



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina y Psicología

División de Estudios de Posgrado e Investigación

“Efectividad de una intervención educativa en mujeres embarazadas para la adopción de Método de Planificación Familiar durante el puerperio, comparado con grupo control”.

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Aria Dannaé López Verdugo

ASESORES

Dr. Juan José Camacho Romo

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar en UMF No. 27.

Dra. Rosa María Meda Anaya

Jefa del servicio de Ginecología y Obstetricia del HGR No. 1

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos

Investigadora asociada del HGR No. 20.

José Gregorio García Zazueta

Investigador externo

Tijuana, Baja California.

TABLA DE CONTENIDO

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:	3
MARCO TEÓRICO.....	5
ANTECEDENTES	6
JUSTIFICACIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
OBJETIVOS.....	14
HIPÓTESIS DE TRABAJO	15
MATERIAL Y MÉTODOS	16
Grupo de Intervención:	17
Grupo Control:	21
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	25
ASPECTOS ÉTICOS.....	28
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	29
ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.....	30
RESULTADOS	31
GRUPO INTERVENCIÓN (n=28)	35
GRUPO CONTROL (n=28).....	46
DISCUSIÓN.....	59
LIMITANTES DEL ESTUDIO.....	60
FORTALEZAS DEL ESTUDIO	60
CONSIDERACIONES ÉTICAS	61
CONCLUSIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	66

TÍTULO:

“Efectividad de una intervención educativa en mujeres embarazadas para la adopción de Método de Planificación Familiar durante el puerperio, comparado con grupo control”.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Investigador principal

Aria Dannaé López Verdugo.

Adscrita a Sede de Residencia Unidad de Medicina Familiar No. 27

Matrícula: 98023820 Teléfono: (646) 193-4719 / (646) 154-09-43

Correo: dannaelopez@gmail.com

Asesores

Dr. Juan José Camacho Romo.

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar en UMF No. 27.

Matrícula: 5607485 Teléfono: (664) 6296385

Correo: juan.camacho@imss.gob.mx

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos.

Puesto: Investigador asociado.

Adscrita a Hospital General Regional No. 20.

Matrícula: 9920153 Teléfono: (664) 6296385

Correo: maria.anzaldo@imss.gob.mx

Dra. Rosa María Meda Anaya.

Jefa del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Regional No. 1.

Matrícula: 12117498 Teléfono: (664) 2048910

Correo: rosa.meda@imss.gob.mx

José Gregorio García Zazueta

Médico pasante de Servicio Social

Universidad Autónoma de Baja California

Correo electrónico: Gregorio.garcia31@uabc.edu.mx

Teléfono: (664) 36983

RESUMEN

Título: “Efectividad de una intervención educativa en mujeres embarazadas para la adopción de Método de Planificación Familiar durante el puerperio, comparado con grupo control”.

Investigadores: López-Verdugo AD, Camacho-Romo JJ, Anzaldo-Campos MC Meda-Anaya RM, García-Zazueta JG.

Antecedentes: La planificación familiar posparto (PFPP) es la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto. Las intervenciones podrían mejorar la experiencia de asesoramiento, que puede influir positivamente el uso de anticonceptivos.

Objetivo: Evaluar efectividad de una intervención educativa en mujeres embarazadas de la UMF No. 27 para la adopción de Método de Planificación Familiar durante el puerperio inmediato, comparado con grupo control.

Material y métodos: Previa autorización por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (CLIEIS) y del Director de la Unidad. Se realizó un estudio cuasi-experimental, longitudinal, prospectivo, muestreo de tipo no probabilístico, periodo de realización de junio a diciembre 2017, en Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27. Se incluyeron mujeres de 18-40 años, embarazadas, cursando el 3er trimestre. Previa firma de carta de consentimiento informado, se realizó una intervención educativa, sobre métodos de planificación familiar y seguimiento para valorar adopción de método anticonceptivo (MAC) durante el puerperio. Se tuvo un grupo comparativo. *Análisis Estadístico:* Se aplicó estadística descriptiva e inferencial; pruebas no paramétrica, con X^2 para análisis bivariado, prueba de U de Mann-Whitney para la comparación de grupos. Se empleó el programa estadístico SPSS versión 21.

Resultados: Se observó que el grupo intervención tuvo una adopción de MPF durante el puerperio de 85.7% (n=24), comparado con el grupo control 82.1% (n=23), sin embargo no presentó una diferencia estadísticamente significativa (p=0.187), por lo que vemos que la intervención educativa no fue efectiva.

Palabras clave: Anticonceptivos, Planificación Familiar, Educación, Primer Nivel atención, Puerperio.

MARCO TEÓRICO

Los Métodos Anticonceptivos (MAC) son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva en forma temporal o permanente. Los servicios de Planificación Familiar (PF) deben ofrecerse sistemáticamente, con especial interés en proporcionarse consejería durante el periodo prenatal y posparto.¹

La planificación familiar posparto (PFPP) se define como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto.²

A lo largo de la historia, las parejas han tratado de limitar el tamaño de su familia. Hasta el siglo XX, esto se logró en gran parte por la abstinencia, el coito infrecuente, los condones, el coitus interruptus, la lactancia materna y el aborto inducido. Los MAC modernos sólo han existido desde hace unos 100 años y la contracepción hormonal hace sólo 50.³

Los MAC pueden dividirse en hormonales (anticonceptivos orales [ACO], inyectables, implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos (DIU) liberadores de hormonas) y no hormonales, que incluyen los métodos de barrera (condones masculinos y femeninos, diafragmas, capuchones cervicouterinos y espermicidas), los DIU de cobre y la esterilización femenina y masculina. Otros métodos no hormonales son el método de amenorrea de la lactancia (MELA), la abstinencia periódica y el coito interrumpido.⁴

Los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME), presentan las recomendaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de la seguridad de los diversos MAC en relación con su uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas.⁵

ANTECEDENTES

A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2014. En África pasó de 23.6% a 27.64%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60.9% a un 61%, y en América Latina y el Caribe pasó de 66.7% a 67.0%. La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. En Asia, América Latina y el Caribe las necesidades insatisfechas representan un 10.9% y un 10.4%, respectivamente.⁶

Casi la mitad (49%) de todos los embarazos en los Estados Unidos cada año no son intencionales, y de éstos, alrededor del 43% termina en aborto. El uso consistente y correcto de los anticonceptivos elimina casi por completo el riesgo de un embarazo no deseado; sin embargo, la dificultad de uso, las preocupaciones sobre los efectos secundarios o efectos a largo plazo para la salud y las barreras al acceso pueden disuadir el uso.⁷

La adopción de un MAC posterior a un evento obstétrico sigue siendo un reto incumplido en la realidad del país (México). El 52% de las adolescentes, 44.2% de 20 a 29 años, 42.5% de 30 a 34 años, 39.2% de 35 años y mayores no adoptaron MAC posterior a su último parto o aborto.⁸

La Anticoncepción Postevento Obstétrico (APEO), durante el 2006, representó el 57.5% para las principales instituciones del Sistema Nacional de Salud, es decir solamente seis de cada diez mujeres optaron por un MAC posterior a su evento obstétrico.⁹

En Baja California, el uso de anticonceptivos se estimó en 74.1% en 1997 y en 78.9% en 2009. En 1997, el 40.4% de las usuarias adoptó el método en el posparto, y el 59.6%, lo hacía después de éste. En 2009 la relación se invierte, el

56.2% inició el uso del anticonceptivo en el posparto y el 43.8%, después. Con este escenario, la entidad presenta un nivel mayor de cobertura de inicio de la anticoncepción en el posparto que el promedio de los estados en situación intermedia favorable, de 58.2%, y también al registrado en el país, de 58.7%. En 2009, el 78.5% de las usuarias de OTB, el 64.7% de DIU y 13.3% de otros métodos, adoptaron el uso en el posparto.¹⁰

Se realizó un estudio descriptivo por Barber, realizado de 2003-2004 en 17 estados mexicanos, en mujeres de bajos recursos durante el postparto, en el cual se interrogó sobre los servicios prenatales recibidos, además del uso de anticonceptivos. Se encontró que el 47% de las mujeres utilizaban un MAC moderno. Además, quienes recibieron consejería sobre MAC durante los cuidados prenatales fueron más propensas a utilizar anticonceptivos (Odds Ratio: 2.2). La relación entre la consejería a mujeres durante la atención prenatal y el uso de anticonceptivos posterior, no ha sido evaluada.¹¹

Las mujeres durante el postparto forman una audiencia clave, la cual se encuentra receptiva al asesoramiento sobre MAC. Según un estudio realizado por Bhavya, et al., la razón principal de no adopción de MAC era la falta de conocimiento, seguido por cuestiones socioeconómicas y de género.¹²

En un estudio descriptivo, realizado en la Ciudad de México durante el 2010, se observó que la vinculación de las preferencias reproductivas y el uso de anticonceptivos se produjeron sólo después de criar a un niño por unos pocos años o después de experimentar un aborto.¹³

El asesoramiento apropiado es crítico para asegurar que los pacientes toman la mejor opción posible de MAC para sus condiciones específicas, y son compatibles con el uso continuo del método elegido. Los proveedores tienen la obligación de

informar a los pacientes acerca de los métodos más eficaces disponibles, incluso si no pueden proporcionarles.¹⁴

A pesar de la evidencia de la importancia del asesoramiento anticonceptivo, se conoce poco acerca de lo que ocurre durante su práctica. Las intervenciones para mejorar el compromiso del paciente y el proveedor durante la toma de decisiones sobre adopción de MAC mejoran la experiencia de asesoramiento, que influye positivamente en el uso de anticonceptivos.¹⁵

Se realizó un estudio aleatorizado, doble ciego, con grupos paralelos, en Alemania por Vogt & Schaefer en 2012, en el que se comparó el efecto de proporcionar dos tipos de consejería sobre MAC en cuanto al conocimiento, actitudes e intenciones hacia los anticonceptivos. El primero proporcionando un panfleto con información basada en evidencias y el otro fue la reestructuración del primero, adaptado de acuerdo a modelos de enfoque mental en los riesgos de adopción los MAC. Las mujeres del segundo grupo tuvieron una mejora mayor, sin embargo al compararse ambos grupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas acerca de la mejora del conocimiento.¹⁶

Kiykac, et al, realizaron un estudio descriptivo transversal en 2014, en donde se clasificaron las condiciones del embarazo de alto riesgo en tres estratos: condiciones maternas; fetales y factores uterinos. Se encuentra que los indicadores de embarazo de alto riesgo influyen en la preferencia de la elección de MAC en el postparto. La esterilización femenina fue el MAC más utilizado en las mujeres con factores de riesgo maternos, las mujeres con alto riesgo debido a condiciones fetales preferían métodos reversibles como DIU (39.2%), preservativo (21.7%), métodos tradicionales (19.4%) y anticonceptivos hormonales orales (12.2%). Las mujeres quienes presentaban embarazo de alto riesgo por condiciones uterinas preferían DIU

(44.2%), seguido del uso de ACO y preservativos (21.2%). El número ideal de hijos también toma un papel importante en la elección del MAC. Las mujeres quienes deseaban uno o dos hijos preferían el DIU (35.7%) y el preservativo (28.6%), las mujeres quienes deseaban tres o más hijos preferían métodos anticonceptivos de larga acción como el DIU (41.1%) y la esterilización (23.4%) como elecciones anticonceptivas postparto.¹⁷

En 1994, la Secretaría de Salud logró implantar la anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto en México. El proceso de orientación-consejería con calidad se enfoca a satisfacer las necesidades y clarificar las expectativas sobre la salud sexual y reproductiva de las personas; especialmente en el caso de los métodos permanentes y permite a las personas hacer una elección informada a partir de las opciones anticonceptivas, incrementar la continuidad y usar el método en forma segura y eficaz.¹⁸

Se realizó un estudio de cohorte, retrospectivo en México durante 2014. Se tomó de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, una muestra representativa de mujeres entre los 12-39 años, que hubieran reportado un parto durante los últimos 6 años. Se buscaba evaluar la asociación de edad y lugar de parto con la adopción de MAC en el postparto inmediato. El 43% de las mujeres dejaron el lugar del parto sin MAC. El término del embarazo por cesárea y recibir el 75% de los procesos del Control Prenatal (CPN) se asociaron positivamente a la recepción de algún método. Además, las adolescentes reciben anticoncepción postparto más a menudo que las madres mayores.¹⁹

Glazer y colaboradores, realizaron un estudio prospectivo en Estados Unidos de 2008, donde se encuestó a 175 mujeres en la sala de postparto, durante la

atención obstétrica en distintos centros de atención, un Hospital Universitario, práctica privada, clínicas de asistencia médica y en Unidades de Medicina Familiar (UMF), así como el servicio Medicina Materna-Fetal de alto riesgo. Se reportó que el 77% de ellas tuvieron pláticas con su médico sobre MAC previamente al parto y el 87% reportaron que un médico discutió la anticoncepción durante la hospitalización postparto. Las pacientes que se atendieron en la clínica de residentes de Gineco-Obstetricia y en UMF, tuvieron mayor probabilidad de recibir consejería anticonceptiva en el periodo prenatal y postparto.²⁰

Se realizó un programa para facilitar el seguimiento y la adopción de MAC en mujeres vulnerables en el Hospital de Jove, Gijón, en España, de enero de 2007 hasta marzo de 2009. Se seleccionaron 90 mujeres con situación social desfavorable con la finalidad de facilitar la consulta de seguimiento postparto para la adopción de MAC. Posterior al programa la tasa total de anticoncepción fue del 86%, siendo el 68% métodos de larga duración (DIU, implantes y OTB). El factor económico puede ser suficiente para encontrarse en este estado de vulnerabilidad. Sin embargo muchas veces es la suma de varias situaciones adversas: educación insuficiente, falta de apoyo familiar, falta de acceso a una vivienda, desempleo de larga duración, violencia familiar, adolescencia, enfermedades psiquiátricas, drogadicción, pertenencia a etnias minoritarias, inmigrantes.²¹

Vural y colaboradores realizaron un estudio prospectivo, controlado, aleatorizado, durante 2012-2013 en Turquía, en el cual se evaluó el impacto de agregar educación postnatal individualizada a la educación prenatal para el uso de anticonceptivos modernos entre mujeres. Se formaron 2 grupos, el primero sin consejería extra a la proporcionada durante el control prenatal. A las mujeres del segundo grupo se les proporcionó educación adicional anticonceptiva a las 6

semanas posteriores al alta hospitalaria postparto. Se realizó seguimiento a los 6 meses para determinar el MAC utilizado. Ambas intervenciones, prenatal o combinadas prenatal-postnatal, incrementan el uso de MAC postparto, comparado con el uso previo de anticonceptivos. Sin embargo, la suma de consejería anticonceptiva postparto a la prenatal no mejora la prevalencia del uso de anticonceptivos postparto.²²

