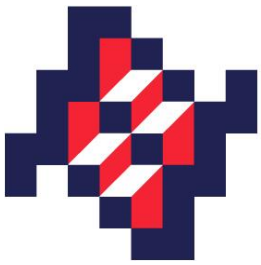


Instituto Nacional de Salud Pública

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO EN EL HOSPITAL INTEGRAL DE JACALA, HIDALGO.

ROSA ADRIANA VELÁZQUEZ SANTOYO
2013-2015

Proyecto Terminal para obtener el grado de Maestra en Salud Pública en Servicio

Dra. Silvia Magali Cuadra Hernández
Directora de Proyecto Terminal

Mtro. Alberto Xithe Maxtha
Asesor de Proyecto Terminal

Cuernavaca, Morelos; a 26 de julio de 2016.

ÍNDICE DEL DOCUMENTO

Introducción 2

Antecedentes 3

Marco teórico o conceptual 5

Planteamiento del problema 11

Justificación 12

Objetivos 13

Material y métodos. 14

Consideraciones éticas 17

Resultados 18

Propuesta de intervención 29

Discusión 39

Conclusiones y recomendaciones 41

Limitaciones del estudio 43

Referencias bibliográficas 44

Anexos 46

INTRODUCCIÓN

Desde hace poco más de cuarenta años fue incluido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a decidir el número y espaciamiento de hijos de forma libre e informada. Desde entonces, se han incorporado diversas acciones para promover la planificación familiar; una de ellas es la oferta de Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO).

Si bien la base de la adopción de un método de APEO es la consejería y la información, existen otros factores que originan bajos porcentajes de uso de la misma: el desconocimiento o temor por los efectos de los anticonceptivos, la oposición de la pareja o la ausencia de la misma, la influencia de la religión e incluso el desabasto de los métodos anticonceptivos en las unidades de salud, por mencionar algunos.

La cabecera municipal de Jacala de Ledezma en el estado de Hidalgo cuenta con dos unidades de salud que atienden, primordialmente, a la población de la localidad, pero también a la de algunos municipios y comunidades vecinas. Una de ellas, el Hospital Integral Jacala, otorga atención a las mujeres en embarazo; lleva a cabo control prenatal, valoraciones obstétricas por especialista, y propiamente la resolución del embarazo.

El presente trabajo pretende identificar los principales factores culturales que influyen en la no aceptación de la APEO por parte de las mujeres que resolvieron su embarazo en dicho hospital. Para su realización, se aplicaron encuestas y entrevistas semiestructuradas a personajes clave de la localidad: a mujeres puérperas no aceptantes de la APEO, a proveedores de salud locales y a un varón, compañero de una mujer con evento post obstétrico.

Los hallazgos reportados en este documento pretenden ser útiles para los servicios de salud u otras instancias que deseen intervenir con alguna de las recomendaciones señaladas.

I. ANTECEDENTES

La comunidad de Jacala está ubicada al noroeste del estado de Hidalgo, en el corazón de la Sierra Gorda. Es una localidad pequeña de 4513 habitantes, de los cuales 52% son mujeres; 90% de la población practica la religión católica; el 89% cuenta con algún grado de estudio y el promedio de escolaridad de la población es de 8.34 años.[1] Esta localidad se clasifica con un grado de marginación medio.[2] La comunidad cuenta con un Centro de Salud acreditado, donde laboran dos médicos generales y un médico pasante en servicio social, así como personal de enfermería que coordina un Club del Embarazo. Se cuenta, igualmente, con un Hospital Integral, no acreditado, donde se brinda atención de urgencias, se dan consultas de especialidad médica y atención a eventos obstétricos. El hospital tiene personal para la atención materna, donde laboran dos ginecólogos, un cirujano general, dos anestesiólogos, seis médicos generales y cinco médicas generales, veinte enfermeras y nueve enfermeras pasantes en servicio social.[3]

A través de un diagnóstico integral de salud poblacional (DISP)[3] realizado durante diciembre del 2014 y enero del 2015 en Jacala, se identificaron diversos problemas de salud a partir de cuatro entrevistas a actores clave de la localidad: al director del hospital, al responsable de la atención integral jurisdiccional, al secretario municipal y al párroco. En esa ocasión, también se aplicó una encuesta a 289 personas en sus domicilios. A través del DISP se encontró que los principales problemas de salud son las infecciones respiratorias agudas y el embarazo, en cuanto a su resolución por cesárea y la falta de adopción de métodos de anticoncepción posterior a un evento obstétrico.[3]

De acuerdo con Díaz Sánchez y cols., en muchas ocasiones no se satisfacen las necesidades de anticoncepción en las mujeres, principalmente por una deficiente orientación y consejería en las clínicas y en los servicios de salud.[4] A nivel mundial, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos para el año 2010, era del 63%, con una necesidad insatisfecha del 11%.[5]

Desde hace más de cuarenta años se ha promocionado en México la planificación familiar. En 1973 fue incluido en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Un año después se incluyeron una serie de acciones que permitieron regular el crecimiento de la población, en el marco de la Ley General de Salud. En la década de los setentas, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en mujeres con una relación de pareja considerada “estable” era apenas de 15%; para 2003 el incremento alcanzó 74.5% de prevalencia.[6] Sin embargo, es importante señalar que en los últimos doce años se han presentado descensos en su uso: para 2006 la prevalencia bajó a

70.9%; para el 2009, se reporta un ligero aumento respecto a la cifra anterior, colocándose en 72.5%:[6] y para el 2012, los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan 71% de prevalencia en el uso de estos métodos a nivel mundial, mientras que la necesidad insatisfecha alcanzó 12%.[5]

Si bien el panorama actual resulta alentador comparado con el de hace cuarenta años, el comportamiento específico respecto al uso de la Anticoncepción Post Evento Obstétrico no es tan positivo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), 52% de las adolescentes y 42% de las mujeres adultas que fueron atendidas por algún evento obstétrico en los servicios públicos de nuestro país no aceptaron ningún tipo de APEO[7]; en el estado de Hidalgo durante el año 2006 ese porcentaje fue de 38.3% de las mujeres en edad fértil.[4]

Según el Consejo Nacional de Población, la información es un elemento crucial para decidir por un método anticonceptivo:

> La primera condición para que la población pueda recurrir a la anticoncepción como medio para regular su fecundidad es la identificación y el conocimiento que posea sobre los métodos. Un reto importante de las políticas y programas es asegurar la información y, en su caso, la consejería, así como el acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos, a fin de que estén al alcance de la población de diferentes contextos socioculturales y geográficos.[8]

Si bien el programa de planificación familiar implementado en nuestro país ha tenido avances significativos, la adopción de métodos anticonceptivos posterior a un evento obstétrico continúa siendo pobre; su uso presenta importantes rezagos entre adolescentes y adultas jóvenes, así como en la población que habita en localidades de alta marginación, en zonas rurales e indígenas.[6]

II. MARCO TEÓRICO

La APEO es definida como una estrategia que permite a las mujeres en estado puerperal, espaciar un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva mediante un método anticonceptivo temporal o definitivo, ya sea en el periodo posparto, poscesárea, transcesárea o posaborto.[4]

El quinto objetivo de Desarrollo del Milenio denominado “Mejorar la salud materna” señala en su apartado 5 B que para el año 2015 se debía lograr el acceso universal a la salud reproductiva y reducir la mortalidad materna a 22 por cada 100,000 nacidos, a través de estrategias como el incremento de la aceptación de planificación familiar post parto, entre las más importantes.[9]

En México, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 señala que la disminución en la mortalidad materna se logrará al prevenir embarazos no deseados, abortos no indicados o realizados en condiciones de alto riesgo al disponer de servicios de salud seguros que permitan a la mujer acceder a la anticoncepción de forma voluntaria en etapa de embarazo, parto y puerperio.[10] Para lograrlo, se ha fomentado el uso de la APEO a través de la consejería y el acceso a los métodos, especialmente en comunidades marginadas.[10]

El estado de Hidalgo está alineado con el Plan Nacional de Desarrollo y con el Programa Sectorial de Salud 2011-2016, donde se hace hincapié en la prevención de la mortalidad materna.[11] Aunque Jacala no se identifica como un área con una tasa de mortalidad materna elevada (no se reportan muertes maternas desde el año 2000), las acciones de prevención resultan de suma importancia, pues la población se encuentra en un municipio marginado[11]. Para 2006, 61.3% de las mujeres hidalguenses en edad fértil utilizaban algún método anticonceptivo postparto.[4]

La Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 define la planificación familiar como:

> El derecho de toda persona a decidir de forma libre, responsable e informada, acerca del número y espaciamiento de sus hijos así como al derecho de obtener toda la información al respecto y servicios adecuados, sin importar el género, la preferencia sexual, su edad y el estado social o legal de las personas.[12]

La estrategia de APEO no pretende únicamente retardar la presencia de un nuevo embarazo para la mujer; su uso busca múltiples beneficios tanto para la usuaria como para sus hijos, como los que se enlistan a continuación: [4]

- Proteger la vida de las mujeres con el espaciamiento de los embarazos, lo que disminuye la probabilidad de complicaciones durante los mismos y la probabilidad de desenlaces graves como la muerte materna
- Se previene la realización de abortos en condiciones de riesgo para las mujeres
- En mujeres adolescentes, permite que el siguiente embarazo se retrase para los años de mejor capacidad reproductiva
- Ayuda a espaciar el periodo intergenésico
- Incrementa la sobrevivencia infantil ya que, al retardar un embarazo, la atención otorgada hacia los hijos/as será mayor
- Oferta más opciones de desarrollo a la mujer al permitirle el acceso a oportunidades de empleo y educación
- Fomenta prácticas sexuales seguras

Además, la APEO promueve en las comunidades un mejor desarrollo de la población, la desaceleración del incremento demográfico y un mayor control de la tasa de natalidad, de manera que no sólo se beneficia el entorno directo de las usuarias, sino que el uso de estos métodos resulta una medida de control para el crecimiento poblacional. Otra razón por la cual se debe iniciar con medidas de anticoncepción después del embarazo es que, principalmente en el primer embarazo, los cuidados al recién nacido y recuperación posteriores al evento obstétrico son mayores que en embarazos posteriores[4]

Si bien el estado de Hidalgo no se encuentra dentro de los primeros lugares en muerte materna, existen factores que por sí mismos ponen en riesgo a las mujeres de algunas regiones de la entidad, ante lo cual es precisa la prevención:[11] una acción preventiva es la aplicación de la APEO.

Actualmente, se cuenta con una amplia gama de métodos anticonceptivos capaces de limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja de forma temporal o permanente. De forma temporal existen métodos hormonales orales, inyectables y subdérmicos; los dispositivos intrauterinos; los métodos de barrera como el condón masculino y el femenino; los espermicidas y los métodos naturales o tradicionales: ritmo, abstinencia, temperatura y observación del moco cervical. Éstos últimos resultan poco seguros para la prevención de un embarazo. De forma permanente existen métodos como la oclusión tubaria bilateral y la vasectomía. El preservativo o condón masculino, se considera una forma de prevención de infecciones de transmisión sexual más que un método anticonceptivo.[12]

Los métodos de APEO pueden adoptarse en diversos momentos de la atención al embarazo, parto y puerperio, por lo que se presentan momentos de oferta y posible aceptación tanto en la consulta prenatal en las unidades de primer nivel de atención, como en el periodo de posparto, transcesárea, poscesárea o posaborto.[4]

En este sentido, la consejería resulta un proceso vital para la adopción de algún método de APEO. El personal de salud que participa directamente en la atención obstétrica suele omitir la orientación o consejería durante la estancia de las mujeres embarazadas en la unidad de salud. Esto ocurre a nivel hospitalario, pero en las localidades donde no se cuenta con otro servicio de atención a la mujer además de la partería tradicional, la oferta de APEO es aún menor.[4]

Si bien la atención a la embarazada en los hospitales se enfoca en la resolución del evento obstétrico, el momento propicio para que la consejería influya en la embarazada para adoptar un método anticonceptivo es durante la consulta prenatal en las unidades de primer nivel de atención o durante las valoraciones periódicas del/la gineco-obstetra en la unidad hospitalaria.[4]

En este contexto, es importante señalar que la cultura y las ideologías influyen en las necesidades reproductivas de las mujeres, especialmente al momento de la adopción de algún método anticonceptivo. En América Latina, las mujeres siguen representando el papel social de la madre cuidadora y ama de casa.[13] Se han identificado diversas razones por las cuales existe una baja adopción de planificación familiar: la falta de conocimientos sobre los anticonceptivos o su conocimiento deficiente (lo que las lleva al fracaso recurrente en el uso del método), el temor infundado a los efectos secundarios, la oposición de la pareja, la postura de algunas iglesias respecto a la anticoncepción y las barreras para conseguir los métodos dentro de los servicios de salud.[13] A menudo, las mujeres sufren repercusiones por tomar decisiones sin consultar a la pareja, como el abandono y la estigmatización por el uso de métodos anticonceptivos. A esto se suma la falta recursos económicos que muchas veces limita el traslado a una unidad donde pueda ser provista de un método anticonceptivo. Está documentado el papel de los factores socioculturales en América Latina, como el machismo, la religión, y las creencias y mitos respecto a los métodos anticonceptivos[14]

Desde la década de los 50´s, se han desarrollado diversos modelos de cambio de comportamiento enfocado en los diferentes niveles en los cuales se puede incidir para producir un cambio positivo en salud.

