de la labor que desempeño en la **Unidad de medicina familiar Número 58**, participaré como **Investigador principal**, teniendo acceso a los protocolos de investigación que se realizan en el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de SIRELCIS con mi ID y contraseña personal e intransferible.

Me comprometo indefinidamente a:

- Mantener la reserva y confidencialidad de dicha información.
- No divulgar a terceras personas físicas o morales el contenido de la información.
- No usar la información directa o indirectamente en beneficio propio o de terceros, excepto para cumplir a cabalidad mis funciones relacionadas al cargo que desempeño.
- No revelar total ni parcialmente a ningún tercero la información obtenida como consecuencia directa o indirecta de las conversaciones a que hayan habido lugar.
- No enviar a terceros, archivos que contengan la información precisada del CEI o establecimiento a través de correo electrónico u otros medios a los que tenga acceso, sin la autorización respectiva.
- En general, guardar reserva y confidencialidad de los asuntos que lleguen a mi conocimiento con motivo del trabajo que desempeño y en específico a la información precisada.

En caso de incumplimiento de lo estipulado en el presente documento, me someto a las sanciones contenidas en Ley Federal de Responsabilidad de los Servidores Públicos, el Código de Conducta del Servidor Público del IMSS y las que de acuerdo a la falta apliquen.



**DRA. WENDY MIRANDA CRUZ**

Nombre completo y firma.