Después del parto, el período recomendado antes de intentar el siguiente embarazo es de, al menos, 24 meses. Por lo tanto, el inicio inmediato de la anticoncepción posterior al parto es fundamental. La asesoría prenatal es esencial para asegurar la elección informada para el uso postparto inmediato de métodos de acción prolongada y permanente. Como las circunstancias y las opiniones individuales de las mujeres pueden cambiar con el tiempo, las estrategias de asesoramiento, tanto antes como después del parto, son beneficiosas.²³

Discutir la anticoncepción post evento obstétrico (APEO) durante la atención prenatal, establece bases para la toma de decisiones y permite la posibilidad de inicio en el período inmediatamente posterior al parto, lo que puede ser particularmente ventajoso para las mujeres con pocas probabilidades de volver para una visita de posparto. Institucionalizar la documentación del asesoramiento anticonceptivo durante las visitas médicas prenatales y posparto, a través de protocolos y la formación del personal, puede asegurar que las mujeres reciben asesoramiento durante las visitas médicas.²⁴

JUSTIFICACIÓN

La consejería para la adopción de MAC es un derecho de todos los ciudadanos en edad reproductiva, pero se hace especial hincapié durante el embarazo y la etapa posterior a la resolución de evento obstétrico. Como necesidad prioritaria de salud para el cuidado del bienestar materno y perinatal, así como para evitar complicaciones materno-fetales por embarazos de alto riesgo, se requiere que las pacientes adopten MAC, previa consejería de calidad.⁴

Después del parto, el período recomendado antes de intentar el siguiente embarazo es de al menos 24 meses. Por lo tanto, el inicio inmediato de la anticoncepción posterior al parto es fundamental, ya que reduce la probabilidad de embarazos no deseados y mejora la salud de las madres y los recién nacidos, alargando los intervalos entre nacimientos. La elección del método anticonceptivo en el posparto es una decisión trascendental y multifactorial.¹⁴

Por lo tanto, se observa que existe la necesidad de reforzar, por medio de una intervención educativa, a las derechohabientes de la UMF 27, que se encuentren cursando el último trimestre del embarazo, para la adopción de MAC de manera oportuna y así prevenir embarazos que pongan en riesgo la salud del binomio materno-infantil.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La orientación-consejería en planificación familiar es un elemento crucial en la gama de servicios que necesitan las mujeres después del embarazo, sin embargo, suele desatenderse. El prestador de servicio debe apoyar a la paciente a comprender sus motivaciones personales y conocer las opciones disponibles en cuanto a la planificación familiar.¹⁹

Basado en lo anterior, mi planteamiento del problema es:

¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa en mujeres embarazadas de la UMF No. 27, para la adopción de Método de Planificación Familiar durante el puerperio, comparado con grupo control?

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar efectividad de una intervención educativa en mujeres embarazadas de la U. M. F. No. 27 para la adopción de método de planificación familiar durante el puerperio, comparado con grupo control.

Objetivos específicos

- ❖ Determinar factores sociodemográficos relacionados con la ausencia de adopción de Método de Planificación Familiar.
- ❖ Conocer la frecuencia de mujeres puérperas que no adoptan Método de Planificación Familiar.
- ❖ Conocer el grado de escolaridad que se asocia a la adopción de Método de Planificación Familiar durante el puerperio.
- ❖ Conocer el grado de escolaridad de las pacientes que no adoptan Método de Planificación Familiar durante el puerperio.
- ❖ Identificar la presencia de comorbilidades en mujeres embarazadas que no adoptan Método de Planificación Familiar.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hi: La intervención educativa en mujeres embarazadas incrementa la adopción de método anticonceptivo en el puerperio.

Ho: La intervención educativa en mujeres embarazadas no incrementa la adopción de método anticonceptivo en el puerperio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio: Cuasiexperimental, longitudinal, prospectivo.

Lugar: Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS.

Periodo: Junio 2017- diciembre 2017.

Población: Mujeres cursando 3er trimestre de embarazo, que sean derechohabientes de la UMF No. 27 del IMSS.

Tipo de muestra:

De tipo no probabilístico, por muestra dirigida.

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 18 a 40 años.
- Derechohabientes de UMF NO. 27.
- Embarazo desde 28 SDG hasta término.
- Sin método de planificación familiar adoptado.

Criterios de no inclusión:

- Mujeres en las que esté contraindicada la adopción de MAC en el puerperio, por causa médica.

Criterios de Eliminación:

- Mujeres que no hayan completado la asistencia al *Taller para la Adopción de Método Anticonceptivo en el Puerperio*.

Método:

Previa autorización por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (CLIEIS) y autorización del Director de la Unidad de Medicina

Familiar No. 27 para la realización de las actividades correspondientes para el desarrollo de este protocolo de estudio, se informó a los Jefes de Consulta de los distintos consultorios sobre la temática y los objetivos del protocolo de estudio, para dar promoción y difusión al mismo.

Grupo de Intervención:

Las actividades que se realizaron en la unidad consistieron en:

1. Se buscaron en la base de datos de cada consultorio de la unidad a 100 pacientes que cumplieron criterios de Inclusión para el estudio. Se integraron 5 grupos de 20 participantes y se invitó a las mismas a su participación, se explicó que deberían firmar un consentimiento para su inclusión. Se fijó la fecha de la sesión número 1, una vez aceptó y firmó el consentimiento pertinente.

2. Se citó en hora y fecha previamente establecidas a cada grupo de participantes en el auditorio de la unidad, dando lugar al “*Taller para la Adopción de Método Anticonceptivo en el Puerperio*”, el cual constó de 5 sesiones de 40 minutos a 1 hora, con el siguiente contenido:

- i. Evaluación previa al inicio del taller.
- ii. Anatomía y función del aparato reproductor femenino.
- iii. Mitos y leyendas de la anticoncepción.
- iv. ¿Por qué debería de adoptar un MAC?
- v. Métodos anticonceptivos: la realidad.
- vi. ¿Cuál elijo y por qué?
- vii. Ya elegí, ¿cuándo, dónde y cómo lo inicio?
- viii. Uso adecuado y cuidados especiales de los MAC.
- ix. Clausura del taller, última sesión de dudas, evaluación post taller.

3. En la primera sesión se llevó a cabo el llenado de la encuesta de manera asistida por el ponente/organizador. Posteriormente se dio una breve introducción de lo que se abordó en el taller y se inició con los primeros 2 temas, apoyándonos de material didáctico por medio de exposición con diapositivas. Se citó para las próximas sesiones, a cada grupo, hasta concluir el programa educativo establecido en la *Tabla 1*. Se consideró como asistencia al taller al cumplir el 80% de las asistencias.

Tabla 1. Tabla de la Planeación del Programa Educativo del “Taller para la Adopción de Método Anticonceptivo en el Puerperio”:

Número de Sesión	Temas	Duración	Técnica Didáctica	Objetivos de aprendizaje
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> •Evaluación Inicial. •Anatomía y funcionamiento básico del aparato reproductor femenino. •Mitos y leyendas sobre la anticoncepción. 	40 - 60 minutos.	Exposición de los temas mediante presentación con diapositivas.	<p>Conocer bases de anatomía y funcionamiento del sistema reproductor.</p> <p>Disparar dudas acerca de la planificación familiar, así como reforzar de manera positiva</p>
	Secuencia de Actividades			
	<p>Inicio: Inicio presentándome y planteando el objetivo general de la tesis. Posteriormente se recaban datos con un cuestionario inicial, por escrito, guiado por el ponente.</p> <p>Desarrollo: Se comienza la presentación hablando sobre anatomía y funcionamiento básico del aparato reproductor femenino, con espacio abierto para preguntas y participación del auditorio.</p> <p>Cierre: Posterior al término del tema Mitos y Leyendas sobre la anticoncepción, se cierra con un espacio para preguntas sobre los temas abordados. Se acuerda con el grupo fecha y hora de sesión número 2.</p>			
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué debería de adoptar un MAC? • Métodos 	40 - 60 minutos.	Exposición de los temas mediante presentación con	Aprender la importancia de la planificación familiar con el desarrollo pleno

	<p>anticonceptivos: la realidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál elijo y por qué? 		<p>diapositivas.</p> <p>Material impreso de apoyo, tipo folleto, sobre los métodos de planificación familiar existente.</p>	<p>de la sexualidad y su relación con el bienestar de la unidad familiar; se conocerán los distintos métodos de planificación familiar disponibles, sus indicaciones y limitantes, para realizar una elección basada en situaciones de salud de la mujer y expectativas de la familia.</p>
Secuencia de Actividades				
<p>Inicio: Se inicia la sesión compartiendo sobre los temas expuestos la sesión No. 1, con participación del auditorio.</p> <p>Desarrollo: Se inicia el desarrollo del tema con apoyo de material didáctico digital, con la concienciación sobre la importancia de adoptar un método de planificación familiar. <i>Se basará la información en los criterios de Elegibilidad de la OMS, del 2011.</i> Se expondrán los métodos existentes por medio de exposición del ponente con apoyo de material didáctico electrónico, con reforzamiento para llevar a casa con folleto sobre los métodos ofertados.</p> <p>Cierre: Al final se hará una sesión de preguntas abiertas del auditorio. Al finalizar, a manera de conclusión del tema, se entregarán los folletos escritos sobre métodos de planificación familiar expuestos. Se acuerda con el grupo fecha y hora de sesión número 3.</p>				
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> • Ya elegí, ¿cuándo, dónde y cómo lo inicio? • Uso adecuado y cuidados especiales de los MAC. 	40 - 60 minutos.	<p>Material didáctico por escrito, papel rotafolio, pintarrón.</p>	<p>Que el auditorio tenga la capacidad de reconocer los métodos disponibles para cada etapa de la vida reproductiva, además de conocer indicaciones y</p>

				características como durabilidad y criterios de elegibilidad de cada uno.
Secuencia de Actividades				
<p>Inicio: Se inicia la sesión comentando sobre los temas expuestos la sesión No. 2, con participación del auditorio. Se explica la dinámica del día con rotafolio, se entrega una hoja en blanco al auditorio para toma de apuntes y registro de dudas.</p> <p>Desarrollo: Se inicia con desarrollo del tema con apoyo del material didáctico. Se exponen de manera detallada cuándo, dónde y cómo se inicia cada método anticonceptivo, con fin informativo. Se solicita al auditorio exprese dudas o comentarios al respecto.</p> <p>Cierre: Posterior a la resolución de las dudas, se inicia con cierre de la sesión. Se solicita al auditorio que se lleve la hoja de apuntes a su domicilio y que registre dudas. Se acuerda con el grupo fecha y hora de sesión número 4.</p>				
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> • Uso adecuado y cuidados especiales de los MAC. • Complicaciones y efectos secundarios de los MAC. 	40 - 60 minutos.	Exposición de los temas mediante presentación con diapositivas.	Exponer de manera clara sobre las indicaciones de los MAC, especificando complicaciones y efectos secundarios de cada uno. Se busca que el auditorio exprese sus dudas y las disipe.
	Secuencia de Actividades			
	<p>Inicio: Se inicia la sesión comentando sobre los temas expuestos la sesión No. 3, con participación del auditorio, expresando dudas que pudieran haber surgido en casa.</p> <p>Desarrollo: Se comienza la presentación explicando cómo deben utilizarse los MAC, además de sus complicaciones y efectos secundarios, utilizando material de apoyo electrónico.</p> <p>Cierre: Se realiza ronda de preguntas al auditorio, y se despejan dudas acerca del tema de la sesión. Se acuerda con el grupo fecha y hora de sesión número 5, se especifica que es cierre de taller y se realizará la reevaluación.</p>			

Sesión 5	Cierre de taller y Evaluación posterior.	40 minutos.	Exposición con ponente frente al auditorio.	Concluir el Taller para la Adopción de Método Anticonceptivo en el Postparto. Disipar dudas sobre lo tratado durante sesiones anteriores en caso de existir.
-----------------	--	-------------	---	--

4. Se llevó a cabo el seguimiento de las pacientes a las 6 semanas postparto de acuerdo a su fecha de parto, y se evaluó si hubieron adoptado Método de Planificación Familiar, por medio de llamadas a su número de teléfono personal.

5. Se concluyó con la recolección de las encuestas de seguimiento de la totalidad de participantes que asistieron al taller, se inició con el reclutamiento de las pacientes del grupo control para el posterior análisis de datos.

6. Se consideró *Efectividad de la Intervención Educativa*, un incremento del 30% sobre el índice de adopción de MAC durante el posparto en el estado de Baja California, el cual es de 56.2%.

Grupo Control:

Se entendió como grupo control a aquellas pacientes que tuvieron el seguimiento de Control Prenatal habitual en la Unidad de Medicina Familiar No. 27, de acuerdo a las recomendaciones de la NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El cual consiste en las siguientes acciones:

- Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo.

- En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar.
- Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, así como proporcionar la oferta sistemática.
- Establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico, de preferencia en el postparto o post-aborto inmediato y antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y su atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo.

Para conformar el grupo control se realizó pareamiento de la muestra (1:1) entre el grupo de intervención de acuerdo a la edad (+/- 3 años).

Se solicitó que firmaran el Consentimiento Informado para su participación y se les solicitó un número telefónico personal para su seguimiento durante el puerperio. Se calculó la fecha probable de parto de acuerdo a su fecha de última regla, de acuerdo a la regla de Naegele y se llamó a las 6 semanas postparto para encuesta de seguimiento.

Análisis estadístico:

- Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, frecuencias para variables cualitativas. Se utilizó estadística no paramétrica X^2 para análisis bivariado, prueba de U de Mann-Whitney para la comparación de grupos. Las diferencias

estadísticamente significativas se consideraron con valores de $p < 0.05$. Se empleó el programa estadístico SPSS versión 21.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Edad: Tiempo que tiene un ser vivo desde su nacimiento hasta el presente o un momento determinado.

Ocupación: Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.

Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente.

Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Hijos deseados: *Número ideal de miembros que se desea procrear.*

Embarazo actual: Período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto.

Número de hijos vivos: Hijos que haya tenido la madre y que todavía estén vivos.