La efectividad de una estrategia de cambio conductual dependerá de tres factores principales:[15]

1. Enfocarse en comportamientos e información específicos y no en la difusión de información general.
2. Identificar y trabajar con las influencias que resultan relevantes en el comportamiento para cada grupo.
3. Diseñar estrategias dirigidas a los actores sociales involucrados basándose en teorías e investigaciones previas. Dichos actores sociales pueden resultar benéficos en el desempeño así como actuar en la falta del mismo y el mantenimiento de comportamientos nocivos para la salud.[15]

Existen teorías que se enfocan en características individuales e interpersonales (situación económica, política, escolaridad, cultura…) y otras teorías enfocadas a comunidades y organizaciones que identifican no solo aspectos del individuo sino también de la organización en sí.[15]

Para el presente trabajo se tomó como base el Modelo de Creencias en Salud el cual fue originado por Hochbaum en 1958 y posteriormente por Becker (1974) y Rosenstock (1974).

Dicha teoría surge con la intención de encontrar respuestas relacionadas con la explicación de por qué las personas se niegan a llevar a cabo conductas preventivas para su salud. Inicialmente se centró en estudiar la conducta de evitación de la enfermedad en sujetos sanos abarcando una dimensión psicológica y social. [16]

De acuerdo con Rosenstock, el Modelo de Creencias en Salud se basa en 4 dimensiones:[16]

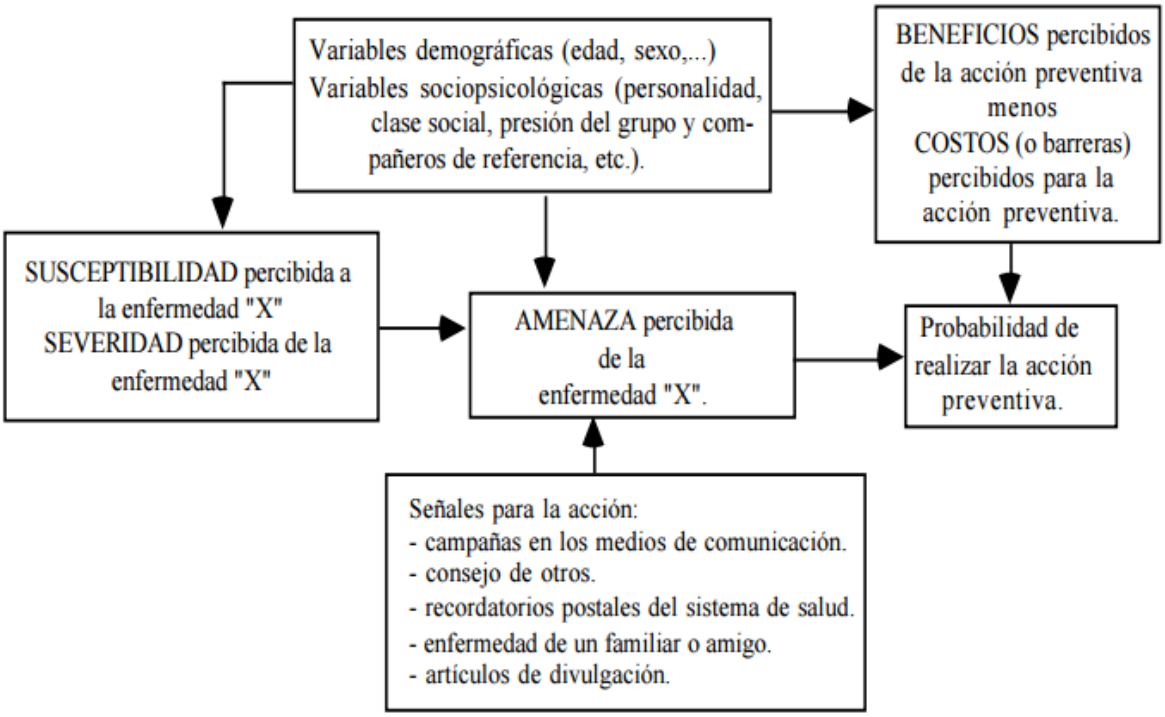
1. La susceptibilidad percibida: es la percepción subjetiva de cada ser humano de encontrarse en peligro en enfermar. Abarca desde percibir la negación a enfermar, la posibilidad estadística de enfermar y la aceptación de que es susceptible de enfermar.
2. La severidad percibida: se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer la enfermedad y dejarla sin tratar; contempla tanto las consecuencias médico clínicas como la muerte o discapacidad así como las consecuencias sociales que traerá la enfermedad en sus relaciones afectivas, laborales o familiares. Puede ser un detonante para desencadenar una conducta positiva en salud.
3. Los beneficios percibidos: se refiere a las creencias del sujeto respecto a la efectividad de las conductas o servicios que están disponibles al enfrentar un problema de salud.
4. Las barreras percibidas: se refiere a las barreras referidas por el individuo, que se oponen a efectuar una conducta en salud como son los costos, accesibilidad, etc. [16]

Este modelo considera diversas situaciones enfocadas principalmente a la disposición del individuo y la percepción de las barreras, las cuales se reflejan en conductas distintas frente a la salud y

enfermedad. Si la disposición del individuo es alta y los aspectos negativos son débiles, se puede llevar a cabo una conducta preventiva o de salud; si la disposición del individuo es baja y los aspectos negativos son altos, la conducta se frenará pues serán vistos como barreras definitivas; en el último caso, si la disposición del individuo es alta y las barreras son fuertes, puede surgir un conflicto que lo lleve a una negativa psicológica de su enfermedad realizando actividades que en realidad no resultan en ningún beneficio ante su problema de salud. [16]

Otros autores (Becker y Maiman, 1975), señalan que existen estímulos o detonantes imprescindibles para la toma de decisiones los cuales pueden ser internos o externos e influyen directamente en la decisión del individuo para producir un cambio de conducta[16]. A continuación se muestra un resumen gráfico del Modelo de Creencias en Salud tomado de Moreno y Gil (2003) (Figura 1):

Figura 1: Modelo de creencias sobre la salud aplicado a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva



Adaptación del modelo de Becker y Maiman (1975)

Relacionado con esta teoría, Burger y Burns (1988) realizaron una investigación en mujeres estudiantes de psicología sexualmente activas en la cual 67.9% refirió utilizar algún método anticonceptivo y haber tenido, al menos en una ocasión, relaciones sexuales en los últimos 6 meses. Se les cuestionó acerca de la percepción que tienen de sí mismas ante la vulnerabilidad de quedar embarazadas indicando los

resultados que se percibían menos propensas a tener un embarazo no deseado que el resto de las mujeres de su escuela, las mujeres de su edad y las mujeres en edad fértil.[17]

Estos autores, refieren que las mujeres encuestadas mostraban un efecto de ilusión de invulnerabilidad ante un embarazo aun cuando todas eran sexualmente activas, y 32.1% no utilizaban ningún método anticonceptivo lo cual refleja la baja susceptibilidad percibida de estas mujeres ante un embarazo y su menor probabilidad de utilizar un método anticonceptivo ya que no se perciben vulnerables ante un embarazo no deseado.[17]

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al realizar el Diagnóstico Integral de Salud Poblacional (DISP) en Jacala durante el periodo de diciembre 2014 a enero 2015,[3] se identificó que la resolución del parto por vía cesárea así como la no adopción de la APEO, son problemas prioritarios en la localidad. En Jacala, aun cuando el poblado es la cabecera municipal de Jacala de Ledezma, el centro del comercio, de las actividades escolares y laborales de la región, y a pesar que se cuenta con infraestructura en salud, la presencia de embarazos y mujeres que al término del mismo no adoptan algún método de anticoncepción posterior a su resolución es elevada.

De acuerdo con información proporcionada por el área de estadística del Hospital Integral Jacala, el comportamiento en cuanto a la adopción de APEO en dicha unidad varió entre 32.2 y 40% durante el periodo de 2011 a 2014, siempre oscilando debajo de la media estatal de 61.3%. Lo encontrado en el DISP coincide con esta cifra: solamente 6 de cada 10 puérperas adoptaron la APEO.[3]

Es necesario identificar las barreras individuales, comunitarias e institucionales para la aceptación de la APEO, y proponer intervenciones que la mejoren.

IV. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la información proporcionada por la Jurisdicción Sanitaria 16, durante el 2014 se contabilizaron en Jacala 7,982 mujeres en edad fértil, de las cuales el 12 % se encontraba en control con algún método de planificación familiar.[18] Con base en el DISP realizado en Jacala en el periodo de diciembre 2014 a enero 2015, se encontró que en 1 de cada 10 hogares existe una mujer embarazada y casi la tercera parte de ellas son adolescentes[3]. A pesar de que todas refieren llevar o haber llevado control prenatal, al final de su embarazo sólo 6 de cada 10 mujeres que concluyeron el embarazo durante el 2014 decidieron adoptar un método anticonceptivo.[3] En cuanto a la atención en el Hospital Integral Jacala, durante el año 2014, de los 463 eventos obstétricos atendidos, sólo el 38.3 % de las mujeres adoptaron la APEO.[19] Los métodos más utilizados fueron el Dispositivo Intrauterino (DIU) y la oclusión tubaria bilateral con 32%, respectivamente, seguidos del implante subdérmico con 30% de aceptantes; 6% de las mujeres aceptaron métodos hormonales y 35 mujeres egresadas por algún evento obstétrico decidieron únicamente utilizar preservativo como método de planificación familiar.[19]

Por lo antes citado, este trabajo pretende explorar los factores organizacionales y culturales en torno a la no aceptación de la APEO por parte de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Integral Jacala, así como las representaciones en torno a la APEO del personal médico de dicha unidad hospitalaria y la pareja de algunas de las mujeres encuestadas; una vez identificados, se podrá proponer recomendaciones para una intervención o estrategia que permita incrementar la adopción de APEO en dicha unidad hospitalaria y disminuir las consecuentes complicaciones que pudiesen presentarse en las no aceptantes.

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Proponer un plan de intervención en la localidad de Jacala para mejorar la adopción de APEO a partir del análisis de las características culturales de la localidad y las características organizacionales de los servicios de salud, que intervienen en la no aceptación de la Anticoncepción Post Evento Obstétrico.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar y analizar las barreras culturales de la población, que influyen en la no adopción de APEO de las mujeres puérperas de Jacala
- Identificar las barreras propias del Hospital Integral Jacala para la oferta y aceptación de métodos de APEO
- Analizar el proceso de oferta-demanda de APEO en el Hospital Integral Jacala y el seguimiento que se les otorga en la Jurisdicción Sanitaria 16
- Diseñar una intervención enfocada en el factor cultural condicionante con más posibilidades de incidir

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se inició con una investigación en fuentes secundarias (artículos, encuestas estadísticas) para identificar las barreras socioculturales que influyen en la decisión de no adoptar APEO. Posteriormente, se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas (ver anexo 1). Para el abordaje cuantitativo se llevó a cabo una encuesta a mujeres puérperas que resolvieron su evento obstétrico en el Hospital Integral Jacala durante el 2014 y que no aceptaron la APEO (ver cédula de encuesta en anexo 2). Para el abordaje cualitativo se entrevistaron proveedores de servicios de salud de la localidad relacionados con la atención de las mujeres y a un varón pareja de una de ellas. (ver guía de entrevista en anexo 4).

La encuesta tuvo como finalidad registrar datos obstétricos, control prenatal, resolución del embarazo y motivos por los cuales las encuestadas no aceptaron la adopción de la APEO; la entrevista a un varón complementó esta información. Solo se logró entrevistar a un varón, pareja de una de las mujeres no aceptantes de APEO ya que el resto se negó a participar o no se encontraba en la localidad.

Los informantes de los servicios de salud entrevistados fueron funcionarios de los servicios de salud públicos y proveedores de servicios a quienes se les preguntó sobre los procesos de oferta de anticoncepción y la organización de los servicios en torno a la APEO.

Encuesta y entrevistas

La encuesta a mujeres puérperas

6.2 Población objetivo

Todas las mujeres en edad fértil de la localidad Jacala, cabecera municipal de Jacala de Ledezma, Hidalgo, (1,398 de acuerdo al INEGI, 2010).

6.3 Población de estudio

Subconjunto de población de mujeres puérperas de la localidad Jacala que se atendieron en el Hospital Integral Jacala en el año 2014 y que no aceptaron la APEO. Los registros hospitalarios indicaron que 76 mujeres se atendieron en ese hospital y 40 no aceptaron la anticoncepción. se les buscó en sus domicilios para intentar su participación.

6.4 Instrumentos

Encuesta para las puérperas y guía de entrevistas para personal de salud y para pareja masculina de las puérperas. Cartas de consentimiento bajo información.

6.5 Tamaño de la muestra

Se seleccionaron todas las 40 puérperas atendidas en el Hospital Integral Jacala, con domicilio en la localidad Jacala y que dieron a luz en dicha unidad durante el 2014 y que no aceptaron APEO antes de su egreso.