Paridad satisfecha: *Cantidad actual de hijos que cumple con el número deseado.*

Método de planificación familiar: Conjunto de prácticas que la ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

Índice de Masa Corporal: Relación entre el peso y la altura, generalmente utilizado para clasificar el peso.

Religión: Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un Dios o varios dioses).

Número total de embarazos: Cantidad de ocasiones en las que la mujer se ha encontrado en estado gestante.

Antecedentes de enfermedades por el embarazo: Enfermedades y afecciones comunes durante el embarazo que haya cursado durante embarazos anteriores.

Enfermedades crónicas previas al embarazo actual: Enfermedades crónicas diagnosticadas previamente al inicio del estado gestacional.

Módulo de Planificación Familiar: Elemento de los servicios de salud reproductiva integral, en el que se contempla la salud dentro de un contexto social más amplio y reconoce la importancia de la equidad y del respeto y ejercicio de los derechos reproductivos.

Control Prenatal: Conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación.

Efectividad de Intervención Educativa: Incremento del 30% sobre el índice de adopción de MAC durante el posparto en el estado de Baja California.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorías	Escala de Medición
Edad	Tiempo que tiene un ser vivo desde su nacimiento hasta el presente o un momento determinado.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario.	Cuantitativa Cualitativa ordinal	Años 1) >16 – 21 años. 2) 22 – 25 años. 3) 26 – 30 años. 4) 31 – 35 años. 5) >35 años.
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario.	Cualitativa nominal politómica	1) Ama de casa 2) Estudiante 3) Trabajadora 4) Otro
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario.	Cualitativa ordinal	1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Licenciatura 6) Postgrado
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario.	Cualitativa nominal politómica	1) Soltera 2) Casada 3) Unión libre 4) Viuda
Hijos deseados	<i>Número ideal de miembros que se desea procrear.</i>	Mediante un ítem cerrado en el	Cuantitativa	Numérica

		cuestionario.	Cualitativa ordinal	1) 1 Hijo 2) 2 3) 3 4) 4 o más
Embarazo actual	Período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario.	Cuantitativa Cualitativa ordinal	Numérica 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4 o más
Número de hijos vivos	Hijos que haya tenido la madre y que todavía estén vivos.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario.	Cuantitativa Cualitativa ordinal	Numérica 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4 o más
Paridad satisfecha	Manifestación de la conformidad con el número de hijos actual.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario.	Cualitativa nominal dicotómica	1) Sí 2) No
Método de planificación familiar	Conjunto de prácticas que la ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario.	Cualitativa nominal politómica	1) Ninguno 2) Ritmo / Coito interrumpido 3) Hormonales (Orales / Inyectables) 4) DIU 5) Implante subdérmico 6) Otro
Índice de Masa Corporal	Relación entre el peso y la altura, generalmente utilizado para clasificar el peso.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario.	Cuantitativa Cualitativa ordinal	Numérica 1) Bajo peso 2) Normal 3) Sobrepeso 4) Obesidad
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento que son propias de un determinado grupo, se reconoce una relación con la divinidad.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario.	Cualitativa nominal politómica	1) Ninguna 2) Católica 3) Cristiana 4) Testigo de Jehová 5) Otra
Número total de embarazos	Cantidad de ocasiones en las que la mujer se ha encontrado en estado gestante.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario.	Cuantitativa Cualitativa ordinal	Numérica 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4 5) Más de 4
Antecedentes de enfermedades por el embarazo	<i>Enfermedades y afecciones comunes durante el embarazo que haya cursado durante embarazos anteriores.</i>	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario.	Cualitativa nominal politómica	1) Ninguno 2) Diabetes Gestacional 3) Preeclampsia 4) Ambas
Enfermedades crónicas	<i>Enfermedades crónicas diagnosticadas</i>	Mediante un ítem cerrado	Cualitativa nominal	1) Ninguna 2) Hipertensión

“Efectividad de una intervención educativa en mujeres embarazadas para la adopción de Método de Planificación Familiar durante el puerperio, comparado con grupo control”.

previas al embarazo actual	<i>previamente al inicio del estado gestacional.</i>	en el cuestionario.	politómica	3) Diabetes Mellitus 4) Lupus Eritematoso Sistémico / Artritis Reumatoide. 5) Otras
Módulo de Planificación Familiar	Elemento de los servicios de salud reproductiva integral, en el que se contempla la salud dentro de un contexto social más amplio y reconoce la importancia de la equidad y del respeto y ejercicio de los derechos reproductivos.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario.	Cualitativa nominal dicotómica	1) Sí 2) No
Control Prenatal	Conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario.	Cuantitativa Cualitativa ordinal	Numérica 1) 0 Consultas 2) 1-4 3) 5 4) >5
Vía de terminación del embarazo	Región anatómica por la que la mujer expulsa el feto y la placenta al final de la gestación.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa nominal dicotómica	1) Parto 2) Cesárea
Complicaciones durante el nacimiento	Situaciones clínicas que se presentan durante el nacimiento, las cuales pueden representar morbilidad y/o mortalidad materno-fetal.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	1) Ruptura prematura de membranas mayor a 12 horas. 2) Parto fuera de ambiente hospitalario. 3) Infección relacionada con el momento del parto. 4) Ninguna
Método de Planificación Familiar adoptado	Conjunto de prácticas que al ser utilizadas por una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	1) Ninguno 2) Preservativo/Ritmo 3) DIU 4) Implante subdérmico 5) Hormonales Orales 6) Hormonales Inyectables 7) OTB 8) Vasectomía
Efectividad de intervención educativa	Incremento del 30% sobre el índice de adopción de MAC en el estado de Baja California, durante el posparto.	Mediante un ítem cerrado en el cuestionario	Cualitativa ordinal dicotómica	1) Efectivo (Si selecciona MAC) 2) No efectivo (No selecciona MAC)

ASPECTOS ÉTICOS

En base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud la presente investigación se considera una Investigación con riesgo mínimo. La ética de esta investigación respeta de forma primordial los lineamientos de la Declaración de Helsinki de 1964, modificada por la Asamblea de Hong Kong en 1989, tomando como principio básico el Artículo 8 que se basa en el respeto por el individuo, su derecho de autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20, 21 y 22, incluyendo la participación en la investigación, así como el lineamiento del Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10; el cual participará en mi investigación de manera voluntaria y sin presión o chantaje de ningún tipo como lo estipula el artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el artículo 6, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el artículo 5, y por último se respetará el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones. Los documentos que conforman la base de datos serán manejados en forma confidencial y únicamente los investigadores tendrán acceso a ellos, el investigador principal será el encargado de la recolección de datos así como del resguardo de los mismos. Dado que se aplicará encuesta y se manejarán datos personales, será necesario solicitar una carta de consentimiento informado del paciente. Se pedirá la aprobación del estudio por el Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social de Baja California.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS:

1.-HUMANOS

- Investigador principal: Aria Dannaé López Verdugo. Residente de Medicina Familiar. Investigador externo asociado: García Zazueta José Gregorio. Correo electrónico: Gregorio.garcia31@uabc.edu.mx. Teléfono: (664) 3698363.
- Asesores temáticos: *Dra. Rosa María Meda Anaya*. Jefa del servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Regional No. 1. *Dr. Juan José Camacho Romo*. Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar en UMF No. 27.
- Asesor metodológico: Dra. María Cecilia Anzaldo Campos. Investigador asociado del Hospital General Regional No. 20.
- Pacientes embarazadas cursando el 3er trimestre de la gestación, derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF No. 27.

2.-FÍSICOS

- Área física: Se hará uso de las salas de espera en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 para captación de pacientes. Se requiere de uso de aula o auditorio de la Unidad, para llevar a cabo la Intervención Educativa.
- Formatos de recolección de la información: Copias de cuestionarios, copias de carta de consentimiento informado.
- Papelería: Computadora personal, impresora, programa estadístico SPSS 21, hojas blancas (3 resmas de hojas tamaño carta) y copias para las encuestas y consentimiento informado, lápices (caja con 12 lápices), bolígrafos (caja con 12 bolígrafos).

3.-FINANCIEROS

Serán solventados por el investigador principal.

4.-FACTIBILIDAD

El presente estudio tiene factibilidad óptima tanto operativa, técnica y económica ya que se cuenta con la estructura, recursos humanos, financieros y con el universo de trabajo para su realización. Es menester informar que se tiene acceso a los pacientes que se encuentran en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, así como a los registros de las bases de datos del nosocomio.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No aplican.

RESULTADOS

En esta sección se redactan los resultados encontrados en la presente investigación. El número total de participantes fue de 56 pacientes embarazadas. Se asignaron a 2 grupos, uno de Intervención (n=28) y el otro de Control (n=28).

RESULTADOS GLOBALES (n=56).

Se reclutaron un total de 50 pacientes para el grupo de intervención, sin embargo, sólo 28 cumplieron criterios de inclusión, 18 no cumplieron con la asistencia mínima requerida a la Intervención Educativa (80%) y 4 pacientes no fueron localizadas durante la segunda fase del estudio. Por lo tanto, se integra el grupo de control con 28 participantes. Se conforma la muestra total con dos grupos Grupo Intervención (n=28) y Grupo Control (n=28).

Referente a la edad, se observa que del total de la muestra, el 8.9% (n=5) fueron menores de 20 años, el 83.9% (n=47) se encontraban en un rango de edad de 20 hasta 34 años y el 7.1% (n=4) contaban con 35 años de edad o más.

En cuanto a la ocupación, encontramos que el 37.5% (n=21) pacientes se dedicaban a las actividades propias del hogar, el 3.6% (n=2) eran población estudiantil, y el 58.6% (n=33) eran trabajadoras.

Se observó en relación al grado escolar de la población estudiada, el 14.3% (n=8) había concluido la educación primaria, el 44.6% (n=25) había culminado la educación media básica, el 25% (n=14) completó la educación media superior, así como el 16.1% (n=9) concluyó una Licenciatura.

La muestra se conformaba por 8.9% (n=5) de mujeres con estado civil de soltera, 41.1% (n=23) casadas y el 50% (n=28) viviendo en unión libre.

Se interrogó sobre el número de hijos deseados, observándose que el 7.1% (n=4) deseaba sólo 1 hijo, el 44.6% (n=25) deseaban 2, el 42.9% (n=24) deseaban 3 y el 5.4% (n=3) deseaban 4 o más hijos.

Se registró el número que representaba la gesta actual, obteniéndose que para el 39.3% (n=22) era la primera gesta, para el 33.9% (n=19) representaba la segunda, en 19.6% (n=11) experimentaban el tercer embarazo, así como el 7.1% (n=4) se encontraban experimentando el cuarto embarazo o un número mayor.

Se observa en la población muestra que el 44.6% (n=25) no tenía ningún hijo vivo al momento de la recolección de datos, el 33.9% (n=19) tenía 1, el 19.6% (n=11) tenía 2 y el 1.8% (n=1) tenía 3 hijos vivos.

Se observó que el 62.5% (n=35) participantes deseaban tener más hijos, y el 37.5% (n=21) participantes no lo deseaba.

Se encontró que como MPF previo al embarazo actual, el 35.7% (n=20) participantes no habían utilizado ningún método, el 3.6% (n=2) el ritmo/ coito interrumpido, el 17.9% (n=10) algún tipo de hormonal (oral o inyectable), el 33.9% (n=19) el DIU, 1.8% (n=1) el implante subdérmico y 7.1% (n=4) habían utilizado algún otro.

Se encontró con relación al motivo de suspensión del MPF anterior al embarazo actual que el 30.4% (n=17) participantes no utilizaban método, el 37.5% (n=21) deseaban el embarazo, 14.3% (n=8) tenían falta de información sobre el método empleado y 17.9% (n=10) experimentaron efectos secundarios de los mismos.

En cuanto al IMC previo al embarazo, observamos que el 3.6% (n=2) de participantes se encontraban en peso bajo, 32.1% (n=18) con peso normal, 41.1% (n=23) en sobrepeso y 23.2% (n=13) en obesidad.

Respecto a la religión, el 12.5% (n=7) no profesaban alguna, el 67.9% (n=38) pertenecían a la iglesia católica y el 19.6% (n=11) a la cristiana.

Se observó que 35.7% (n=20) de los participantes tenían un total de 1 embarazo, el actual, el 37.5% (n=21) cursaban el segundo, el 19.6% (n=11) el tercero y el 7.1% (n=4) el cuarto embarazo.

Se observó que el 5.4% (n=3) de los participantes deseaba Ningún método, el 71.4% (n=40) uno temporal y el 23.2% (n=13) uno definitivo para el final del embarazo actual.

Respecto a las enfermedades debidas al embarazo que presentaron las pacientes en embarazos previos, se encontró que el 85.7% (n=48) no habían experimentado alguna, el 8.9% (n=5) habían cursado con Diabetes Gestacional, 3.6% (n=2) con Preeclampsia y 1.8% (n=1) las dos condiciones previamente mencionadas.

Se encontró que de las 56 pacientes contenidas en la población muestra, el 89.3% (n=50) no tenían enfermedades crónicas previas al embarazo actual, el 1.8% (n=1) de ellas cursaba con Hipertensión Arterial y 1.8% (n=1) con Diabetes Mellitus, así como 7.1% (n=4) cursaban con otra enfermedad.

Se observó que el 69.6% (n=39) pacientes habían asistido al Módulo de Planificación Familiar durante el embarazo y el 30.4% (n=17) no lo habían hecho.

Como total de número de consultas durante el CPN de las participantes, se observó que el 5.4% (n=3) tenían de 1 a 4 consultas, el 12.5% (n=7) tuvieron 5 consultas y el 82.1% (n=46) más de 5. No se encontró que alguna no hubiera iniciado el CPN.

Se encontró que el 66.1% (n=37) pacientes finalizaron su embarazo por medio del Parto y 33.9% (n=19) vía Cesárea.

Observamos que como complicaciones presentadas durante los nacimientos, el 3.6% (n=2) pacientes presentaron RPM mayor a 12 horas, 1.8% (n=1) cursó con una infección relacionada al nacimiento, 21.4% (n=12) se encontraron en el rubro de otra y el 73.2% (n=41) de las pacientes no presentaron complicaciones.

Se observó que el 16.1% (n=9) pacientes no adoptaron ningún Método, el 33.9% (n=19) adoptaron el DIU; el 23.2% (n=13) optaron por el Implante Subdérmico; el 1.8% (n=1) por Hormonales Orales; 3.6% (n=2) por Hormonales Inyectables; 19.6% (n=11) por la OTB y el 1.8% (n=1) por la Vasectomía como MPF durante el puerperio.

GRUPO INTERVENCIÓN (n=28)

Está conformado por 28 pacientes que completaron los criterios de inclusión. En este grupo observamos la edad en 3 grupos, los cuales muestran que el 3.6% (n=1) del grupo presenta edad menor a 20 años, el 89.3% (n=25) se compone de edad de 20 a menor de 35 años y el 7.1% (n=2) compone la edad mayor o igual a 35 años (**Figura 1**).

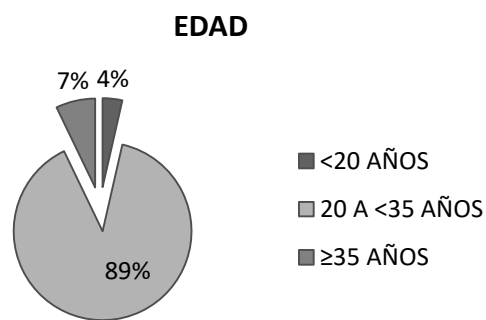


Figura 1. Edad (n=28).

Observamos que en el grupo intervención el 39.3% (n=11) lo conformaban amas de casa, el 7.1% (n=2) eran estudiantes, el 53.6% (n=15) eran trabajadoras (**Figura 2**).

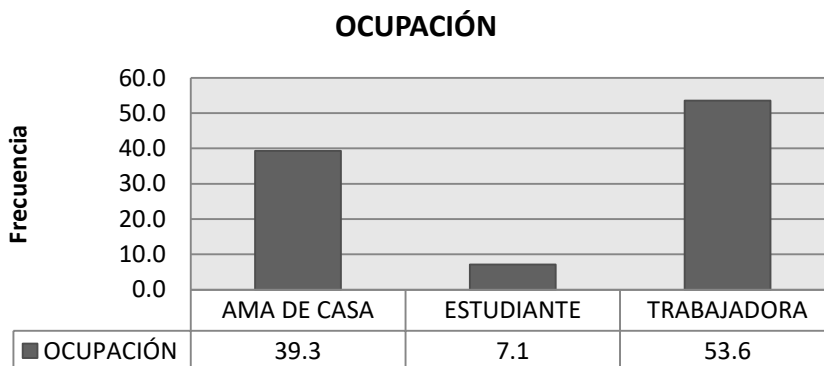


Figura 2. Ocupación (n=28).

El grado escolar completado por las participantes del grupo intervención fue del 17.9% (n=5) en cuanto a la educación primaria, el 39.3% (n=11) la educación secundaria, el 14.3% (n=4) la preparatoria y 28.6% (n=8) la licenciatura. **(Figura 3).**

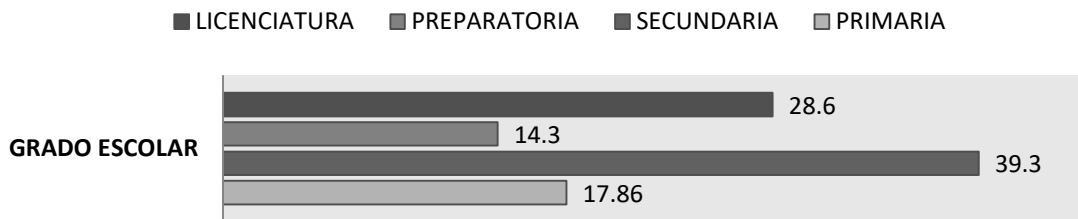


Figura 3. Grado Escolar (n=28).

El grupo de intervención estaba compuesto por el 17.9% (n=5) solteras, 39.3% (n=11) casadas, 42.9% (n=12) en unión libre **(Figura 4).**

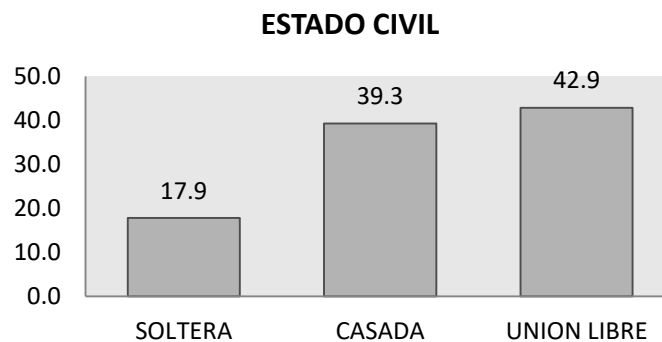


Figura 4. Estado civil. n=28.

En cuanto al número de hijos deseados en el grupo intervención, el 10.7% (n=3) desea solo 1 hijo, el 53.6% (n=15) desean 2, el 32.1% (n=9) desean 3, el 3.6% (n=1) desean 4 o más **(Figura 5).**

NÚMERO DE HIJOS DESEADOS

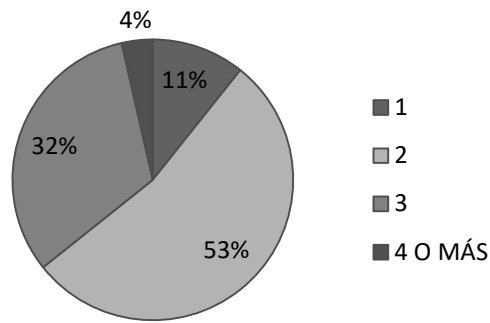


Figura 5. Número de hijos deseados (n=28).

Para el grupo intervención el número de embarazo actual del 42.9% (n=12) fue el primero, para el 21.4% (n=6) fue el segundo, para el 25% (n=7) fue el tercero, para el 10.7% (n=3) fue el cuarto o mayor (**Figura 6**).

NÚMERO DE EMBARAZO ACTUAL

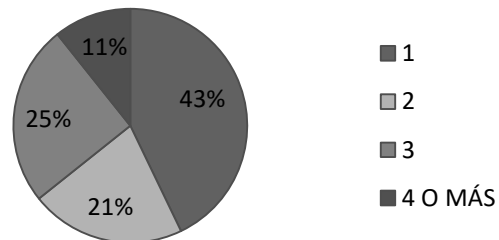


Figura 6. Número de embarazo actual (n=28).

En el grupo intervención, el 46.4% (n=13) contaban con ningún hijo vivo al momento de la encuesta, el 25% (n=7) tenía sólo un hijo vivo, el 25% (n=7) tenía 2 hijos vivos y el 3.6% (n=1) tenía 3 hijos vivos (**Figura 7**).

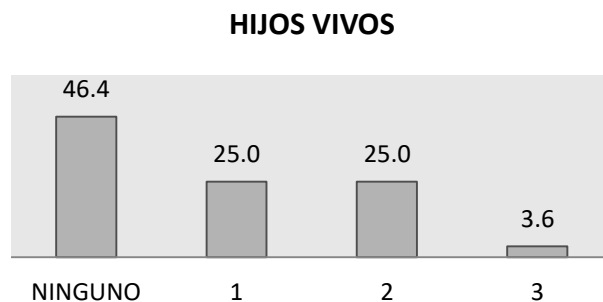


Figura 7. Hijos vivos (n=28).

Se observó que en el grupo intervención el 64.3% (n=18) deseaban tener más hijos, y el 35.7% (n=10) no deseaba tener más hijos (**Figura 8**).



Figura 8. Se describe la distribución del deseo de más hijos del grupo intervención.

Respecto al MPF anteriormente utilizado en el grupo de intervención, el 32.1% (n=9) habían utilizado ningún método, el 7.1% (n=2) habían utilizado el ritmo o coito interrumpido, el 21.4% (n=6) habían utilizado hormonales orales o inyectables, el 28.6% (n=8) habían sido usuarias del DIU, el 3.6% (n=2) habían utilizado el implante subdérmico y 7.1% (n=2) habían utilizado algún otro método (**Figura 9**).

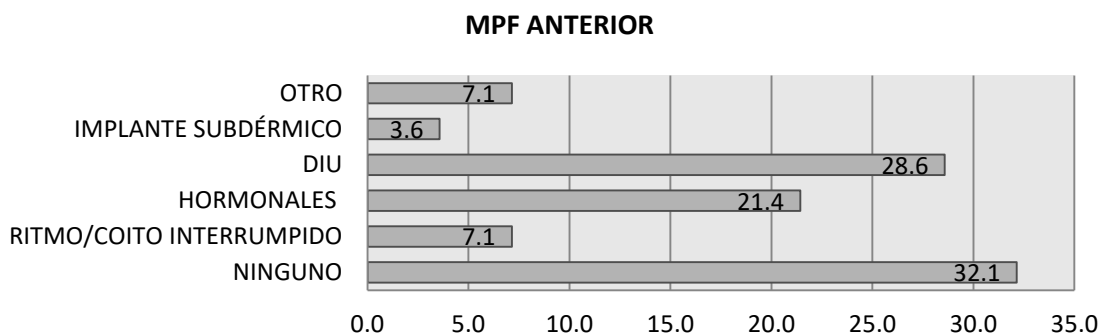


Figura 9. Método de Planificación Familiar anterior (n=28).

Como motivo de suspensión del MPF anterior, el 26.6% (n=8) no utilizaba método anteriormente, el 46.4% (n=13) deseaba un embarazo, el 17.9% (n=5) reportaron falta de información sobre el método utilizado y el 7.1% (n=2) presentaron efectos secundarios del mismo (**Figura 10**).

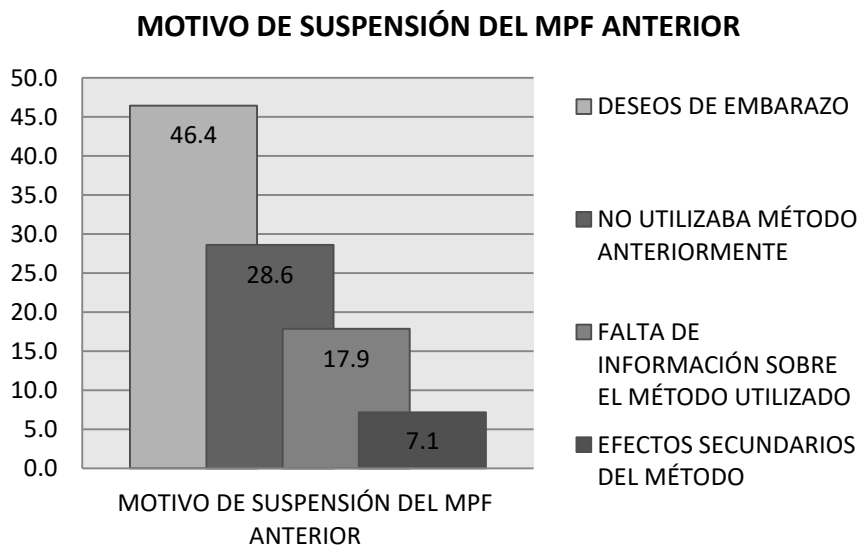


Figura 10. Motivo de la suspensión del MPF anterior (n=28).

En cuanto al IMC previo al embarazo que presentaban las pacientes, observamos que el 3.6% (n=1) presentó bajo peso, el 35.7% (n=10) presentó peso normal, el 25% (n=7) presentó sobrepeso y el 35.7% (n=10) presentó obesidad (**Figura 11**).

IMC PREVIO AL EMBARAZO

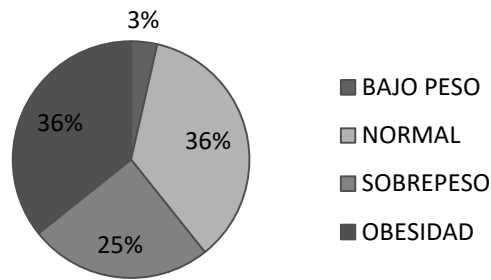


Figura 11. IMC previo al embarazo (n=28).

Se reportó que, en cuanto a la religión, el grupo intervención estaba conformado por 14.3% (n=4) no tenían religión alguna, el 67.9% (n=19) eran católicos y el 17.9% (n=5) eran cristianos (**Figura 12**).

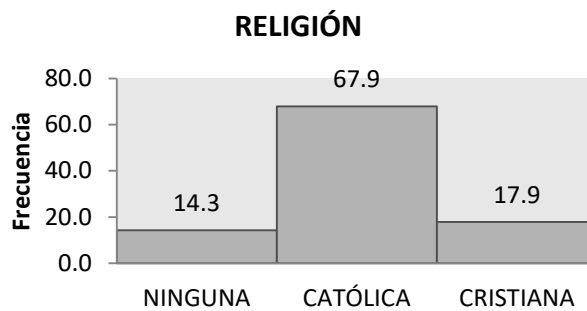


Figura 12. Religión (n=28).

El grupo intervención contaba en el 39.3% (n=11) con 1 embarazo en total, el 25% (n=7) con 2 embarazos, el 25% (n=7) con 3 embarazos y el 10.7% (n=2) con 4 embarazos (**Figura 13**).

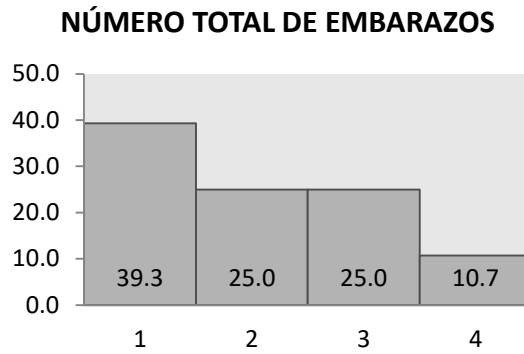


Figura 13. Número total de embarazos (n=28).

En el grupo intervención, el 10.7% (n=3) no deseaba MPF alguno, el 71.4% (n=20) deseaba un método temporal y el 17.9% (n=5) deseaba un método definitivo (**Figura 14**).

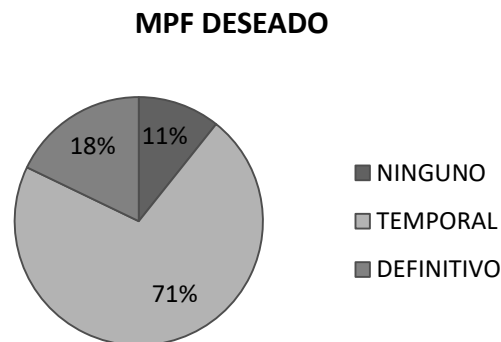


Figura 14. MPF deseado (n=28).