Para la aplicación de los cuestionarios se tomó como punto de partida el domicilio incluido en el tarjetero de mujeres embarazadas y en lactancia del Sistema de Información para la Gerencia Hospitalaria (SIGHO). Se logró encuestar a 33, pues de acuerdo a los registros del Módulo de Afiliación y Orientación del Seguro Popular del Hospital Integral Jacala, 7 mujeres emigraron de la localidad.
Las personas seleccionadas fueron entrevistadas en sus domicilios en forma directa utilizando preguntas de opción múltiple y preguntas abiertas, cuya aplicación estuvo a cargo de la investigadora

6.7 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Mujeres cuyos nombres se encuentren en el censo de puérperas 2014 del Hospital Integral Jacala que no hayan aceptado APEO
- Mujeres que acepten en forma escrita participar en el estudio
- Mujeres que su evento obstétrico se haya resuelto en el Hospital Integral Jacala

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no se encuentren el censo o que hayan aceptado APEO
- Que no residan en Jacala
- Que el evento obstétrico no se haya resuelto en el Hospital Integral Jacala

Criterios de eliminación:

- Se eliminará a quienes contesten menos del 75% del cuestionario.
- Quienes decidan ya no participar en el estudio.

6.8 Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de información se aplicó un cuestionario elaborado para este proyecto (Anexo 2). La aplicación de este cuestionario tuvo una duración aproximada de 15 minutos. Se recabó el consentimiento bajo información escrito, previamente aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública. No se encontraron menores de edad dentro de las 33 encuestadas.

Se realizó una prueba piloto con el objetivo de estandarizar las preguntas a las entrevistadas e identificar dificultades en su comprensión, así como medir el tiempo promedio de aplicación del instrumento y validar el proceso de captura y el análisis de datos. Esta prueba fue realizada a mujeres puérperas que resolvieron su evento obstétrico en las dos primeras semanas del mes de septiembre 2015, antes de ser egresadas del Hospital Integral Jacala. Se aplicaron cinco cuestionarios. Con el propósito de realizar un análisis de las variables, éstas fueron operacionalizadas en una tabla presentada en el Anexo 3.

6.9 Procesamiento y análisis de la información

La información de las 33 encuestas realizadas fue capturada en el programa EXCEL y para el análisis se utilizó el paquete estadístico de EpiInfo versión 7. Se calcularon medidas de tendencia central como la media, así como medidas de frecuencia simple como proporciones y frecuencias.

6.10 Entrevistas semiestructuradas a informantes clave de los servicios de salud y a compañero varón de una de las mujeres entrevistadas

Las personas seleccionadas fueron entrevistadas en el lugar y horario que ellos asignaron. La entrevista se realizó de forma directa e individualizada, con el apoyo de una guía de entrevista semiestructurada, la cual fue aplicada por la investigadora (Anexo 4). Cabe señalar que a todos los actores clave entrevistados se les solicitó autorización para grabar la entrevista, previa firma del consentimiento correspondiente. Las entrevistas exploraron nociones en torno a la adopción de la APEO y los procesos organizacionales de los servicios de salud donde se ofertan. .

En el momento de la encuesta se le preguntó a la mujer participante si tenía una pareja estable y si existiría la disposición del mismo de participar en una entrevista para conocer los motivos de no aceptación del APEO; sólo un varón aceptó realizar la entrevista. Esta tuvo como finalidad explorar los significados que los compañeros de las mujeres le atribuyen al APEO.

6.11. Plan de análisis de las entrevistas

La información obtenida en las entrevistas fue trascrita en un texto de Word, procesándose de manera manual. Se definieron códigos para clasificar la información (Anexo 5).

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tiene como base la Declaración de Helsinki[20] en la que se estipula que para realizar cualquier investigación experimental u obtención de información en seres humanos es necesario contar con un consentimiento bajo información en el cual el participante en el estudio o investigación acepte de forma escrita o verbal su participación y comprenda los objetivos del mismo.[20]

Para la realización del proyecto terminal, se aplicaron dos tipos de consentimiento bajo información: el primero para las entrevistas semiestructuradas a actores clave y las parejas de las mujeres entrevistadas (así como el consentimiento para grabación de la entrevista) y el segundo para quienes se les aplicó el cuestionario (ver anexos 6 y 7). En ambos se expuso que la participación era voluntaria y que se preguntarían datos que serían utilizados únicamente para esta investigación, siendo libres de retirarse en cualquier momento de la entrevista o del cuestionario. Se planeó un consentimiento para las mujeres puérperas menores de 18 años a fin de que la aplicación de la encuesta se autorizara por sus padres, sin embargo, no se encontraron puérperas menores de edad (ver anexos 8 y 9).

VIII. RESULTADOS

Resultados de encuestas a mujeres

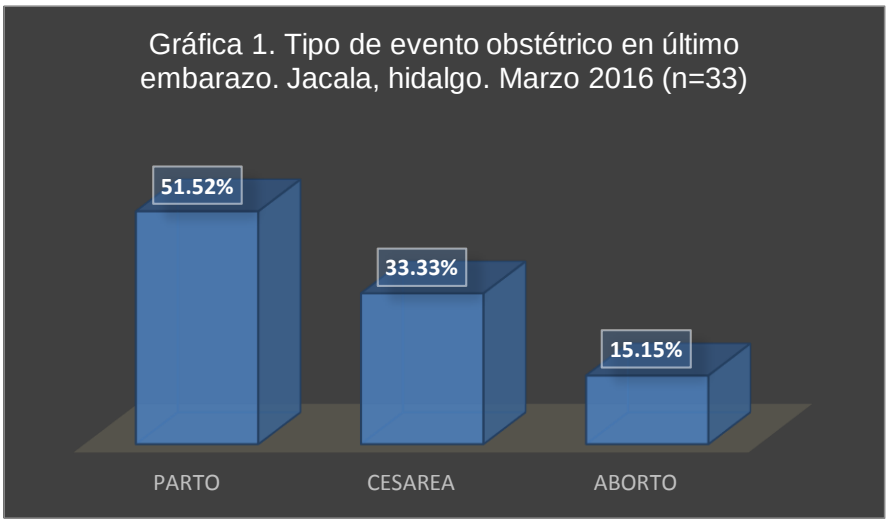
Los resultados de las 33 encuestas a mujeres puérperas indican que la mayor parte de las participantes pertenecen a los barrios Centro y Calvario: 30.3% y 24.24%, respectivamente. Estos sitios son los más poblados de la localidad. La media de edad fue de 33 años; el límite mínimo fue los 18 años y el máximo los 39 años. Respecto al estado civil, el 36.36% refirieron ser solteras, mientras que el 63.64% vive en unión libre y tiene una pareja estable. El grado de escolaridad de las encuestadas se presenta el cuadro siguiente:

Cuadro 1. Grado de escolaridad de mujeres puérperas del Hospital Integral Jacala, Jacala, Hidalgo. Marzo 2016

Nivel de escolaridad	Porcentaje	No.
Primaria	9.09%	3
Secundaria completa	36.36%	12
Secundaria incompleta	9.09%	3
Bachillerato completo	12.12%	4
Bachillerato incompleto	21.21%	7
Carrera técnica completa	9.09%	3
Profesional incompleta	3.03%	1

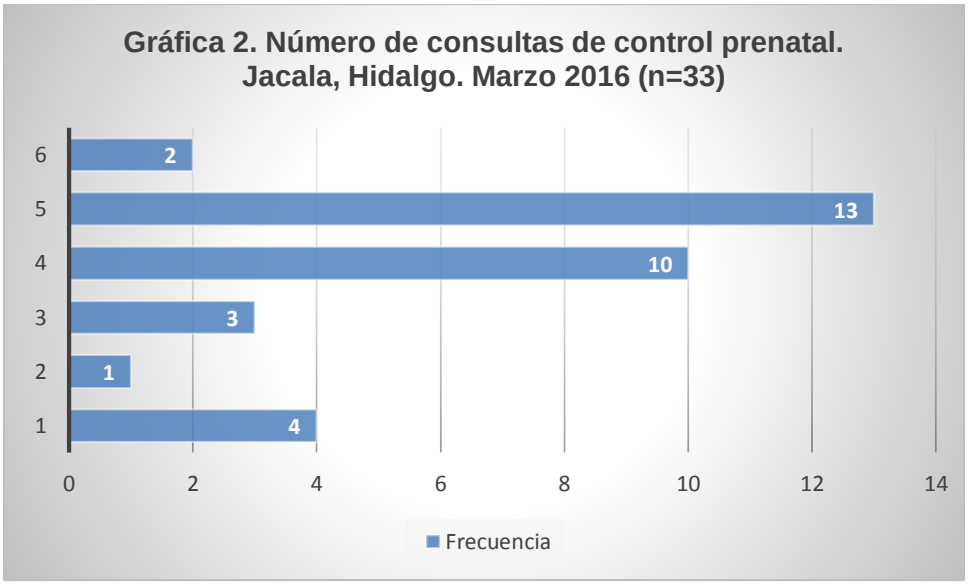
Fuente: Encuestas a mujeres puérperas, Jacala, Jacala de Ledezma Hidalgo, marzo 2016

En cuanto a los antecedentes obstétricos de las mujeres encuestadas se encontró que 39% son primigestas, 52% han tenido de 2 a 3 embarazos y 9% han tenido 4 o más embarazos. 25 mujeres refirieron haber tenido un parto normal; de ellas, 52% han tenido un solo parto, 40%, dos y el 8%, tres. 10 mujeres encuestadas refirieron haber tenido alguna cesárea; de ellas, 40% ha tenido una, 50%, dos y 10%, tres. Finalmente, 8 mujeres refirieron haber abortado en algún momento. El tipo de evento obstétrico de su último embarazo se muestra en la siguiente gráfica:



Fuente: encuestas a mujeres puérperas, Jacala, Jacala de Ledezma Hidalgo, marzo 2016

El 12.12% de mujeres refieren no haber llevado ningún tipo de control prenatal; el 87.88% que sí lo llevó lo hizo en el Centro de Salud Jacala acudiendo a diferente número de consultas, como se indica en la siguiente gráfica:



Fuente: encuestas a mujeres puérperas, Jacala, Jacala de Ledezma Hidalgo, marzo 2016

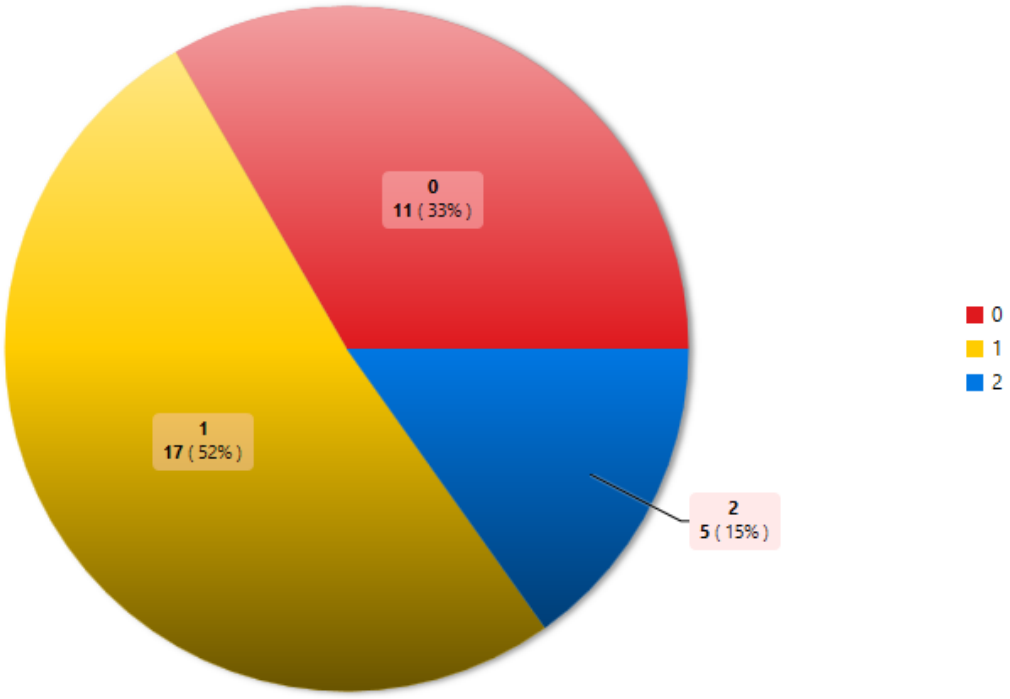
El 100% de mujeres que recibió el servicio de control prenatal refiere haber seguido las recomendaciones del personal médico y ninguna tuvo acercamiento a algún club del embarazo o grupo similar. En cuanto al tipo de personal médico con quien llevaron control prenatal, 72.41% refiere que se trató de un médico adscrito, mientras que 27.59% de los casos fueron atendidos por un médico pasante en servicio social. Respecto a la consejería en planificación familiar y uso de anticonceptivos,

96.55% de las mujeres refiere que sí les fue otorgada asesoría durante su control prenatal, mientras que el 3.45% no la recibió.

De aquellas mujeres que llevaron control prenatal en el Centro de Salud, 66.67% fue enviado a valoración por ginecología del Hospital Integral Jacala en algún momento de su embarazo, el 33% restante nunca fueron referidas a valoración por ginecología. El número de mujeres al que acudieron con el ginecólogo se muestra en la siguiente gráfica. Llama la atención que de las referidas a ginecología, 33% no tuvo ninguna consulta

Gráfica 3. Número de consultas con ginecología. Jacala, Hidalgo. Marzo 2016.