Respecto a las enfermedades presentadas previamente, debido al embarazo, el 82.1% (n=23) presentaron ninguna, el 7.1% (n=2) habían presentado Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), el 7.1% (n=2) habían presentado preeclampsia y el 3.6% (n=1) habían presentado tanto DMG y Preeclampsia (**Figura 15**).

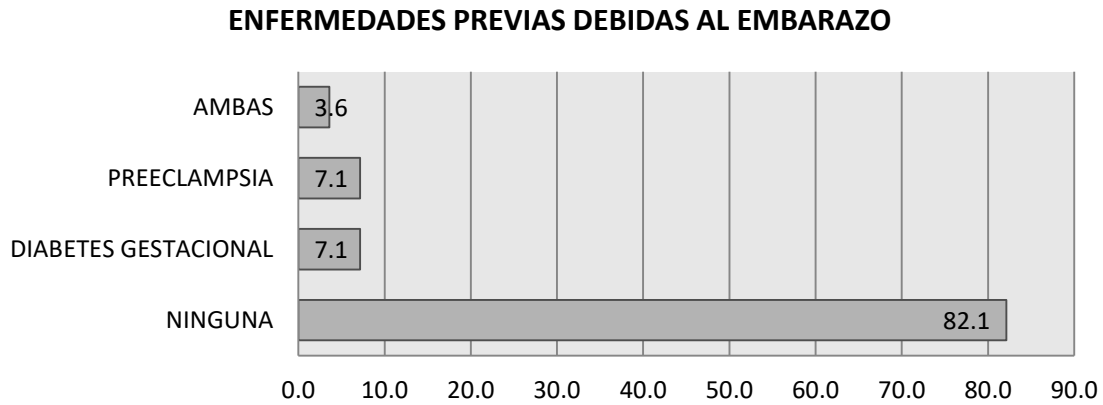


Figura 15. Antecedente de enfermedades causadas por el embarazo (n=28).

El grupo intervención reportó una frecuencia de enfermedades crónicas previas al embarazo del 89.3% (n=25) para ninguna, del 3.6% (n=1) para HAS, 3.6% (n=1) para DM y 3.6% (n=1) para Ambas (**Figura 16**).

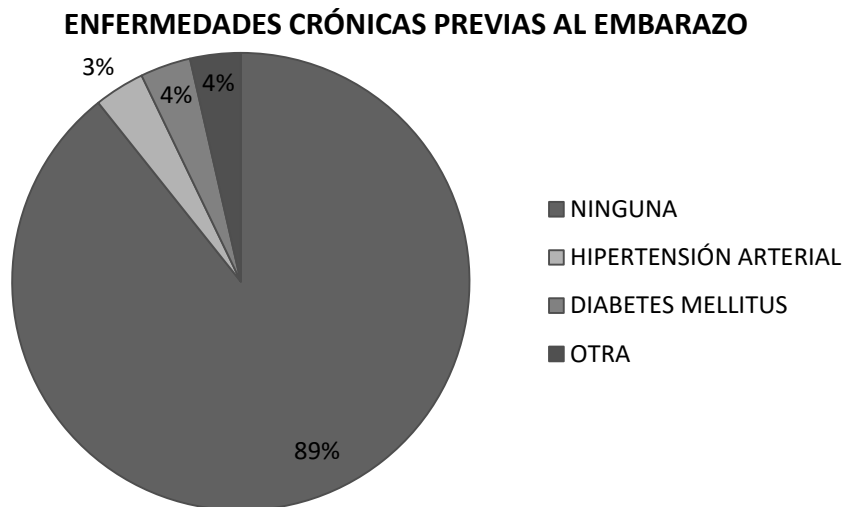


Figura 16. Enfermedades crónicas previas al embarazo (n=28).

En la población del grupo intervención, observamos que el 85.7% (n=24) había asistido al módulo de planificación familiar durante el control prenatal y el 14.3% (n=4) no habían asistido (**Figura 17**).

ASISTENCIA A MÓDULO DE PF DURANTE CPN

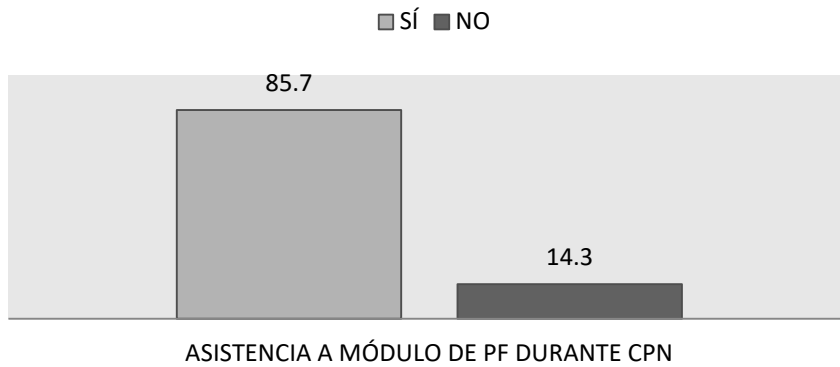


Figura 17. Asistencia al Módulo de PF durante el CPN (n=28).

Observamos que el total de las consultas durante el CPN en el grupo intervención fue del 10.7% (n=3) para 1 a 4 consultas, del 17.9% (n=5) para 5 consultas y del 71.4% (n=20) para más de 5 consultas (**Figura 18**).

TOTAL DE CONSULTAS DE CPN

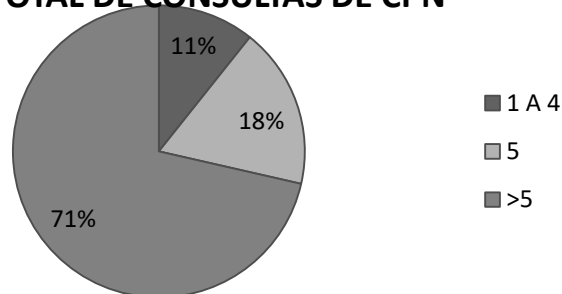


Figura 18. Total de consultas de CPN (n=28).

En el grupo de intervención, observamos que la vía de término del embarazo fue por parto para el 71.4% (n=20) y cesárea para el 28.6% (n=8) (**Figura 19**).

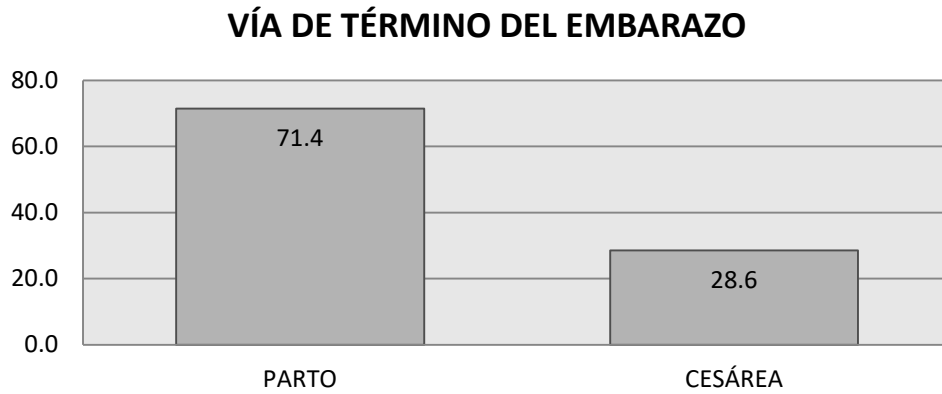


Figura 19. Vía de Término del embarazo (n=28).

Las complicaciones durante el nacimiento que se presentaron en el grupo de intervención fueron Ruptura prematura de membranas mayor a 1 horas en un 3.6% (n=1), infección relacionada al nacimiento en 3.6% (n=1), otra en 17.9% (n=5) y sin complicaciones 75% (n=21) (**Figura 20**).

COMPLICACIONES DURANTE EL NACIMIENTO

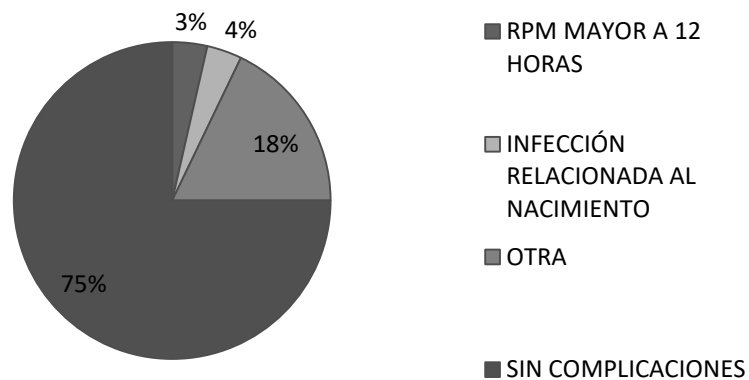


Figura 20. Complicaciones durante el nacimiento (n=28).

Se observó en el grupo intervención que el 14.3% (n=4) no adoptaron método alguno en el postparto, el 28.6% (n=8) adoptaron el DIU, el 17.9% (n=5) adoptaron el implante subdérmico, el 3.6% (n=1) optaron por los hormonales orales, el 7.1% (n=2)

eligieron los hormonales inyectables y el 28.6% (n=8) decidieron adoptar la OTB

(Figura 21).

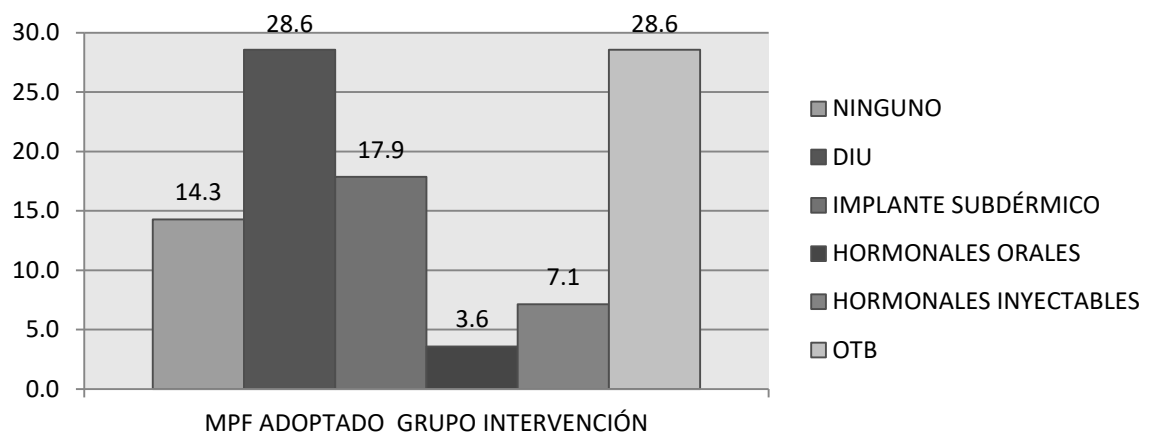


Figura 21. MPF adoptado (n=28).

GRUPO CONTROL (n=28)

El grupo control está conformado por un total de 28 pacientes, debido a que se buscaba parear 1:1 con la muestra de la población de intervención.

En el grupo control observamos que el 14.3% (n=4) correspondía a participantes con edad <20 años, el 78.6% (n=22) estuvieron dentro del grupo de edad de 20 a menor de 35 años y el 7.1% (n=2) se encontraban en una edad mayor o igual a 35 años (**Figura 22**).

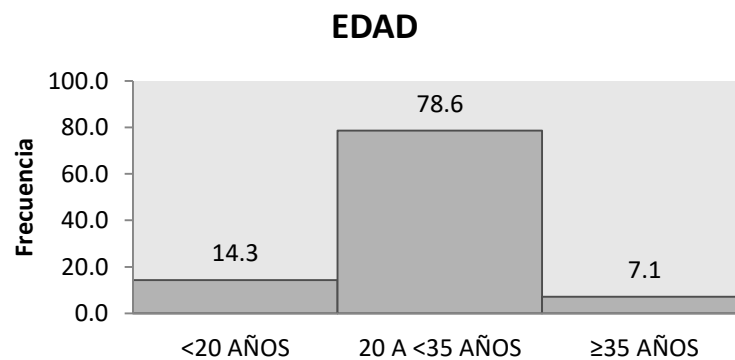


Figura 22. Edad (n=28).

Respecto a la ocupación, observamos que en el grupo de control el 35.7% (n=10) fue ama de casa y el 64.3% (n=18) trabajadoras (**Figura 23**).

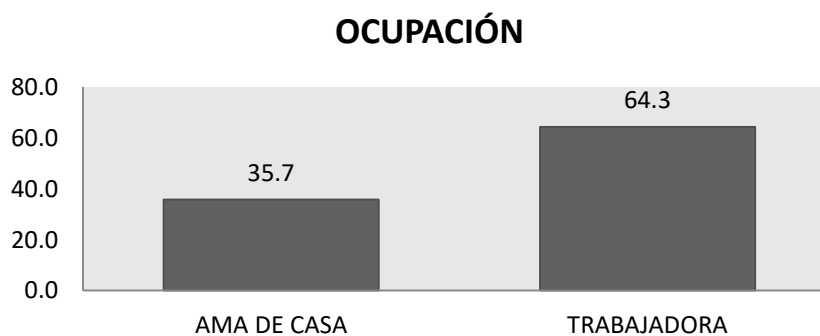


Figura 23. Ocupación (n=28).

El grupo control tuvo un grado escolar de primaria el 10.7% (n=3), secundaria el 50% (n=14) preparatoria el 35.7% (n=10) y licenciatura el 3.6% (n=1) (**Figura 24**).

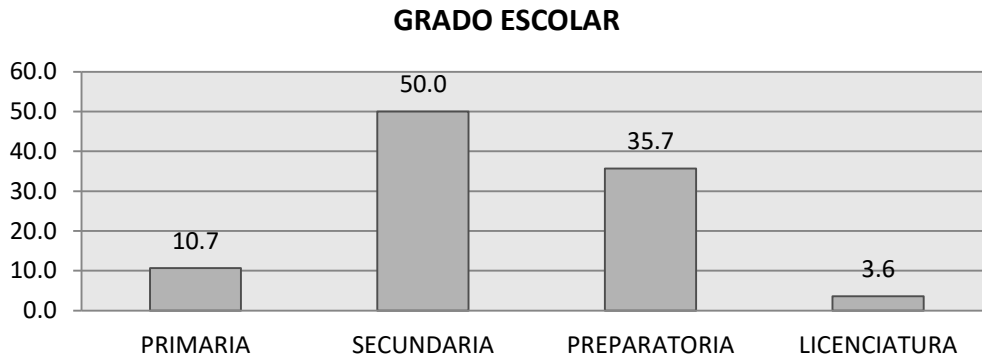


Figura 24. Grado escolar (n=28).