(N=33)



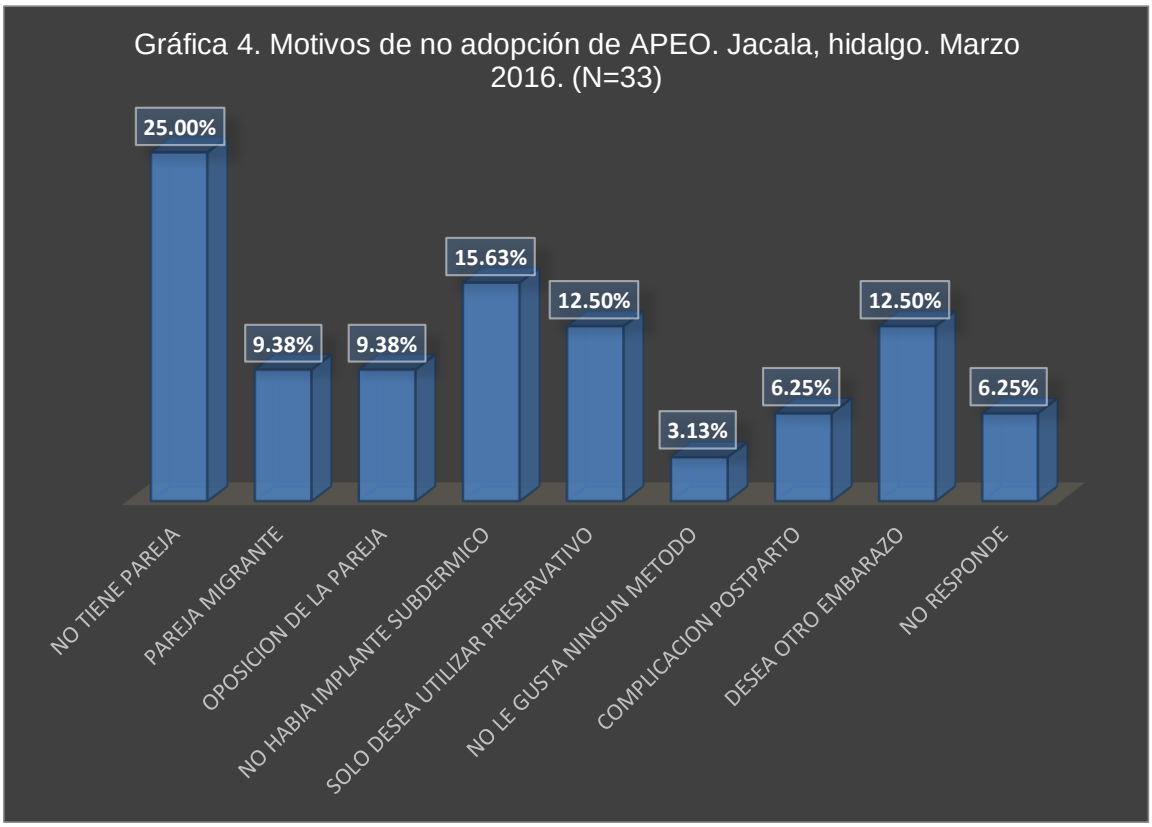
Fuente: encuestas a mujeres puérperas, Jacala, Jacala de Ledezma Hidalgo, marzo 2016

El 68.18% de las mujeres valoradas por ginecología refieren que sí se les otorgó consejería sobre la anticoncepción después del evento obstétrico; al 31.82% no se les otorgó consejería.

Respecto a la atención al momento del ingreso al Hospital Integral Jacala para la resolución del embarazo, 87.88% de las mujeres encuestadas refieren que el médico de urgencias les ofertó algún método anticonceptivo, mientras que el 12.12% niegan haber recibido orientación u oferta de anticoncepción. Finalmente, sólo 12.12% refiere haber presentado alguna complicación posterior a la

resolución del evento obstétrico. El 97% refiere no haber adoptado ningún método de anticoncepción posterior a su parto, cesárea o aborto, mientras que el 3% (una mujer) refiere que le fue colocado el dispositivo intrauterino posterior al parto.

En la siguiente gráfica se muestran los motivos de no adopción de APEO referidos por las mujeres encuestadas:



Fuente: encuestas a puérperas, Jacala, Jacala de Ledezma Hidalgo, marzo 2016

Como muestra la gráfica, las razones predominantes por las cuales las mujeres encuestadas no adoptaron algún método anticonceptivo son la ausencia de pareja en un 25%, seguido de la escasez de implante subdérmico en un 15.63%, el deseo de sólo utilizar preservativo, 12.50%, y el deseo de otro embarazo en un 12.50%.

Es importante resaltar que aunque no es el motivo más frecuente, el hecho de tener una pareja migrante y la oposición de la pareja sigue presentándose. De las tres mujeres que refieren que su pareja se opuso a la adopción de APEO, dos creen que su pareja se opuso por ser migrante, mientras que la otra cree que su pareja se opuso por tratarse del primer hijo que la mujer tenía con dicha pareja y que él desea tener más hijos.

Finalmente, se preguntó a las mujeres encuestadas si en la actualidad son usuarias de algún método anticonceptivo; solamente el 6% (2 mujeres) refirió que son usuarias activas de estos métodos: una de ellas utiliza el DIU el cual fue colocado postparto en el Hospital Integral Jacala y la otra es usuaria de implante subdérmico, el cual fue colocado en el Centro de Salud de Jacala.

Entrevistas a proveedores de servicios de salud

Los funcionarios de los servicios de salud entrevistados estaban relacionados con la atención a las mujeres o a cargo de la operación de los programas relacionados con el APEO. Sus características se presentan en el cuadro 2.

Cuadro 2. Características generales de los informantes clave de los servicios de salud. Jacala, Hidalgo, febrero 2016.

Sexo	**Edad**	**Escolaridad**	**Tiempo de radicación en la localidad**
Mujer (NIGM1)	31	Licenciatura en medicina	4 años
Hombre (JRH2)	41	Especialidad médica	8 años
Hombre (JHP3)	60	Especialidad médica	1 año
Hombre (OVP4)	35	Licenciatura en medicina	3 años

Fuente: elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas a informantes de los servicios de salud. Jacala de Ledezma, Hgo, 2016.

La oferta de APEO: sus procesos

Los procesos para ofertar los métodos de anticoncepción post evento obstétrico se realizan en diferentes momentos, sea durante la atención prenatal, antes o después del parto:

> Aquí en el hospital la oferta de métodos de planificación familiar se realiza cuando ingresamos a una embarazada para la atención de su parto […] si no acepta se insiste cuando nace el bebé y antes de darla de alta. (NIGM1)

> Los métodos anticonceptivos se ofrecen en la consulta de ginecología y cuando la paciente se ingresa para vigilar su trabajo de parto. En ocasiones se platica con el esposo de la embarazada, en otras acuden solas a su consulta. (JRH2)

> La oferta de anticoncepción en el hospital se realiza en varios momentos: cuando vienen a consulta con el ginecólogo, cuando están en el área de labor, incluso durante el parto o cesárea se les pregunta si desean algún método; antes de darlas de alta se insiste si no aceptaron. (JRH2)

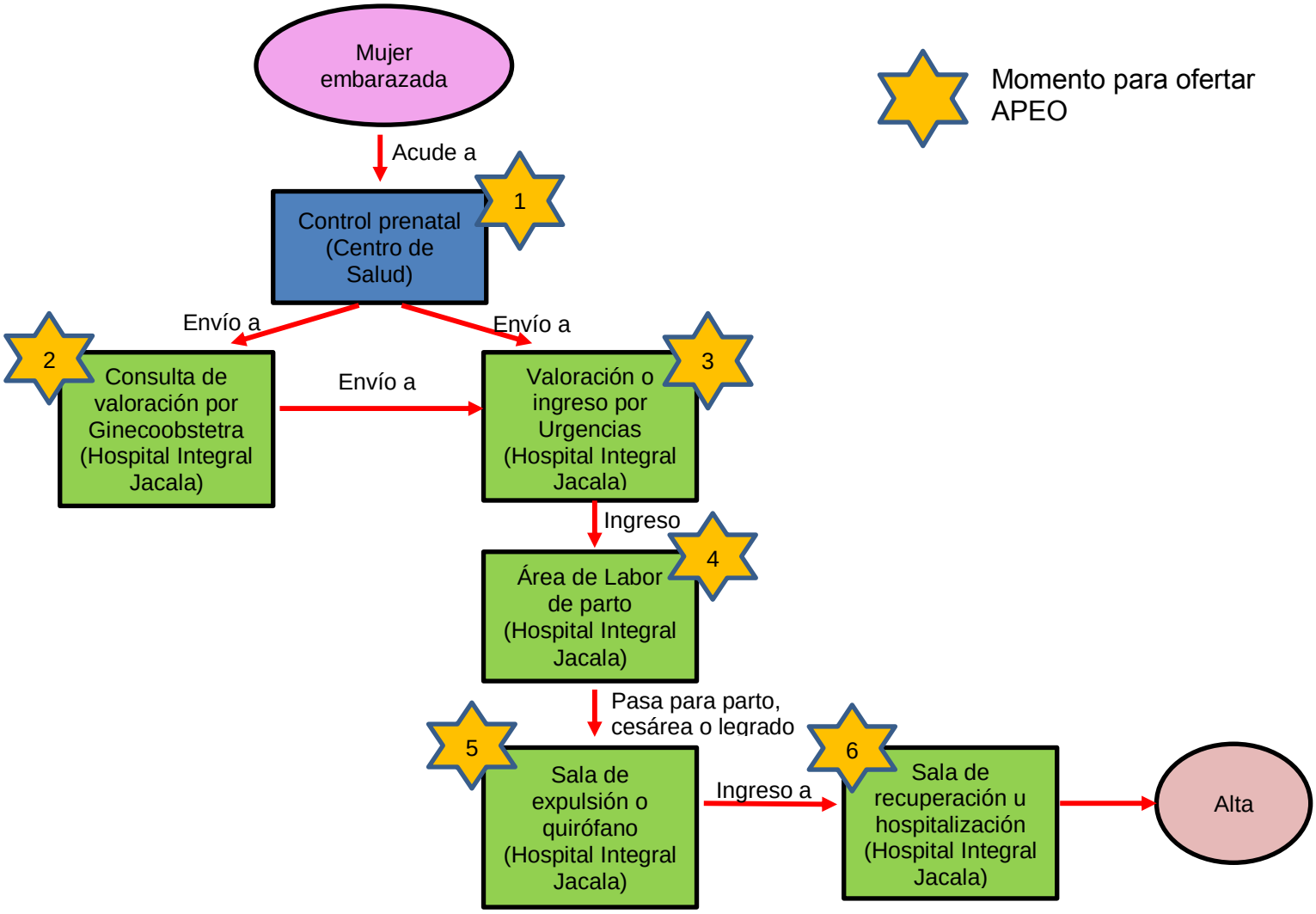
> En todos los centros de salud se otorga consejería durante el control prenatal. Apenas el año pasado [2015], gracias a un programa federal, se inició el Club del Embarazo en el Centro de Salud Jacala. Se ha tratado de dar continuidad por parte de personal de enfermería de la Jurisdicción Sanitaria. En ocasiones se ha tratado de invitar a los esposos o parejas de las mujeres embarazadas, sin embargo casi no acuden. (OVP4)

Basándonos en los testimonios podemos decir que estos procesos se brindan en diferentes áreas y momentos del embarazo, del parto y del puerperio: inicialmente durante el control prenatal en el Centro de Salud; posteriormente, cuando son enviadas a valoración por el gineco-obstetra; al ser ingresadas por urgencias para la resolución de su embarazo, durante su estancia en labor de parto, durante el evento obstétrico y, finalmente, en el puerperio antes de su egreso del hospital.

Cabe señalar que si bien todos los entrevistados refieren que en sus unidades y servicios se otorga consejería inmediata durante el embarazo, trabajo de parto y/o puerperio, en realidad no se cuenta con un programa específico de capacitaciones o con personal especializado para tratar el tema de la anticoncepción. En el hospital, la consejería se limita a preguntar si desean algún método anticonceptivo o “si se va a cuidar con algo”; esto, en realidad, no garantiza un buen proceso para la oferta de métodos de APEO.

En el siguiente flujograma (gráfica 5) se muestra una síntesis de estos procesos:

Gráfica 5: Instancias y procesos que se llevan a cabo para brindar la APEO en los servicios de salud de Jacala, Hidalgo. Marzo de 2016



Fuente: elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas a informantes de los servicios de salud. Jacala, Jacala de Ledezma, Hgo, 2016.