En cuanto al estado civil, el grupo control presentó participantes casadas en 42.9% (n=12) y en unión libre en 57.1% (n=16) (**Figura 25**).

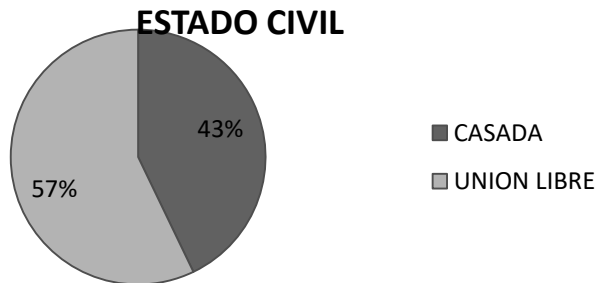


Figura 25. Estado civil (n=28).

El número de hijos deseados en el grupo control fue de 1 en 3.6% (n=1), 2 en 35.7% (n=10), 3 en 53.6% (n=15) y 4 o más en 7.1% (n=2) (**Figura 26**).

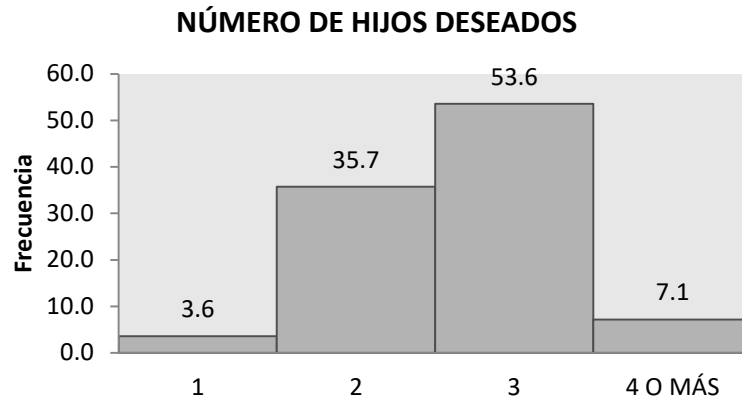


Figura 26. Número de hijos deseados (n=28).

El orden del embarazo actual en el grupo control fue en 357% (n=10) el primero, en 46.4% (n=13) el segundo, en 14.3% (n=4) el tercero y en 3.6% (n=1) el cuarto o mayor (**Figura 27**).

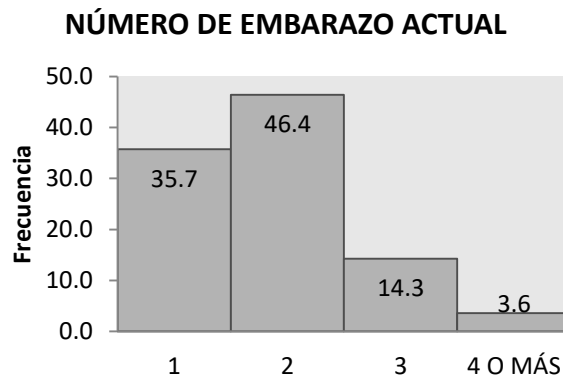


Figura 27. Número de embarazo actual (n=28).

Observamos que en el grupo control, el 42.9% (n=12) tenía ningún hijo vivo, el 42.9% (n=12) tenía un hijo vivo y el 14.3% (n=4) tenía 2 hijos vivos al momento de la recolección de datos (**Figura 28**).

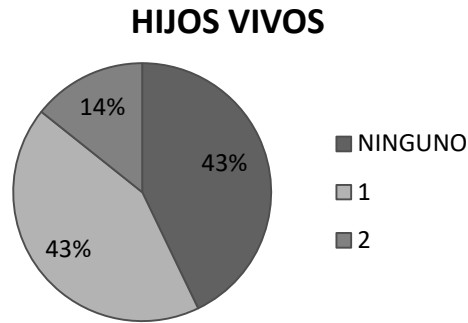


Figura 28. Número de hijos vivos (n=28).

En el grupo control se observó que el 60.7% (n=17) deseaba más hijos, mientras que el 39.3% (n=11) ya no los deseaba (**Figura 29**).

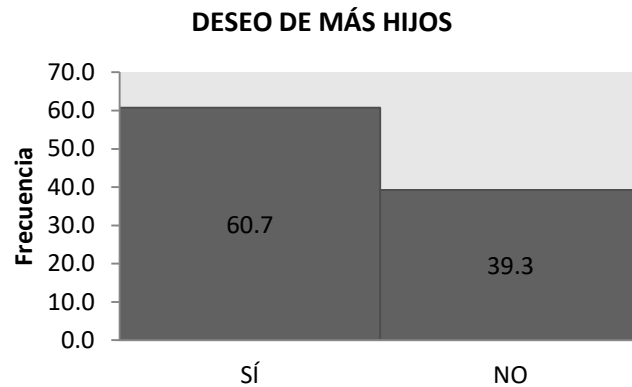


Figura 29. Deseo de más hijos (n=28).

En el grupo control observamos que el MPF utilizado anteriormente fue de 39.3% (n=11) para ninguno, 14.3% (n=4) para los hormonales, tanto orales como inyectables, 39.3% (n=11) para DIU y 7.1% (n=2) para otro método (**Figura 30**).

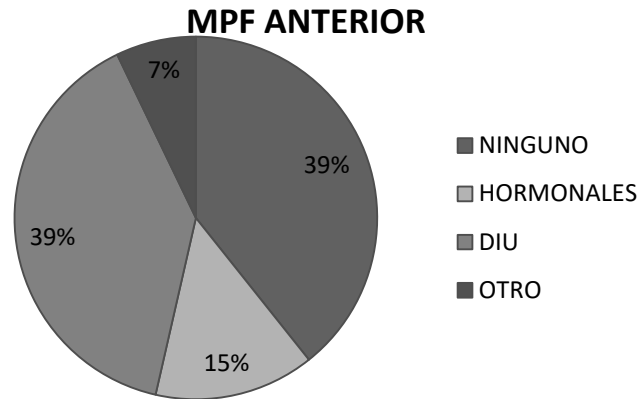


Figura 30. MPF utilizado anteriormente (n=28).

Como motivo de suspensión del MPF utilizado anterior al embarazo, vemos que el grupo control no utilizaba método en 32.1% (n=9), por deseos de embarazo en 28.6% (n=8), por falta de información sobre el método en 10.7% (n=3) y por efectos secundarios en 28.6% (n=8) (**Figura 31**).

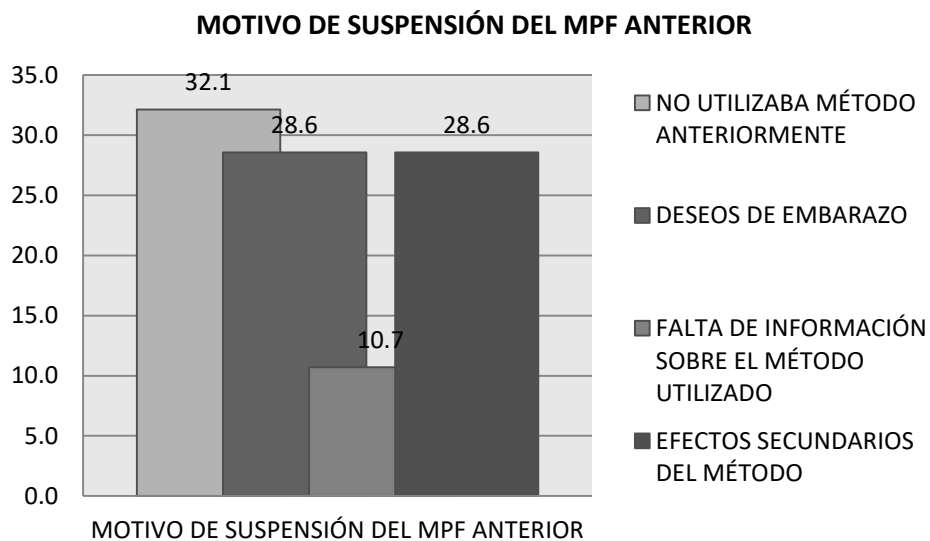


Figura 31. Motivo de suspensión del MPF anteriormente utilizado (n=28).

Referente al IMC previo al embarazo del grupo control, observamos que el 3.6% (n=1) corresponde a bajo peso, el 28.6% (n=8) tenían un peso normal, el 57.1% (n=16) tenía sobrepeso y el 1.7% (n=3) tenía obesidad (**Figura 32**).

IMC PREVIO AL EMBARAZO

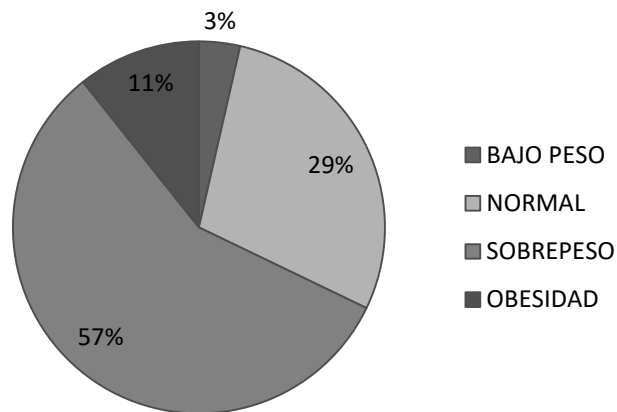


Figura 32. IMC previo al embarazo (n=28).

La religión del grupo control se observó en 1.7% (n=3) como ninguna, el 67.9% (n=19) como católica y 21.4% (n=6) como cristiana (**Figura 33**).

RELIGIÓN

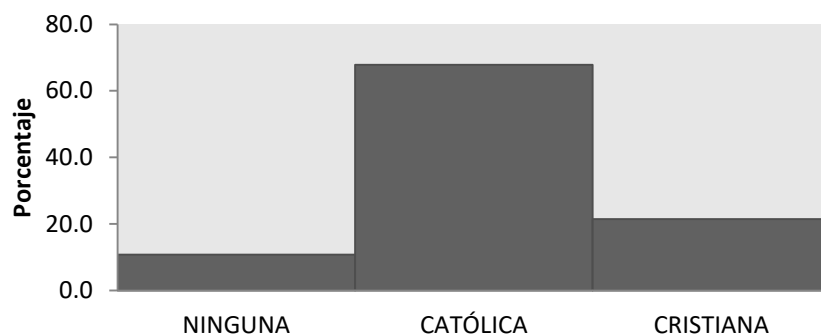


Figura 33. Religión (n=28).

Como número total de embarazos en el grupo control vemos que el 32.1% (n=9) fue de 1, el 50% (n=14) fue de 2, el 14.3% (n=4) fue de 3 y el 3.6% (n=1) fue de 4 embarazos (**Figura 34**).

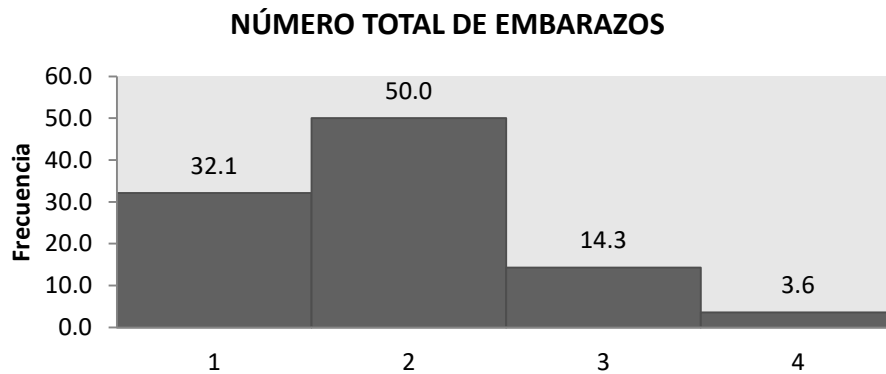


Figura 34. Número total de embarazos (n=28).

En el grupo control vemos que el MPF deseado es temporal en 71.4% (n=20) y definitivo en 28.6% (n=8) (**Figura 35**).

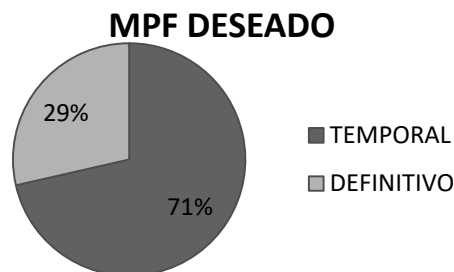


Figura 35. MPF deseado (n=28).

En el grupo control observamos que las enfermedades debidas al embarazo previamente diagnosticadas fueron ninguna en un 89.3% (n=25) y DMG en 10.7% (n=3) (**Figura 36**).

ENFERMEDADES PREVIAS DEBIDAS AL EMBARAZO

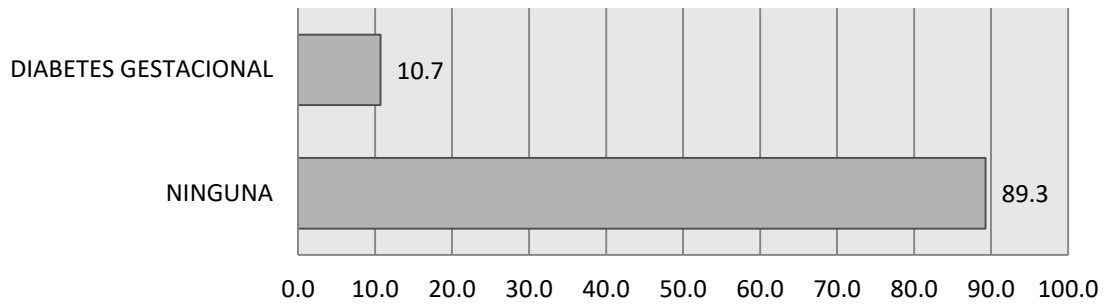


Figura 36. Enfermedades previas debidas al embarazo (n=28).

Como enfermedades crónicas diagnosticadas previamente al embarazo, vemos que el grupo control presentó un 89.3% (n=25) como ninguna enfermedad y 10.7% (n=3) otra (**Figura 37**).

ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVIAS AL EMBARAZO

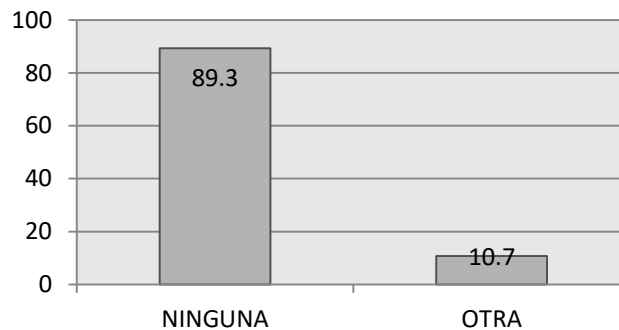


Figura 37. Enfermedades crónicas previas al embarazo (n=28).

Observamos que el grupo control tuvo una asistencia al Módulo de Planificación Familiar durante el CPN en 53.6% (n=15), mientras que el 46.4% (n=13) no asistió (**Figura 38**).

ASISTENCIA A MÓDULO DE PLANIFICACIÓN DURANTE CPN

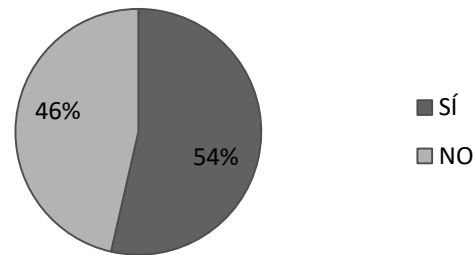


Figura 38. Asistencia al módulo de PF durante el CPN (n=28).

En cuanto al total de consultas de CPN, el grupo control presentó en 7.1% (n=2) 5 consultas, y el 92.9% (n=26) más de 5 consultas (**Figura 39**).

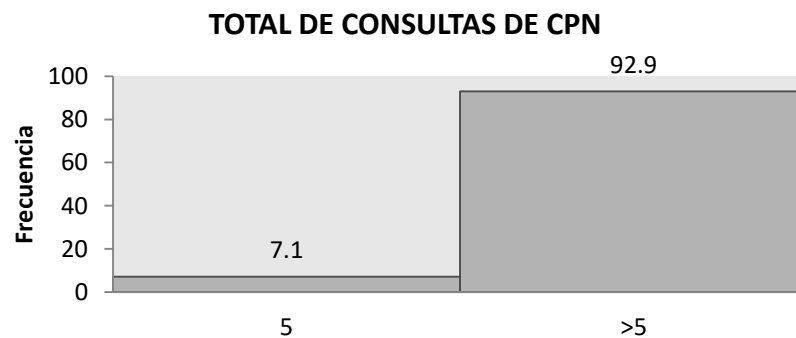


Figura 39. Total de consultas de CPN (n=28).

Como vía de término del embarazo, el grupo control lo concluyó en un 60.7% (n=17) por parto y 39.3% (n=28) por cesárea (**Figura 40**).

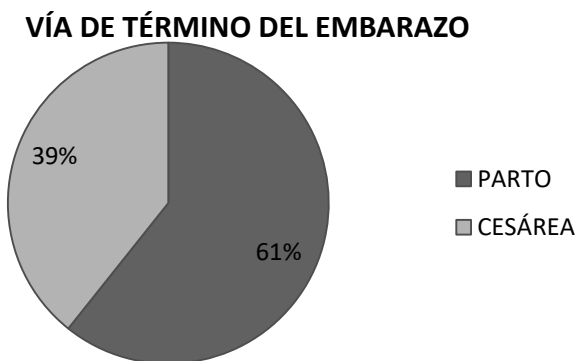


Figura 40. Vía de término del embarazo (n=28).

Como complicaciones durante el nacimiento, el grupo control presentó RPM mayor a 12 horas en 3.6% (n=1), otra complicación en 25% (n=7), mientras que el 71.4% (n=20) cursaron sin complicaciones (**Figura 41**).

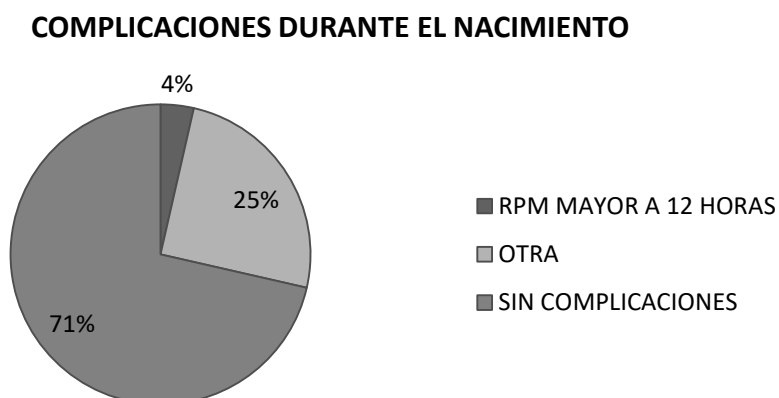


Figura 41. Complicaciones durante el nacimiento (n=28).

Respecto al MPF adoptado durante el puerperio, podemos observar que el 17.9% (n=5) no adoptó ningún método, el 39.3% (n=11) prefirió el DIU, al 28.6% (n=8) se le colocó el implante subdérmico, el 10.7% (n=3) optó por la OTB y el 3.6% (n=1) se decidió por la vasectomía como método final (**Figura 42**).

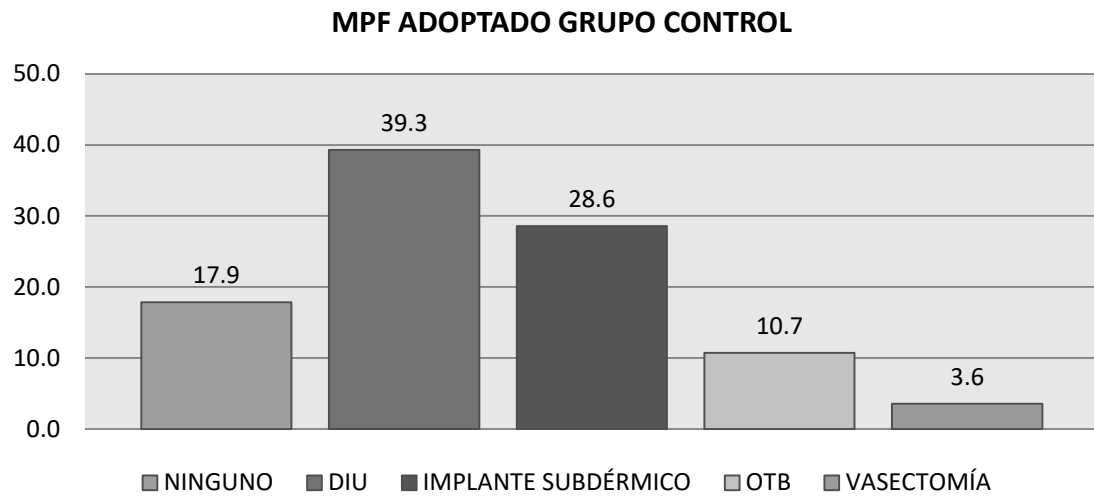


Figura 42. MPF adoptado (n=28).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Como resultado del análisis bivariado comparativo se obtuvo diferencia estadísticamente significativa en las variables Grado Escolar ($p=0.031$) y Asistencia a Módulo de Planificación Familiar Durante el CPN ($p=0.009$) (**Tabla 1**).

Tabla 1.

VARIABLE		ASIGNACION A GRUPO		Total	Significancia Estadística
		INTERVENCIÓN	CONTROL		
GRADO ESCOLAR	Primaria	5	3	8	$p=0,031$
	Secundaria	11	14	25	
	Preparatoria	4	10	14	
	Licenciatura	8	1	9	
Total		28	28	56	
ASISTENCIA A MÓDULO DE PLANIFICACIÓN DURANTE CPN	Sí	24	15	39	$p=0,009$
	No	4	13	17	
Total		28	28	56	

Durante el análisis multivariado, se observó que existe una diferencia estadísticamente significativa con las variables de MPF deseado y MPF adoptado, respecto al grupo al que pertenecían ($p=0.005$) (**Tabla 2**); y las variables Deseo de más hijos / MPF adoptado respecto al grupo que pertenecían ($p= 0.001$) (**Tabla 3**).

Tabla 2.

ASIGNACION A GRUPO		MPF ADOPTADO							Total	Significancia estadística
		NINGUNO	DIU	IMPLANTE SUBDÉRMICO	HORMONALES ORALES	HORMONALES INYECTABLES	OTB	VASECTOMIA		
INTERVENCIÓN	MPF DESEADO	1	0	1	0	0	1		3	$p=0,005$
	TEMPORAL	3	8	4	1	2	2		20	
	DEFINITIVO	0	0	0	0	0	5		5	
	Total	4	8	5	1	2	8		28	

“Efectividad de una intervención educativa en mujeres embarazadas para la adopción de Método de Planificación Familiar durante el puerperio, comparado con grupo control”.

CONTROL	MPF DESEADO	TEMPORAL	3	9	8			0	0	20
		DEFINITIVO	2	2	0			3	1	8
	Total		5	11	8			3	1	28
Total	MPF DESEADO	NINGUNO	1	0	1	0	0	1	0	3
		TEMPORAL	6	17	12	1	2	2	0	40
		DEFINITIVO	2	2	0	0	0	8	1	13
	Total		9	19	13	1	2	11	1	56

Tabla 3.

ASIGNACION A GRUPO	MPF ADOPTADO								Total	Significancia estadística	
	NINGUNO	DIU	IMPLANTE SUBDERMICO	HORMONALES ORALES	HORMONALES INYECTABLES	OTB	VASECTOMIA				
INTERVENCIÓN	DESEO DE MÁS HIJOS	SÍ	4	6	4	1	2	1		18	p=0,001
		NO	0	2	1	0	0	7		10	
	Total		4	8	5	1	2	8		28	
CONTROL	DESEO DE MÁS HIJOS	SÍ	3	6	8			0	0	17	
		NO	2	5	0			3	1	11	
	Total		5	11	8			3	1	28	
Total	DESEO DE MÁS HIJOS	SÍ	7	12	12	1	2	1	0	35	
		NO	2	7	1	0	0	10	1	21	
	Total		9	19	13	1	2	11	1	56	

Para comprobación de hipótesis, se utilizó prueba U de Mann-Whitney, con la que se rechaza hipótesis de trabajo y se acepta hipótesis nula (p=0.187) **Tabla 4.**

Tabla 4.

Prueba de Hipótesis		
Hipótesis Nula	Test	Sig.
La distribución de MPF ADOPTADO es la misma entre las categorías de ASIGNACIÓN A GRUPO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes.	0,187

DISCUSIÓN

Basado en los resultados obtenidos en nuestro estudio se rechaza la hipótesis de trabajo y se acepta la hipótesis nula, la cual cita que “La intervención educativa en mujeres embarazadas no incrementa la adopción de método anticonceptivo en el puerperio”.

Según lo visto por Barber, las mujeres que reciben consejería sobre MAC durante los cuidados prenatales son más propensas a utilizar anticonceptivos, sin embargo, no se ha evaluado la relación entre la consejería y el uso de MAC posterior.

Se ha documentado por Bhavya y cols. que la razón principal de no adopción de MAC era la falta de conocimiento. En el presente estudio se trató de disminuir el factor principal, sin embargo, observamos que la mayor parte de nuestra población había terminado la educación secundaria.

Considero que la falta de estudios que comparen la efectividad de la educación prenatal sobre MAC y su adopción durante el puerperio, requiere de mayor estudio. Ya que, la población embarazada, así como las mujeres cursando el puerperio, son vulnerables a la falta de asesoramiento de calidad por parte del personal de salud, siendo este momento de vital importancia para la adopción de un método de alta continuidad y adecuado a sus características de salud, así como deseos personales.

LIMITANTES DEL ESTUDIO

La principal limitante en el presente estudio fue el corto periodo de tiempo en el cual se llevó a cabo, además de la limitación de espacios y horarios en los cuales realizar las intervenciones educativas, lo que redujo además la disponibilidad de las participantes.

Una limitante adicional al

FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Considero como fortaleza principal la comparación de la población intervenida con un grupo control de las mismas características sociodemográficas, lo que le da mayor peso y confiabilidad a los resultados obtenidos.

Además de lo ya mencionado, otra fortaleza es que se utilizó personal altamente capacitado en el tema a tratar, así como un seguimiento estrecho de las pacientes que participaron.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con la finalidad de apegarnos a los lineamientos éticos, durante la realización de este estudio de investigación se proporcionó a las pacientes que se incluyeron en el grupo de intervención material impreso para reforzar el aprendizaje adquirido por medio de las sesiones, así como consejería sobre el sitio más adecuado donde buscar información confiable sobre cualquier duda que pudiera haber suscitado posterior al término de las sesiones de intervención.

Respecto a las pacientes del grupo de control, durante la segunda fase del estudio, se hizo contacto telefónico con cada una de ellas y se les interrogó sobre la adopción de MAC postparto, así como se proporcionó consejería vía telefónica y se respondieron las dudas respecto al puerperio.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se cumple con el objetivo general de evaluar efectividad de una intervención educativa en mujeres embarazadas de la U. M. F. No. 27 para la adopción de método de planificación familiar durante el puerperio, comparado con grupo control, así como se cumplieron los objetivos específicos

Observamos que la intervención educativa no fue considerado efectivo debido a que el porcentaje de adopción de MPF durante el puerperio fue del 85.7%, lo cual difiere de la definición de efectividad que requería de un mínimo de 86.2%. Por lo tanto se rechaza la hipótesis de trabajo y se acepta la hipótesis nula.

Por lo tanto, considero que se requiere profundizar en el estudio de la adopción de MPF durante el puerperio, además de incidir en la mejoría de la consejería prenatal y el reforzamiento de la consejería postnatal. De esta manera, considero que un punto clave para aumentar el porcentaje de éxito en este tema, es la capacitación adecuada del personal de salud, respecto al seguimiento que se debe realizar de las mujeres puérperas para asegurar la adopción de MPF en el postparto.

Otro punto importante, sería buscar las razones específicas por las cuales las pacientes, posterior a la consejería de calidad, pueden verse desmotivadas respecto a la decisión de la adopción de algún MPF ideal. Sería importante estudiar las redes de apoyo familiar con las que cuenta la paciente, así como incluir a la pareja actual en el proceso de adopción de MPF.