Nociones en torno a la APEO

La anticoncepción post evento obstétrico tiene diversos significados y relevancia relativa para los involucrados en la atención a mujeres embarazadas y puérperas o en los tomadores de decisiones:

> Definitivamente la anticoncepción después de un evento obstétrico es de suma importancia para prevenir complicaciones en embarazos posteriores o periodos intergenésicos cortos que podrían derivar en mayor número de cesáreas, traslados a otros hospitales. Siempre es preferible concientizar a las mujeres y que acepten un método. (JRH2)

> En lo personal, yo soy usuaria de un método de anticoncepción posterior a un evento obstétrico y me siento cómoda […] Como usuaria me resultaría importante otorgar la atención necesaria [por ejemplo] a mi hija […] si resultara embarazada. Además, así se previenen complicaciones en los embarazos siguientes. (NIGM1)

> Desconozco cuál es el porcentaje exacto de APEO en el hospital, sin embargo sí es muy bajo. Sin embargo los médicos siempre ofrecen los métodos y durante la entrega de guardia diaria se toman en consideración a las pacientes que no aceptaron para dar consejería. (JHP3)

> Sí se informa cada mes a la jurisdicción sanitaria acerca de las pacientes atendidas en el hospital y si aceptaron o no utilizar algún método anticonceptivo. (JHP3)

> Nunca me han informado ni he preguntado sobre el porcentaje de APEO en el hospital. (NIGM1)

Con estos testimonios podemos distinguir diferentes niveles de priorización de la APEO por parte de los proveedores de servicios de salud: el acercamiento empático, donde la informante de los servicios se identifica con la "otra mujer" debido a que observa esa necesidad en su propia hija; el de los derechos a la decisión de espaciar los hijos, la importancia de cumplir los lineamientos del programa y el criterio burocrático, donde la aplicación de APEO sólo significa cumplir con trámites administrativos.

En el nivel jurisdiccional, los procesos se perciben de forma diferente:

> Aquí en la Jurisdicción, el proceso de consejería se realiza en los consultorios y desde el año pasado a través del Club del Embarazo. Lo ideal es que lleguen al hospital ya decididas a usar algún método. Afortunadamente existe una adecuada comunicación con el hospital respecto a la notificación de las puérperas atendidas en la unidad para que se les dé seguimiento y oferta a aquellas que no adoptaron ningún método y puedan hacerlo. (OVP4)

En definitiva, el significado de la anticoncepción post evento obstétrico varía con respecto a la actividad y cargo que se desempeña dentro de los servicios de salud; así mismo, existe una percepción diferenciada según el género pues el significado que le atribuye la mujer entrevistada es diferente al

del resto de los testimonios masculinos: ella lo vive como usuaria. A pesar de la diferencia de significados, todos los informantes coinciden en que la anticoncepción es una manera de prevenir complicaciones en embarazos posteriores.

Los entrevistados que están involucrados en la gestión, oferta o utilización de los métodos de APEO, no conocen el porcentaje de aceptación en el cual se encuentra el Hospital Integral Jacala.

Barreras para la oferta oportuna de APEO

En las cuatro entrevistas semiestructuradas a proveedores de servicios de salud, el apartado que arroja mayores datos fue el de las barreras para la adopción de la APEO:

> Barreras… sí, existen muchas. Por ejemplo la poca cantidad de algunos métodos como el implante, el desconocimiento de algunos médicos para aplicarlos, la falta de infraestructura adecuada aunque también están las barreras de las mujeres como el machismo de sus parejas, sus costumbres. Es difícil cambiar esas cosas. (JRH2)

> Yo creo que la principal es el machismo, el esposo se opone y la mujer no puede aceptar ningún método. La migración de las parejas también es una barrera pues como no va a estar el esposo no se cuidan con nada, siempre dicen “mi esposo se va a ir al norte” y ya no aceptan. (NIGM1)

> Sí hay barreras principalmente el desabasto y la falta de consejería que se otorga en el centro de salud y aquí mismo en el hospital pues cuando la paciente llega ya está en trabajo de parto y es difícil que en ese estado acepte un método; más aún si nunca le dieron consejería, lo cual es bastante común. Aquí en el hospital, los pasantes de enfermería en ocasiones le dan pláticas a las embarazadas cuando están en labor o esperando consulta. (JHP3)

> Considero que las principales barreras son la oposición de la pareja y los usos y costumbres de las mujeres, aún persisten muchos mitos en cuanto a la utilización de algún método como que se encarna el dispositivo o simplemente porque el esposo no acepta; esto es principalmente por la migración pues ellos piensan que si su esposa adopta algún método será para estar con otro hombre en su ausencia. Es común que las mujeres vengan a inyectarse a escondidas de su pareja. (OVP4)

Fueron referidas barreras que implican directamente las actividades u omisiones de los servicios de salud, como la ausencia de consejería o su baja calidad, así como la falta de destreza del personal para colocar los anticonceptivos.

Los entrevistados consideran que la demanda de los implantes subdérmicos es una "moda" y no identificaron que su uso significara alguna ventaja para las mujeres que los solicitan:

> Antes siempre pedían que después del parto se les colocara el DIU, ahora solo piden el implante subdérmico. (JRH2)

> Creo que algunos métodos como el implante se han puesto de moda. Hace unos años solicitaban los parches pero ahora la mayoría solicita que le coloquen el implante subdérmico, lo cual en ocasiones nos lleva al desabasto del mismo. Si no hay implante no aceptan ninguno y se van sin método. Aunque dicen que se lo colocarán en el centro de salud, allá es mucho menor el abasto, así que quedan descubiertas. (JHP3)

> En la Jurisdicción afortunadamente el abasto de métodos como el DIU, hormonales inyectables u orales ha sido adecuado, sin embargo ahorita la mayoría de las pacientes quieren que se les coloque el implante subdérmico. Se ha puesto de moda. (OVP4)

Si bien los actores clave refieren que existen múltiples barreras para la adopción de un método de APEO, todos coinciden en que los principales impedimentos son el desabasto, la preferencia de las mujeres para utilizar el implante subdérmico y el machismo o la oposición de la pareja.

El testimonio masculino

Un varón de 33 años de edad (ACP1), jornalero por contrato en los Estados Unidos de América, que se opone a que su pareja utilice métodos anticonceptivos, refirió que:

> La planificación sirve para cuando ya no quieres tener más hijos […] Si sé que están los condones y el dispositivo o las inyecciones pero a nosotros (mi mujer y yo) no nos gustan porque luego hasta se embarazan con todo y el método.

> [Yo] casi no iba a las consultas con mi señora, yo trabajo en el norte y solo vine cuando nació el bebé […] cuando ya le empezaron los dolores la acompañé al doctor antes no; eso es cosa de ella.

> Cuando la internaron en Jacala nos preguntaron que con que método se cuidaría después de que naciera el bebé pero yo no quise que le pusieran el dispositivo porque yo me fui al norte, al fin ella no iba a estar con nadie hasta que yo llegara. No tenía por qué cuidarse si yo no estaba aquí. (ACP1)

El entrevistado se mostró renuente ante ciertos temas, principalmente cuando se le cuestionó si acudía al control prenatal con su pareja lo cual considera le corresponde solo a ella por el hecho de ser mujer;

así mismo su testimonio refuerza el machismo existente pues además de lo antes referido, desde que se habló de planificación familiar, él incluyó a su mujer en el desagrado ante los métodos anticonceptivos y más notorio fue al comentar que no aceptó que le colocaran ningún método postparto a su mujer para que no “estuviera con otro” en su ausencia.

IX. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Una vez obtenidos los resultados, se identificaron diversos motivos que influyen en la no adopción de la APEO por parte de las mujeres puérperas que son atendidas en el Hospital Integral Jacala. Los motivos más frecuentes son la ausencia de pareja, el desabasto de métodos anticonceptivos, la preferencia de uso de preservativo, el deseo de otro embarazo y tener una pareja migrante o la oposición de la misma. Estas situaciones pueden abordarse a partir de un enfoque integral en la oferta de APEO pues ni en el Centro de Salud ni en el Hospital Integral ofrece a las mujeres embarazadas información integral, especializada, en un lugar específico, de métodos de anticoncepción, a excepción del que se le otorga durante la consulta. Tampoco existe un Club del Embarazo establecido formalmente en los servicios de salud locales donde se pudiesen abordar temáticas específicas que enfrentan las mujeres y que les ayuden a cambiarlas, como es el caso de la oposición de sus parejas a que usen anticoncepción.

Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación, la propuesta de intervención es la creación del "Modelo de Fortalecimiento del Club del Embarazo en Jacala", basado en las premisas de información, consejería, atención integral y un enfoque basado en derechos de las mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud y el Hospital Integral Jacala.

A continuación se definen los objetivos y contenido del modelo de fortalecimiento propuesto:

TÍTULO	"Modelo de Fortalecimiento del Club del Embarazo en Jacala para la APEO"
OBJETIVO GENERAL	Utilizar de manera libre e informada algún método de anticoncepción post evento obstétrico para prevenir embarazos de alto riesgo y muertes maternas
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	• Identificar el riesgo obstétrico durante el embarazo para conocer las posibles complicaciones que pudieran presentarse durante el mismo.

	• Comprender el embarazo y los cambios ocurridos en el organismo de la mujer durante este periodo para integrarlos en las actividades de la vida diaria de la mujer embarazada • Identificar las complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo y su relación con el riesgo obstétrico, así como la forma de prevenirlas. • Identificar el concepto y características de la planificación familiar y la anticoncepción post evento obstétrico, a fin de reconocer sus beneficios y las consecuencias de la no utilización • Identificar los métodos de anticoncepción post evento obstétrico para comprender sus beneficios y los efectos secundarios de su utilización para decidir de manera informada el método a utilizar al final de su embarazo • Comprender la importancia de involucrarse como pareja durante el embarazo, parto y puerperio, a fin de fortalecer la relación de pareja y la relación entre padres e hijos
CONTENIDOS TEMÁTICOS	1. Riesgo obstétrico 2. Embarazo 3. Complicaciones del embarazo 4. Planificación familiar 5. Métodos anticonceptivos 6. Importancia de la participación activa de la pareja durante el embarazo, parto y puerperio

Para la realización del modelo propuesto, será necesaria la participación conjunta del personal del Centro de Salud de Jacala y del Hospital Integral Jacala. Se deberá formar un equipo multidisciplinario integrado por un médico(a) general, un gineco-obstetra, un psicólogo(a), una enfermera(o) y una trabajadora social o trabajador social. Una parte importante para las sesiones inicial y final será contar con apoyo del personal de la Instancia Municipal de la Mujer en Jacala, Hidalgo que fortalezca específicamente la temática de los derechos reproductivos de las mujeres. De forma preferencial, el personal de trabajo social o de enfermería destinado para esta actividad será el responsable del modelo. Es necesario que cualquiera de las dos unidades de salud cuente con un aula o espacio

destinado específicamente a la impartición de las sesiones del curso y que exista apoyo por parte de las unidades administrativas para la gestión de material de papelería y equipo de cómputo para el mismo.

Se impartirán seis sesiones con las temáticas antes mencionadas, las cuales tendrán una duración entre 60 y 90 minutos. Se impartirá una sesión semanal.

Para la ubicación de las mujeres que acudirán al “Modelo de Fortalecimiento del Club del Embarazo”, se tomará como base el censo de mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud Jacala. Una vez que la mujer se encuentre entre las 30 y 32 semanas de gestación, será enviada con el responsable del modelo para programar su primera sesión; la intención es formar un grupo de máximo 15 mujeres embarazadas que oscilen en dichas semanas de gestación. El curso podrá concluirse alrededor de semana 37 de embarazo.

Gráfica 6. Propuesta de intervención completa. Hospital Integral Jacala, Jacala, Hidalgo.

Semanas de embarazo +- 2	Semana 31 de embarazo	Semana 32 de embarazo	Semana 33 de embarazo	Semana 34 de embarazo	Semana 35 de embarazo	Semana 36 de embarazo
Sesión 1: tema	Riesgo obstétrico					
Sesión 2: tema		Embarazo				
Sesión 3: tema			Complicaciones del embarazo			
Sesión 4: tema				Planificación familiar		
Sesión 5: tema					Métodos anticonceptivos	
Sesión 6: tema						Importancia de la participación activa de la pareja durante el

						embarazo, parto y puerperio

A continuación, se describe el contenido de las cartas programáticas de cada sesión a impartir:

SESIÓN 1

TEMA:	Riesgo obstétrico
OBJETIVO ESPECÍFICO:	Identificar el riesgo obstétrico en el embarazo actual para conocer las posibles complicaciones que pudieran presentarse.
TIEMPO ESTIMADO:	90 minutos.
FECHA:	
PONENTE:	Personal de enfermería y de la Instancia Municipal de las Mujeres de Jacala, Hidalgo.

TIEMPO	ACTIVIDADES DIDÁCTICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
20 minutos.	Actividad integradora "El árbol familiar".[21] * (ANEXO 10)	Papel bond, marcadores de colores.	No aplica.
10 minutos	Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres	Equipo de cómputo, proyector	No aplica
10 minutos.	Semáforo de riesgo obstétrico.	Equipo de cómputo, proyector.	No aplica.
10 minutos.	"Conociendo mi riesgo obstétrico".	Formato de semaforización del riesgo obstétrico (ANEXO 11), lapiceros y marcadores.	Verificar que el puntaje obtenido por cada mujer embarazada sea el correcto.
15 minutos.	Elaboración de pulsera de riesgo obstétrico.	Hilo elástico o resorte, cuentas de color verde, amarillo y rojo.	Elaboración de pulsera de acuerdo a color de semaforización

20 minutos	Integración de lo aprendido mediante lluvia de ideas y exposición del riesgo obstétrico.	Pulseras elaboradas y formatos de semaforización de cada mujer embarazada.	Exposición del riesgo obstétrico.
5 minutos	Cierre de la sesión.	Ninguno.	

*Modificado de la actividad "El árbol social", tomado de: Vargas M., Bustillos G., *Manual de técnicas participativas para la educación popular, tomo II*, editorial LUMEN HVMANITAS, 6ª edición, Buenos Aires Argentina 1997.