Del presente estudio, se abren otras líneas de investigación, tales como el seguimiento de las pacientes que sí adoptan MPF en el puerperio, para evaluar la permanencia del mismo y presentación de efectos adversos. También se presentan

oportunidades para incrementar el conocimiento que se tiene sobre consejería de MAC en el personal de salud y en las usuarias de los mismos.

Queda claro que es un tema en el cual el prestador de servicios de salud y la pareja deben estar de acuerdo y juntos llegar a la adopción informada, así como de vital importancia en el periodo post evento obstétrico, ya que se busca reducir factores de riesgo maternos, previniendo un embarazo de alto riesgo, ayudando a disminuir morbilidad materno y fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Norma Oficial Mexicana, “De los Servicios de Planificación Familiar”. México:SS. 1993. NOM 005-SSA2-1993.
2. Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Posparto. Organización Mundial de la Salud, 2014. Ginebra, Suiza.
3. Baird DT, Evers JLH, Gemzell-Danielsson K, Glasier A, Killick SR, Van Look PFA, et al. Family planning 2011: better use of existing methods, new strategies and more informed choices for female contraception. *Human Reproduction Update*. 2012. 18(6):670–681, 2012.
4. Secretaría de Salud. Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general. Dirección General de Salud Reproductiva. México: SS; 2002. ISBN 968-811-927.
5. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: OMS. 2015.
6. Organización Mundial de la Salud. Family planning/Contraception. 2015.
7. Hale N, Picklesimer AH, Billings DL, et al. The impact of Centering Pregnancy Group Prenatal Care on postpartum family planning. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210(50)1-7.
8. Allen-Leigh B, Villalobos A, Hernández MI, Suárez L, De la Vara E, De Castro F, et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Publica Mex*. 2013; 55(2):235-240.
9. Secretaría de Salud. Programa De Acción Específico 2007-2012. Planificación Familiar y Anticoncepción. México: SSA. 2008.
10. Villagómez-Ornelas P, Mendoza-Victorino D, Valencia-Rodríguez JA. Perfiles de salud reproductiva Baja California. Consejo Nacional de Población. México, 2011.
11. Barber S. Family Planning Advice and Postpartum Contraceptive Use Among Low-Income Women in Mexico. *International Family Planning Perspectives*. 2007;33(1):6–12.
12. Bhavya R, Veerendrakumar CM. Awareness and Determinants of Contraceptive Use. *J Clin Diagn Res* 2016;10(1):15-19.
13. Juárez F, Bayer AM. 'Without a plan' but 'keeping on track': views on contraception, pregnancy and abortion in México City. *Glob Public Health* 2011;6(1):90-110.
14. Gavin L, Moskosky S, Carter M, Curtis K, Glass E, Godfrey E, et al. Guideline. Providing quality family planning services: recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Providing quality family planning services: recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs. *MMWR Recomm Rep*. 2014;63(4):1-54.
15. Dehlendorf C, Kimport K, Levy K, Steinauer SA. Qualitative Analysis of Approaches To Contraceptive Counseling. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2014;46(4):233–240.
16. Vogt C, Schaefer M. Knowledge matters -impact of two types of information brochure on contraceptive knowledge, attitudes and intentions. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012; 17:135–143.
17. Kiykac S, Bayoglu Y, Dilbaz B, Kilic S, Khalil SS, Kandemir O. Impact of having a high-risk pregnancy on future postpartum contraceptive method choice. *Women and Birth* 2014; 27:254–258.

18. Secretaría de Salud. Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. México: SSA. 2002. ISBN 970-721-099-0
19. Blair G, et al. The relationship of age and place of delivery with postpartum contraception prior to discharge in Mexico: A retrospective cohort study. *Contraception* 2016; 93:478-484.
20. Glazer AB, Wolf A, Gorby N. Postpartum contraception: needs vs. reality. *Contraception* 2011; 83:238–241.
21. Morales-Martínez C, Lamelas-Suárez-Pola ML, Tejuca-Somoano S, Álvarez-Miranda I. Anticoncepción posparto en mujeres con riesgo de exclusión social. *Prog Obstet Ginecol* 2011;54(1):16—20.
22. Sober S, Schreiber CA. Postpartum Contraception. *Clin Obstet Gynecol* 2014;7(4):763-776.
23. Vural F, Vural B, Cakiroglu Y. The Effect of Combined Antenatal and Postnatal Counselling on Postpartum Modern Contraceptive Use: Prospective Case-Control Study in Kocaeli, Turkey. *JCDR* 2016;10(4):04-07.
24. Zapata LB, Murtaza S, Whiteman MK, Jamieson DJ, Robbins CL, Marchbanks PA, et al. Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212:1-8.

ANEXOS

Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Hoja de recolección de datos

“Efectividad de una intervención educativa en mujeres embarazadas para la adopción de Método de Planificación Familiar durante el puerperio, comparado con grupo control”.

Fecha: ____ / ____ / ____

No. De Folio: _____

NSS: _____

Consultorio: _____ Turno: _____

Números Telefónicos: _____ / _____

Instrucciones: Los investigadores serán los responsables de realizar el cuestionario a las mujeres que acepten participar.

1.- Edad: _____ Años

Edad Categorizada: _____

- 1) < 20 años.
- 2) 20 a < 35 años.
- 3) ≥ 35 años.

2.- Ocupación: _____

- 1) Ama de casa
- 2) Estudiante
- 3) Trabajadora
- 4) Otro

3.- Último grado escolar **completado:** _____

- 1) Analfabeta
- 2) Primaria
- 3) Secundaria
- 4) Preparatoria
- 5) Licenciatura
- 6) Postgrado

4.- Estado Civil: _____

- 1) Soltera
- 2) Casada
- 3) Unión libre
- 4) Viuda

5.- Número de hijos deseados: _____ Hijo(s)

Hijos deseados categorizado: _____

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4 o más

6.- Número de embarazo actual: _____

Número de embarazo actual categorizado: _____

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4 o más

7.- Número de hijos vivos: _____

Número de hijos vivos categorizado

- 1) Ninguno
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3
- 5) 4 o más

8.- ¿Desea tener más hijos? _____

- 1) Sí
- 2) No

9.- Método de anticonceptivo utilizado con anterioridad: _____

- 1) Ninguno
- 2) Ritmo / Coito interrumpido
- 3) Hormonales (Orales / Inyectables)
- 4) DIU
- 5) Implante subdérmico
- 6) Otro

10.- Motivo por el que suspendió MAC anteriormente utilizado: _____

- 1) No utilizaba método anteriormente
- 2) Deseos de embarazo
- 3) Falta de información sobre el método utilizado
- 4) Efectos secundarios del método

11.- IMC antes del embarazo: _____ % Peso: _____ kg. Talla: _____ Metros.

Clasificación IMC antes del embarazo: _____

- 1) Bajo peso
- 2) Normal
- 3) Sobrepeso
- 4) Obesidad

12.- Religión: _____

- 1) Ninguna
- 2) Católica
- 3) Cristiana
- 4) Testigo de Jehová
- 5) Otra

13.- Número total de embarazos: _____

Número total de embarazos categorizado: _____

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) Más de 4

14.- Método de Planificación Familiar deseado al término del embarazo: _____

- 1) Ninguno
- 2) Temporal
- 3) Definitivo

15.- Antecedentes de enfermedades por el embarazo: _____

- 1) Ninguno
- 2) Diabetes Gestacional
- 3) Preeclampsia
- 4) Ambas

16.- Enfermedades crónicas previas al embarazo actual: _____

- 1) Ninguna
- 2) Hipertensión
- 3) Diabetes Mellitus
- 4) Lupus Eritematoso Sistémico / Artritis Reumatoide.
- 5) Otra

17.- Asistencia al Módulo de Planificación Familiar durante el Control Prenatal: _____

- 1) Sí
- 2) No

18.- Total de consultas de Control Prenatal hasta la fecha actual: _____

Total, de consultas control prenatal categorizada: _____

- 1) Ninguna
- 2) 1-4
- 3) 5
- 4) >5

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 27.
Encuesta de Seguimiento.

“Efectividad de una intervención educativa en mujeres embarazadas para la adopción de Método de Planificación Familiar durante el puerperio, comparado con grupo control”.

Fecha: ____ / ____ / ____

No. De Folio: _____

NSS: _____

Consultorio: _____ Turno: _____. Fecha del Nacimiento: ____/____/____

Instrucciones: Este cuestionario será recabado por los investigadores, seis semanas postparto.

19.- Vía de término del embarazo: _____

- 1) Parto
- 2) Cesárea

20. Complicaciones durante la labor de parto: _____

- 1) Ruptura prematura de membranas mayor a 12 horas.
- 2) Parto fuera de ambiente hospitalario.
- 3) Infección relacionada con el momento del parto.
- 4) Otra
- 5) Sin complicaciones

21. Método de Planificación Familiar adoptado: _____

- 1) Ninguno
- 2) DIU
- 3) Implante subdérmico
- 4) Hormonales Orales
- 5) Hormonales Inyectables
- 6) OTB
- 7) Vasectomía

ANEXO. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

FOLIO: _____

Lugar y Fecha: Tijuana, Baja California, a _____ de _____ 2017.

Registro Institucional el comité Local de Información y Ética en investigación en Salud:

Título de la Investigación: “Efectividad de una intervención educativa en mujeres embarazadas para la adopción de Método de Planificación Familiar durante el puerperio, comparado con grupo control”.

Justificación y Objetivo del estudio: La consejería para la selección de un Método Anticonceptivo (MAC) es un derecho de todos los ciudadanos en edad reproductiva, pero es especialmente importante durante el embarazo y después del parto. Es importante cuidar el bienestar de Usted y de su hijo; por lo cual si decide tener un nuevo embarazo, se recomienda que transcurran 2 años a partir del nacimiento de su último hijo. Se observa que existe la necesidad de reforzar, por medio de una intervención educativa, a mujeres embarazadas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.27, que se encuentren en los últimos tres meses del embarazo, para la adopción de método anticonceptivo, de manera oportuna y así prevenir embarazos que pongan en riesgo su salud.

Por lo tanto, se busca conocer si una intervención con fines educativos en los últimos tres meses de su embarazo, es beneficiosa para la adopción de Método de Planificación Familiar, después del parto.

Procedimientos: Su participación en la presente investigación si Usted así lo decide, consiste en dos etapas:

1ª. Etapa: Se le incluirá en grupo educativo “*Taller para la Adopción de Método Anticonceptivo en el Puerperio*”, el cual consta de 5 sesiones, cada una con duración de 1 hora, 1 vez por semana. Se le entregará un folleto con la información sobre métodos anticonceptivos. Para su comodidad, se tendrán grupos en la mañana, tarde y los sábados, para que Usted seleccione el horario que le sea más conveniente. El taller educativo se realizará en el auditorio de la UMF No. 27.

2da. Etapa: Es para el seguimiento dentro de las primeras 6 semanas después de su parto, por medio de llamadas a su número de teléfono personal, el investigador responsable, se podrá en contacto con Usted, le realizará tres preguntas: Tipo de parto que Usted haya tenido (parto vaginal o cesárea), si presentó algún problema durante el parto y si Usted tiene algún método de planificación familiar. Toda la información que usted proporcione es estrictamente confidencial

Posibles riesgos y molestias: La presente investigación se encuentra clasificada como de riesgo mínimo. Se le solicita su asistencia una vez por semana durante 5 semanas a la UMF No. 27, para recibir capacitación sobre métodos anticonceptivos; por lo cual debe de programar su tiempo, si Usted trabaja, le ofrecemos la capacitación en diferentes horarios,

esto con el fin de disminuir las molestias que se le pueden ocasionar con sus horarios de trabajo y/o personales.

Posibles Beneficios al participar en este estudio: La información otorgada por el curso-taller y/o folletos sobre los Métodos Anticonceptivos servirá para mejorar su educación en salud y autocuidado así como para que Usted decida seleccionar un Método de Planificación Familiar según sus preferencias y necesidades específicas.

Privacidad y confidencialidad: Se respetará su privacidad, por lo que no se citara su nombre en el estudio, sus respuestas no serán divulgadas de manera que puedan ser identificadas. Sus datos, así como su número telefónico, será información confidencial y se utilizará para fines de investigación exclusivamente. Los resultados de éste estudio pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en reuniones médicas, pero la identidad de las participantes no será divulgada. La autorización para el uso y el acceso de la información protegida de la salud para los propósitos de la investigación es totalmente voluntaria.

Usted conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte sus beneficios como derechohabiente.

He leído la información anterior completa o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

En caso de aclaraciones o dudas relacionadas con el estudio usted podrá dirigirse a:
Investigador responsable: Dra. Aria Dannaé López Verdugo, Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar adscrita a la UMF 27; matrícula: 98023820; teléfono: 646 193 47 19; correo electrónico: dannaelopez@gmail.com.

Asesores: Dr. Juan José Camacho Romo; Médico Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 27; Matrícula: 5607485 Teléfono: (664) 6296385; correo electrónico: juan.camacho@imss.gob.mx.

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos; asesor metodológico y de investigación, adscrita al Hospital General Regional No. 20; matrícula: 9920153; teléfono: 664 6296385; correo electrónico: maria.anzaldo@imss.gob.mx

Dra. Rosa María Meda Anaya; Médico Ginecoobstetra y Sexóloga adscrito al Hospital General Regional No. 1; matrícula: 12117498; teléfono: 664 2048910; correo electrónico: rosa.meda@imss.gob.mx.

José Gregorio García Zazueta, Médico Pasante de Servicio Social, Universidad Autónoma de Baja California. Correo electrónico: Gregorio.garcia31@uabc.edu.mx; teléfono: (664) 36983

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante, podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS, Avenida Cuauhtémoc 330 4to piso, Bloque “B” de la unidad de congresos, Col Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)56276900, Ext. 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob

Nombre y Firma de la participante

Nombre y Firma del investigador
Dra. Aria Dannaé López Verdugo

Nombre y Firma de Testigo

Nombre y Firma de Testigo

ANEXO. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Septiembre - Octubre 2016	Noviembre 2016- Febrero 2017	Mayo 2017	Junio- Septiembre 2017	Octubre 2017	Noviembre 2017	Diciembre 2017
Planteamiento del problema	XXX						
Redacción del proyecto de investigación		XXX					
Aprobación del proyecto			XXX				
Desarrollo del proyecto				XXX			
Análisis de resultados					XXX		
Reporte final						XX	
Entrega a los asesores							XXX

“Efectividad de una intervención educativa en mujeres embarazadas para la adopción de Método de Planificación Familiar durante el puerperio, comparado con grupo control”.