SESIÓN 2

TEMA:	Embarazo
OBJETIVO ESPECÍFICO:	Comprender el embarazo y los cambios ocurridos en el organismo de la mujer durante este periodo para integrarlos en las actividades de la vida diaria de la mujer embarazada.
TIEMPO ESTIMADO:	60 minutos.
FECHA:	
PONENTE:	Médico general (preferentemente médica).

TIEMPO	ACTIVIDADES DIDÁCTICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
10 minutos	Bienvenida y explicación breve de la sesión.	Ninguno.	No aplica.
20 minutos	Cambios en el cuerpo de la mujer durante el embarazo.	Equipo de cómputo, proyector.	No aplica.
20 minutos	Cuidados durante el embarazo.	Equipo de cómputo, proyector.	No aplica.
10 minutos	Conclusiones y cierre de la sesión.	Lluvia de ideas por parte de las participantes	No aplica.

		coordinadas por el ponente.	

SESIÓN 3

TEMA:	Complicaciones del embarazo
OBJETIVO ESPECÍFICO:	Identificar las diversas complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo y su relación con el riesgo obstétrico de cada mujer, así como las formas de prevención.
TIEMPO ESTIMADO:	60 minutos.
FECHA:	
PONENTE:	Gineco-obstetra.

TIEMPO	ACTIVIDADES DIDÁCTICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
10 minutos	Bienvenida y explicación breve de la sesión.	Ninguno.	No aplica.
10 minutos	Infecciones urinarias y vaginales y su relación con aborto y amenaza de parto pre término.	Equipo de cómputo, proyector.	No aplica.
10 minutos	Enfermedad hipertensiva del embarazo.	Equipo de cómputo, proyector.	No aplica.
10 minutos	Hemorragia obstétrica.	Equipo de cómputo, proyector.	No aplica.
10 minutos	Actividad “Mi riesgo obstétrico… mis complicaciones”**	Participación de las mujeres embarazadas: identificar las complicaciones que han padecido o pudieran presentar de	Escucha activa del ponente.

		acuerdo a su riesgo obstétrico.	
10 minutos	Cierre de la sesión; invitación a la pareja de la asistente para la siguiente sesión.	Ninguno.	No aplica.

** Las participantes deberán traer consigo el formato de riesgo obstétrico que utilizaron en la sesión 1.

SESIÓN 4

TEMA:	Planificación familiar.
OBJETIVO ESPECÍFICO:	Identificar el concepto y características de la planificación familiar y la anticoncepción post evento obstétrico, a fin de reconocer sus beneficios y las consecuencias de la no utilización.
TIEMPO ESTIMADO:	60 minutos.
FECHA:	
PONENTE:	Trabajadora social.

TIEMPO	ACTIVIDADES DIDÁCTICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
20 minutos.	Bienvenida y actividad "El camino lógico"[21] *** (ANEXO 12)	4 pliegos de papel bond blanco, marcadores de colores, cinta adhesiva.	Lluvia de ideas coordinada por la ponente.
10 minutos	Concepto de planificación familiar.	Equipo de cómputo, proyector.	No aplica.
10 minutos	Concepto de anticoncepción post evento obstétrico. (Resaltar la autonomía de la decisión de adoptar APEO)	Equipo de cómputo, proyector.	No aplica.
10 minutos	Presentación del "Consentimiento bajo	Formato de consentimiento bajo	No aplica.

	información para la aceptación de anticoncepción post evento obstétrico.”	información. (ANEXO 13)	
10 minutos	Cierre de la sesión; invitación a la pareja de la asistente para la siguiente sesión.	Ninguno.	No aplica.

***Modificado para este curso de la actividad “El camino lógico”, tomado de: Vargas M., Bustillos G., *Manual de técnicas participativas para la educación popular*, tomo II, editorial LUMEN HVMANITAS, 6ª edición, Buenos Aires Argentina 1997.

SESIÓN 5

TEMA:	Métodos anticonceptivos.
OBJETIVO ESPECÍFICO:	Identificar los métodos de anticoncepción post evento obstétrico para comprender sus beneficios y efectos secundarios de su utilización; decidir de manera informada el método a utilizar al final de su embarazo.
TIEMPO ESTIMADO:	60 minutos.
FECHA:	
PONENTE:	Gineco-obstetra / Médico(a) general.

TIEMPO	ACTIVIDADES DIDÁCTICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
10 minutos.	Bienvenida y explicación breve de la sesión.	Ninguno.	No aplica.
20 minutos.	Tipos de métodos anticonceptivos.	Equipo de cómputo, proyector.	No aplica.
10 minutos.	Métodos para la anticoncepción post evento obstétrico.	Equipo de cómputo, proyector.	No aplica.

10 minutos.	Llenado de formato "Consentimiento bajo información para la anticoncepción post evento obstétrico."*	Formato de consentimiento bajo información, lapiceros.	Verificar el llenado correcto con el método elegido, firma de autorización de la mujer embarazada y de su pareja como testigo.
10 minutos.	Conclusiones y cierre de la sesión; invitación a la pareja de la asistente para la siguiente sesión.	Lluvia de ideas por parte de las participantes coordinadas por el ponente.	No aplica.

*Explicar que dicho formato lo deberán presentar al ser ingresadas en el hospital donde se resuelva su embarazo.

SESIÓN 6

TEMA:	Importancia de la participación activa de la pareja durante el embarazo, parto y puerperio.
OBJETIVO ESPECÍFICO:	Comprender la importancia de involucrarse como pareja durante el embarazo, parto y puerperio, a fin de fortalecer la relación de pareja y entre padres e hijos.
TIEMPO ESTIMADO:	90 minutos.
FECHA:	
PONENTE:	Todo el equipo coordinados por el Psicólogo(a).

TIEMPO	ACTIVIDADES DIDÁCTICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
30 minutos	Bienvenida y actividad "El laberinto de las decisiones en el embarazo."[21] * (ANEXO 14)	4 pliegos de papel bond, marcadores de colores, cinta adhesiva, tarjetas.	Lluvia de ideas coordinada por los ponentes.
20 minutos	Acompañamiento de la pareja en el embarazo: un bebé sano.	Equipo de cómputo, proyector.	No aplica.

10 minutos	Proyección del video "Embarazo y pareja."[22]	Equipo de cómputo, proyector, conexión a internet.	No aplica.
20 minutos	Convivencia de participantes y ponentes.	Refrigerios.	No aplica.
10 minutos	Cierre del curso.	Ninguno.	No aplica.

*Modificado para este curso de la actividad "El camino lógico", tomado de: Vargas M., Bustillos G., *Manual de técnicas participativas para la educación popular*, tomo II, editorial LUMEN HVMANITAS, 6ª edición, Buenos Aires Argentina 1997.

Al término del curso, las mujeres participantes habrán ampliado sus conocimientos respecto al embarazo, sus complicaciones, la anticoncepción y sus derechos a optar por algún método; sin embargo, el objetivo principal es que se sensibilicen en conjunto con su pareja sobre la importancia de adoptar un método de anticoncepción post evento obstétrico; cuando por soltería de la embarazada, por cuestiones de migración laboral de la pareja de la mujer o por cualquier otra situación este no pueda acudir a la sesión sería importante que la embarazada se hiciera acompañar de su "madrina obstétrica" o persona que se hará responsable de ella durante su evento obstétrico, de manera que al llegar al hospital de referencia para la resolución del embarazo se tenga la decisión firme, libre e informada sobre la elección de algún método anticonceptivo específico, respaldada por el "Consentimiento bajo información para la anticoncepción post evento obstétrico."

X. DISCUSIÓN

Si bien el principio básico de la anticoncepción post evento obstétrico es la adopción de un método anticonceptivo previo al egreso de la unidad donde se resolvió un embarazo, ya sea por parto, cesárea o aborto, no siempre resulta posible que ésta se lleve a cabo con frecuencia por razones externas que influyen en la decisión de una mujer.

Pese a que en nuestro país el porcentaje de mujeres que adoptan un método anticonceptivo posterior a un evento obstétrico se ha incrementado desde los años 70´s, Allen-Leigh y Villalobos refieren un rezago en este tema en las localidades marginadas y zonas rurales[6]. De la misma manera, Díaz Sánchez y cols mencionan que los servicios de planificación familiar no se encuentran consolidados dentro del sistema de salud.[4] Todo aquello resulta evidente en Jacala, donde no existe un programa de orientación y consejería en cuanto a la planificación familiar ni la anticoncepción post evento obstétrico, aun cuando las premisas para que una mujer adopte un método anticonceptivo son, precisamente, la orientación y consejería.

En este estudio se identificaron varios momentos en los cuales puede ser ofertado un método de anticoncepción post evento obstétrico a la mujer embarazada o en periodo de puerperio inmediato. Estos momentos se enlistan a continuación:

1. Durante el control prenatal en el centro de salud
2. Durante la valoración por el ginecólogo/a, cuando son referidas a segundo nivel
3. Al momento de ser ingresadas al hospital por el servicio de urgencias
4. Durante su estancia en el área de labor de parto
5. Previo o durante la resolución de su evento obstétrico (parto, cesárea o aborto)
6. Durante su estancia en recuperación y hospitalización posterior al evento obstétrico

Recordando el concepto de la APEO, la aceptación del método anticonceptivo debe realizarse durante la estancia hospitalaria de la mujer puérpera, es decir antes de ser dada de alta, pues aunque ellas decidan que la colocación u otorgamiento de dicho método sea en su centro de salud, esta adopción ya no se considera como APEO pues la paciente ya no se encuentra hospitalizada.

Cabe señalar que los resultados evidencian un hecho preocupante: los servicios de salud se están limitando a preguntar si la paciente “va a querer” algún método anticonceptivo sin antes detenerse a informar y recomendar el método más conveniente para ella de acuerdo a su contexto social y a estado de salud. Las pacientes se deciden a adoptar el método que en la opinión de sus familiares o allegados es el mejor, sin tener información clara acerca de si dicho método es apto para ella, ni informándose

sobre posibles efectos secundarios, como puede estar sucediendo con su demanda de implante subdérmico que ha originado desabasto del mismo en el Hospital Integral Jacala pues es un hecho que los métodos anticonceptivos como el DIU y los hormonales inyectables u orales resultan benéficos para los servicios de salud principalmente en su costo dejando de lado que quizá para las mujeres resulta más cómodo que les coloquen un implante subdérmico que durará 3 años y que si bien ocasiona algunos efectos secundarios, es más cómodo que acudir a revisión cada cierto tiempo, tomar una píldora a diario o inyectarse de forma mensual.

En este sentido, cabe resaltar que el enfoque de género fue claramente percibido no solo con el varón entrevistado que denota un comportamiento machista, sino con los actores clave de los servicios de salud locales pues en su mayoría los tomadores de decisiones son hombres y resulta notorio su enfoque androcéntrico en el cual se limitan a ver la APEO como una manera de prevenir complicaciones o urgencias que seguramente van a repercutir en su labor como médicos o directivos; específicamente en el caso de la médica entrevistada, hace referencia a su experiencia como usuaria de un implante subdérmico el cual le ha permitido prevenir un embarazo y mejorar la atención hacia su hija y a la vez le permite recomendar o aconsejar a las mujeres embarazadas este y otros métodos anticonceptivos. Este punto es importante ya que por sí mismos los servicios de salud en muchas ocasiones ya resultan una barrera por su localización, trámites, desabasto y poca o nula consejería, a esto hay que sumar el hecho de que los proveedores de salud locales no cuentan con una preparación específica para brindar consejería en planificación familiar de calidad, más preocupante aun es el hecho de que la orientación y consejería se realiza con prisa, falta de información y de empatía hacia las usuarias potenciales.

Independientemente del papel que desempeñan los servicios en la adopción de APEO, el contexto sociocultural sigue siendo una de las principales influencias en la decisión de la mujer de adoptar o no un método anticonceptivo. En coincidencia con Langer[13] y Noguera[14], en Jacala el conocimiento deficiente sobre los anticonceptivos, los temores a sus efectos secundarios, el desabasto en los servicios de salud, el abandono de la pareja o la oposición de la misma resultan causas referidas por las mujeres que no adoptaron un método anticonceptivo postparto, postcesárea o postaborto, a lo que se suma el hecho de que el 9.38% refiere que su pareja es migrante y que se ausentará de la localidad posterior al nacimiento de su hijo, por lo que referimos la migración como un motivo de oposición de la pareja a la adopción de APEO.

XI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A manera de conclusión, resaltamos que aunque en los programas escolares y unidades de salud se otorga información acerca de los métodos de planificación familiar, el conocimiento acerca de su variedad, usos o formas de aplicación se ve truncado por las creencias, usos y costumbres de las mujeres de la región; es importante recalcar que la elección de los métodos de APEO no es libre, lo que denota la falta de autonomía de las mujeres embarazadas o puérperas para decidir el espaciamiento de sus embarazos cuando la decisión se ve influida u obligada por su pareja; a esto se suma el desabasto que existe de métodos anticonceptivos como el implante subdérmico.

Como señalamos en este trabajo, existen seis momentos en los cuales una mujer embarazada puede recibir orientación y consejería para la adopción del método de Anticoncepción Post Evento Obstétrico, según el que mejor se ajuste a sus necesidades; hay que resaltar que no basta únicamente con ofertar los métodos anticonceptivos, sino que hace falta concientizar y otorgar información a la mujer embarazada que le permita la elección de un anticonceptivo más conveniente posterior al parto, cesárea o aborto. Si la pareja de la mujer accede a participar activamente con ella durante el control prenatal, la probabilidad de que en el postparto inmediato la mujer adopte un método anticonceptivo será mayor, beneficiando no sólo a la pareja, sino a la familia completa, al permitir un mayor espaciamiento entre el siguiente embarazo y mejorando la calidad de la atención otorgada hacia el neonato.

En el Sector Salud se debe reforzar el proceso de consejería en el primer nivel de atención y durante el seguimiento del puerperio, ya que es en estas instancias donde la mujer embarazada tiene mayor interacción con el médico, incluso más que durante la atención del evento obstétrico. Cabe señalar que las mujeres que acuden a control prenatal pueden ser consideradas una población cautiva, lo que facilita su integración a un grupo que realmente funcione como un Club del Embarazo; por esta razón, una de las recomendaciones emanadas de esta investigación es no sólo iniciar el uso de un método de APEO, sino ofrecer un seguimiento real con este programa. Si estas acciones son aplicadas, se puede repuntar el porcentaje de aceptación de APEO en el Hospital Integral Jacala y el número de mujeres en edad fértil que usen algún método anticonceptivo en la Jurisdicción Sanitaria No. 16, Jacala.

Finalmente, este trabajo brinda un panorama general acerca del contexto sociocultural que lleva a las mujeres de la Sierra Gorda del estado de Hidalgo a la negativa de adoptar un método de Anticoncepción Post Evento Obstétrico; en definitiva, será necesario modificar las políticas de educación sexual con el

propósito de que la información otorgada en las escuelas, en los medios de comunicación y en las unidades de salud de primer nivel genere impacto en las y los adolescentes que, posteriormente, formarán las familias, pero también se debe reforzar la información con la que cuentan las familias ya están integradas, pues son ellas quienes rehúsan con mayor frecuencia la adopción de APEO. Un punto importante es que la información no debe ser sólo sobre métodos anticonceptivos sino cómo empoderar a las mujeres desde jóvenes para negociar con sus parejas y cómo modificar la visión machista de las relaciones de pareja e instaurar en las y los jóvenes la igualdad de derechos. No se debe descartar la idea de realizar talleres con las suegras, quienes tienen mucho poder y pueden influir de manera positiva en la aceptación de la APEO y en ocasiones son ellas quienes fungen como "madrina obstétrica" principalmente cuando la pareja de la embarazada es migrante.

XII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación encontrada durante la realización del estudio fue la barrera de género observada al solicitar la participación en las entrevistas a la pareja de las mujeres encuestadas que refirieron oposición al uso de APEO, pues solamente un varón accedió a participar en ellas.

Durante el desarrollo de la entrevista, la actitud del varón fue de cierta renuencia, de acuerdo a las temáticas tratadas, específicamente al tratar el tema principal de la investigación: la oposición a que su pareja adoptara un método de anticoncepción post evento obstétrico.

Otra limitación es no haber comparado el contexto sociocultural de las mujeres que no aceptaron APEO respecto a las que sí lo usaron, lo cual habría permitido ampliar y analizar los obstáculos y los factores habilitantes.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Censo de Población y Vivienda*. México: INEGI; 2010.
2. Consejo Nacional de Población. *Perfiles sociodemográficos municipales, Jacala de Ledezma. Información por localidad: educación, marginación, discapacidad.* México, CONAPO, 2010.
3. Velázquez RA. *Diagnóstico Integral de Salud Poblacional de la localidad Jacala*, *Jacala de Ledezma, Hidalgo, año 2015*. Seminario: Diagnóstico Integral de Salud Poblacional II: Mtra. Rosaura Atrisco Olivos, Instituto Nacional de Salud Pública. Pachuca de Soto, Hidalgo: febrero 2015
4. Díaz Sánchez V., Rosas Solís A., et al. *Anticoncepción posparto, poscesárea y posaborto.* Secretaría de Salud, México, 2002.
5. Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas sanitarias mundiales*. OMS; 2012.
6. Allen-Leigh B., Villalobos Hernández A., et al. *Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México*. Salud Pública de México, Vol. 55, Supl. 2, México, 2013.
7. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados nacionales. ENSANUT*; México: 2012.
8. Mendoza Victorino O., Sánchez Castillo M., et al. *35 años de planificación familiar en México, la situación demográfica de México*. Consejo Nacional de Población, México, 2009.
9. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México*. Gobierno Federal, México. Disponible en: http://www.maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/Estrategia_para_reducir_la_mortalidad_materna.pdf
10. Gobierno de la República. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*.
11. Gobierno del Estado de Hidalgo. *Actualización del programa sectorial de salud 2011-2016.*
12. Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar. Apartado 4 Terminología. México, 1993.
13. Langer A. "El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe". *Revista Panamericana de Salud Pública* (3), 2012.
14. Noguera Navas V. *Impedimentos socioculturales para el uso de anticonceptivos.* Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos81/impedimentos-socioculturales-uso-metodos-anticonceptivos/impedimentos-socioculturales-uso-metodos-anticonceptivos.shtml Consultado: julio de 2015

15. Villanueva M, Duarte MB. *Modelos de cambio de comportamiento.* Diplomado: liderazgo y promoción de la salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, agosto 2014.
16. Moreno E, Gil J. *El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud.* Revista internacional de psicología y terapia psicológica, Vol. 3, No. 1, pp. 91-104, España, 2003.
17. Burger JM, Burns L. *The illusion of unique invulnerability and the use of effective contraception.* Personality and social psychology bolletin. 14(2): 264-270, USA, 1988.
18. Servicios de Salud de Hidalgo. *Censo de mujeres en edad fértil y usuarias de planificación familiar.* Jurisdicción Sanitaria No. 16, Jacala.
19. Servicios de salud de Hidalgo. *Informe gerencial Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH)*. Hospital Integral Jacala; Enero – Diciembre 2014.
20. Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964. Última actualización: 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
21. Vargas M., Bustillos G., *Manual de técnicas participativas para la educación popular, tomo II*, editorial LUMEN HVMANITAS, 6ª edición, Buenos Aires Argentina 1997.
22. Video: *El rol del padre en el embarazo*, tvcrecer, Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=ZJ71gGZ62Eg Consultado: abril 2016

XIV. ANEXOS

ANEXO 1

Cronograma de actividades

NÚMERO EVENTO	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIEMPO				RECURSOS	PRESUPUESTO
			OCT-DIC 2014, ENE 2015	JUN – NOV 2015	NOV 2015	DIC 2015 – MAR 2016		
1	Realización del DISP	Rosa Adriana Velázquez Santoyo (investigadora)	X				Papelería, encuestadores, material de oficina	$7, 020
2	Planeación y realización del protocolo de PT	Rosa Adriana Velázquez Santoyo (investigadora) / Comité de PT		X			Equipo de cómputo, internet	$0
3	Presentación con autoridades municipales y sanitarias del PT	Rosa Adriana Velázquez Santoyo (investigadora)			X		Oficio de presentación	$0
4	Realización de entrevistas semiestructuradas (4 entrevistas)	Rosa Adriana Velázquez Santoyo (investigadora)				X	Grabadora de voz, cuaderno, lapicero	$0
5	Codificación y análisis de entrevistas semiestructuradas	Rosa Adriana Velázquez Santoyo (investigadora)				X	Equipo de cómputo, grabaciones, notas	$0
6	Piloteo de instrumento de recolección (cuestionario)	Rosa Adriana Velázquez Santoyo (investigadora)		X			Cuestionarios, lápiz, lapicero	$0
7	Aplicación de cuestionarios a muestra poblacional	Rosa Adriana Velázquez Santoyo (investigadora)				X	Cuestionarios, consentimiento bajo información, lapiceros,	Material de oficina $ 200 Formatos (cuestionario y

							agua, 2 encuestadores	consentimiento) $100 Refrigerios $350
8	Codificación y análisis del instrumento	Rosa Adriana Velázquez Santoyo (investigadora)				X	Cuestionarios, consentimiento bajo información, equipo de cómputo	$0
9	Elaboración de propuesta de intervención	Rosa Adriana Velázquez Santoyo / Comité de PT				X	Equipo de cómputo, internet	
							TOTAL	$ 7, 670

ANEXO 2

Instituto Nacional de Salud Pública

CUESTIONARIO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO

COMUNIDAD: JACALA

jul-15

FOLIO:

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA
Calle : _____
Clave de AGEB: _____
Manzana: _____

IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMANTE
Edad: _____ años. **Escolaridad:** _____

RESPONSABLE

DRA. SILVIA MAGALI CUADRA HERNÁNDEZ
Nombre del investigador

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
Validado: _____
FECHA DE CAPTURA: _____
NOMBRE : DRA. SILVIA MAGALI CUADRA HERNÁNDEZ

Visita al hogar	1a visita	2a visita
Nombre del entrevistador		
Hora de inicio		
Hora de término		
Fecha (día-mes-año)		
Código de resultado (*)		

***CODIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA**
1. Entrevista completa
2. Entrevista incompleta
3. Informante inadecuado
4. Ausencia de ocupantes en el momento de la visita
5. Se negó a dar información
6. Entrevista aplazada (hacer cita)
7. Vivienda deshabitada
8. Vivienda en uso temporal

Buenos días (tardes) mi nombre es _Rosa Adriana Velázquez Santoyo__ y estoy realizando una encuesta como estudiante del Instituto Nacional de Salud Pública. Estamos realizando un proyecto terminal para obtener el grado de Maestría en Salud Pública en su comunidad enfocado a la anticoncepción posterior a un evento obstétrico y quisiera realizarle algunas preguntas relacionadas a la atención durante su último embarazo. Los datos que usted me proporcione son confidenciales y se utilizarán exclusivamente para fines estadísticos y académicos es decir, ningún resultado que se genere de esta investigación hará referencia a personas en particular.

Instrucciones: Marque en el recuadro de la derecha de cada pregunta el número (s) correspondiente a la respuesta o escriba la respuesta según corresponda

PERFIL DE LA INFORMANTE

ESTADO CIVIL

1- ¿Cuál es su estado civil?

1.- Soltera
2.- Casada
3.- Unión libre
4.- Separada / Divorciada
5.- Viuda

2-¿Actualmente vive con una pareja estable?

1.-Si
2.-No

EMBARAZO

3- ¿Su último embarazo terminó en?:

1.- Parto
2.- Cesárea
3.- Aborto

4- ¿Cuál fue la fecha de su último parto, cesárea o aborto?

____/____/____
Día Mes Año

5- En total ¿cuántos embarazos ha tenido?	**6- En total ¿cuántos partos ha tenido?**
7- En total ¿cuántas casáreas le han realizado?	**8- En total ¿cuántos abortos ha tenido?**

RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y RESOLUCIÓN

9.- ¿A cuántas consultas de control acudió durante su último embarazo?	**10.- ¿En dónde llevó su control prenatal?** **1.- Centro de salud** **2.- Médico particular** **3.- Unidad del IMSS** **4.- Unidad del ISSSTE** **5.- Con partera** **6.- No llevó control prenatal** ***Pase a la pregunta 15***
11- ¿Siguó las recomendaciones del médico, enfermera o partera que la atendió en su control prenatal? **1.- Si** **2.- No**	**12- Durante su control prenatal ¿participó en algún club del embarazo o grupo similar?** **1.-Si** **2.- No**
13.- ¿El médico que la atendió durante su control prenatal era adscrito a la unidad o pasante? **1.- Adscrito** **2.- Pasante**	**14- Durante sus consultas de control prenatal ¿le hablaron acerca de los métodos de planificación familiar?** **1.- Si** **2.- No**
15.- En algún momento de su embarazo ¿fue valorada por el ginecólogo? **1.- Si** **2.- No** ***Pase a la pregunta 18***	**16.- ¿A cuántas consultas acudió con el ginecólogo?** **Número de consultas**
17.- ¿El ginecólogo le ofertó algún método de planificación familiar? **1.- Si** **2.- No**	
18.- En el momento de ser hospitalizada para la atención de su parto, cesárea o aborto ¿le ofertaron algún método de planificación familiar? **1.- Si** **2.- No**	**19.- ¿Tuvo alguna complicación durante su parto, cesárea o aborto?** **1.- Si** **2.- No**

ANTICONCEPCIÓN	
20.- ¿Decidió utilizar algún método de panificación familiar posterior a su último parto, cesárea o aborto? **1.- Si** ☐ **2.- No** *Pase a la pregunta 22*	**21.- ¿Qué método de planificación familiar utilizó?** **1.- DIU** ☐ **2.- OTB /Salpingoclasia** **3.- Implante** **4.- Pastillas / inyección hormonales** **5.- Preservativo o condón** **6.- Otro** _____
22.- ¿Por qué motivo no adoptó ningún método de planificación familiar? _____ _____ _____ **88.- No responde**	**23.- ¿Por qué razón cree usted que se opuso su pareja?** _____ _____
24.- ¿Actualmente utiliza algún método de planificación familiar? **1.- Si** ☐ **2.- No** *Termina cuestionario*	**25.- ¿Qué método utiliza?** **1.- DIU** ☐ **2.- OTB / Salpingoclasia** **3.- Implante** **4.- Pastillas / inyección hormonales** **5.- Preservativo o condón** **6.- Otro** _____
26.- ¿En dónde le proporcionaron el método de planificación familiar que utiliza actualmente? **1.- Centro de salud** ☐ **2.- Hospital Integral Jacala** **3.- ISSSTE** **4.- IMSS** **5.- Médico particular** **6.- Otro** _____	**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**

ANEXO 3

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	Variable	Tipo	Instrumento de recolección	Items	Operacionalización	
					Escala	**Descripción**
Identificación	**Edad**	Cuantitativa	Cuestionario	1	Media de edad	Edad en años
	Escolaridad	Cualitativa	Cuestionario	1	Media de escolaridad	Nivel máximo de escolaridad
Perfil de la informante	**Estado civil**	Cualitativa	Cuestionario	2	% de mujeres solteras	Mujeres solteras y sin pareja estable
					% de mujeres casadas	Mujeres casadas
					% de mujeres en unión libre	Mujeres no casadas que viven con una pareja estable
					% de mujeres separadas / divorciadas	Mujeres que tenían una pareja estable o casadas que ya no viven con esa pareja
					% de mujeres viudas	Mujeres cuya pareja falleció y no tienen una nueva pareja
					% de mujeres con pareja estable	Mujeres casadas o en unión libre
	Embarazo	Cuantitativa	Cuestionario	6	Proporción de embarazo terminado en parto, cesárea o aborto	Último embarazo terminado en parto, cesárea o aborto
					Proporción de eventos obstétricos por mes	Fecha de último evento obstétrico
					Media de embarazos	Número de embarazos totales por mujer
					Media de partos	Número de embarazos que terminaron en parto
					Media de cesáreas	Número de embarazos que terminaron en cesárea

					Media de abortos	Número de embarazos que terminaron en aborto
Respuesta social organizada	**Atención del embarazo y resolución**	Cualitativa	Cuestionario	11	Media de consultas de control prenatal en centro de salud	Número de consultas de control prenatal a las que acudió durante su embarazo
					% de unidad de atención en control prenatal	Mujeres que llevaron su control prenatal en centro de salud, médico particular, unidad del IMSS, unidad del ISSSTE, con partera o que no llevaron control prenatal
					% de mujeres que siguieron las recomendaciones durante el control prenatal	Mujeres que siguieron las recomendaciones del médico, enfermera o partera durante su control prenatal
					% de mujeres que acudieron a club del embarazo	Mujeres que durante su embarazo acudieron al "club del embarazo" o grupo similar
					% de médico adscrito o pasante que otorgó control prenatal	Número de mujeres atendidas por médico adscrito o por médico pasante durante su control prenatal
					% de mujeres con consejería de PF en control prenatal	Mujeres a las que se les otorgó consejería de planificación familiar durante su control prenatal
					% de mujeres valoradas por ginecólogo en último embarazo	Mujeres que durante su último embarazo fueron valoradas por ginecólogo

					Media de consultas otorgadas por ginecólogo durante el control prenatal	Número de consultas otorgadas por el ginecólogo durante el último embarazo
					% de mujeres orientadas sobre PF por ginecólogo	Mujeres a las que el ginecólogo les otorgó consejería de planificación familiar en sus consultas
					% de mujeres a quienes se ofertó PF al ser hospitalizadas	Mujeres a las que se les otorgó consejería de planificación familiar al momento de ser hospitalizada para la resolución de su embarazo
					% de mujeres que cursaron con complicación	Mujeres que presentaron complicaciones durante el último embarazo
	Anticoncepción	Cualitativa	Cuestionario	7	% de mujeres que adoptaron PF después de evento obstétrico	Mujeres que decidieron utilizar algún método de APEO
					% de métodos utilizados	Tipo de método de APEO que utilizaron
					% de motivos de no aceptación de PF	Razones por las que las mujeres no aceptaron APEO
					% de motivos de oposición de la pareja para adopción de APEO	Razones por las que las mujeres creen que su pareja se opuso a que adoptara APEO
					% de mujeres que actualmente utilizan PF	Mujeres que al momento de aplicación del cuestionario ya cuentan con un método de planificación familiar

					% de métodos utilizados actualmente	Tipo de método de planificación familiar que utiliza actualmente
					% de unidades donde le proporcionaron PF	Unidad de salud donde le proporcionaron el método de PF utilizado actualmente: centro de salud, Hospital Integral Jacala, ISSSTE, IMSS, otro.

ANEXO 4

Guía de entrevistas

Guía de entrevista para pareja de mujer no aceptante de APEO

Objetivo de la exploración: Describir y analizar las condiciones culturales de las mujeres y las condiciones organizacionales de los servicios de salud que intervinieron en la no aceptación de APEO en el Hospital Integral Jacala, Jacala de Ledezma, Hidalgo, durante el periodo de agosto a diciembre de 2015.

Elaboró: Rosa Adriana Velázquez Santoyo.

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA

Datos generales:

Preguntar:

- Edad en años cumplidos
- Escolaridad, último grado cursado
- Estado civil
- Dependientes económicos
- Actividad(es) laboral(es)
- En su caso, tipo de familia con la que vive (extensa o nuclear)

Tema 1: Significado de planificación familiar

Explorar: el concepto que tiene la pareja de una mujer puérpera acerca de la planificación familiar.

Pregunta de arranque:

- ¿El último embarazo de su pareja fue planeado?

Tema 2: Conocimiento sobre anticonceptivos

Explorar: el grado de conocimiento acerca del uso y tipos de métodos de planificación familiar.

Pregunta de arranque:

- ¿Conoce usted los métodos de planificación familiar que existen actualmente?

Tema 3: Concepción sobre anticoncepción post evento obstétrico.

Explorar: motivos de no adopción de APEO.

Pregunta de arranque:

- ¿Cuáles serían para usted las consecuencias de un embarazo de forma inmediata a que nació su último hijo?

Guía de entrevista para personal médico del Hospital Integral Jacala (director, gineco-obstetra y médico general).

Objetivo de la exploración: Describir y analizar las condiciones culturales de las mujeres y las condiciones organizacionales de los servicios de salud que intervinieron en la no aceptación de la APEO en el Hospital Integral Jacala, Jacala de Ledezma, Hidalgo, durante el periodo de agosto a diciembre de 2015.

Elaboró: Rosa Adriana Velázquez Santoyo

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA

Datos generales:

Preguntar:

- Edad en años cumplidos
- Escolaridad, último grado cursado
- Estado civil
- Dependientes económicos
- Actividad(es) laboral(es)
- En su caso, tipo de familia con la que vive (extensa o nuclear)

Tema 1: Proceso de oferta de APEO en el Hospital Integral Jacala.

Explorar: otorgamiento de consejería y oferta de métodos de planificación familiar.

Pregunta de arranque:

- Describa: ¿cuál es el proceso de oferta de métodos de APEO que usted realiza o que se realiza en su unidad hospitalaria?

Tema 2: Concepción sobre anticoncepción post evento obstétrico.

Explorar: el significado que le otorga el personal médico al APEO.

Pregunta de arranque:

- ¿Cuáles son las ventajas de la anticoncepción post evento obstétrico?

Tema 3: Barreras para la oferta oportuna de APEO.

Explorar: causas o motivos que impiden a las mujeres adoptar algún método de planificación familiar posterior a un evento obstétrico.

Pregunta de arranque:

- ¿Existen barreras dentro del Hospital Integral Jacala para la adopción de métodos de planificación familiar?

Guía de entrevista para personal de la Jurisdicción Sanitaria 16 (responsable de salud materna).

Objetivo de la exploración: Describir y analizar las condiciones culturales de las mujeres y las condiciones organizacionales de los servicios de salud que intervinieron en la no aceptación de la APEO en el Hospital Integral Jacala, Jacala de Ledezma, Hidalgo, durante el periodo de agosto a diciembre de 2015.

Elaboró: Rosa Adriana Velázquez Santoyo

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA

Datos generales:

Preguntar:

- Edad en años cumplidos
- Escolaridad, último grado cursado
- Estado civil
- Dependientes económicos
- Actividad(es) laboral(es)
- En su caso, tipo de familia con la que vive (extensa o nuclear)

Tema 1: Proceso de oferta de anticoncepción en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria 16, Jacala.

Explorar: otorgamiento de consejería y oferta de métodos de planificación familiar.

Pregunta de arranque:

- ¿El Centro de Salud de Jacala cuenta con un Club del Embarazo?

Tema 2: Concepción sobre anticoncepción post evento obstétrico.

Explorar: el significado que le otorga el personal jurisdiccional al APEO.

Pregunta de arranque:

- ¿Cuáles son las ventajas de la anticoncepción post evento obstétrico?

Tema 3: Barreras para la oferta oportuna de APEO.

Explorar: causas o motivos que impiden a las mujeres adoptar algún método de planificación familiar posterior a un evento obstétrico.

Pregunta de arranque:

- ¿Existen barreras dentro de los servicios de salud jurisdiccionales para la adopción de métodos de planificación familiar?

ANEXO 5

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES CUALITATIVAS

PAREJA DE MUJERES PUÉRPERAS		
NÚMERO DE TEMA	NOMBRE DEL TEMA	OPERACIONALIZACIÓN
	Datos generales.	Definir el perfil sociodemográfico del informante clave incluyendo edad, lugar de nacimiento, escolaridad, etc.
1	Significado de planificación familiar.	Explorar el concepto que tiene la pareja de una mujer puérpera sobre la planificación familiar.
2	Conocimiento sobre anticonceptivos.	Explorar el grado de conocimiento acerca del uso y tipos de métodos de planificación.
3	Concepción sobre anticoncepción post evento obstétrico.	Explorar los motivos de no adopción de APEO.

PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL INTEGRAL JACALA		
NÚMERO DE TEMA	NOMBRE DEL TEMA	OPERACIONALIZACIÓN
	Datos generales.	Definir el perfil sociodemográfico del informante clave incluyendo edad, lugar de nacimiento, escolaridad, etc.
1	Proceso de oferta en el Hospital Integral Jacala.	Explorar el otorgamiento de consejería y oferta de métodos de planificación familiar.
2	Concepción sobre la Anticoncepción Post Evento Obstétrico.	Explorar el significado que le otorga el personal médico al APEO.
3	Barreras para la oferta oportuna de APEO.	Explorar las causas o motivos que impiden a las mujeres adoptar un método de planificación familiar posterior a un evento obstétrico

RESPONSABLE DE SALUD MATERNA DE LA JURISDICCIÓN 16		
NÚMERO DE TEMA	NOMBRE DEL TEMA	OPERACIONALIZACIÓN
	Datos generales.	Definir el perfil sociodemográfico del informante clave incluyendo edad, lugar de nacimiento, escolaridad, etc.
1	Proceso de oferta en el la Jurisdicción Sanitaria 16 Jacala.	Explorar el otorgamiento de consejería y oferta de métodos de planificación familiar.
2	Concepción sobre Anticoncepción Post Evento Obstétrico.	Explorar el significado que le otorga el personal médico al APEO.
3	Barreras para la oferta oportuna de APEO	Explorar las causas o motivos que impiden a las mujeres adoptar un método de planificación familiar posterior a un evento obstétrico.

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO ORAL

(Pareja de mujeres puérperas encuestadas)

Título de proyecto: Anticoncepción post evento obstétrico en el Hospital Integral de Jacala Hidalgo.

Estimado Señor:

Introducción/Objetivo:

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación en colaboración con los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo. El objetivo del estudio es identificar los factores culturales que influyen en la no aceptación de la anticoncepción post evento obstétrico. El estudio se está realizando en esta localidad.

Versión Aprobada: Noviembre 26, 2015, PT: 131, Folio Identificador: **W39**
Copia sellada en archivo

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio:

Le haremos algunas preguntas acerca del embarazo y la utilización de anticonceptivos como por ejemplo en donde fue atendido el último embarazo de su pareja o esposa. La entrevista tendrá una duración aproximada de 15 minutos. Le entrevistaremos en su hogar el día viernes por la tarde o en el horario que usted establezca. La entrevista será grabada para su posterior transcripción por lo que solicito su autorización para grabarla. En caso de que no autorice la grabación de la misma solo se tomarán notas.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para proponer una intervención de mejora de forma indirecta en los servicios de salud a los que usted accede.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo, tiene el derecho de no responderla**.** Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en el hospital Integral Jacala o en el Centro de Salud Jacala.

Datos de contacto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto le vamos a dejar una tarjeta con la información de el/la investigador(a) responsable del estudio. Asimismo, si tiene preguntas generales relacionadas **con sus derechos como participante** en un estudio de investigación le dejamos los datos de la Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto.

Finalmente, le solicito que nos otorgue su autorización para que la entrevista sea grabada y permita su posterior transcripción a fin de mantener la originalidad de la información que usted nos proporcione. En caso de que no autorice la grabación de la misma solo se tomarán notas y deberá colocar en la línea correspondiente su nombre y firma.

Si acepta que su entrevista sea grabada, le pido que por favor ponga una **(✓)** en el recuadro de abajo que dice "Sí acepto que se grabe la entrevista" y escriba su nombre y firma.

Si no acepta que su entrevista sea grabada, coloque la **(✓)**, en el recuadro correspondiente a "No acepto que se grabe la entrevista" y escriba su nombre y firma.

☐ Sí acepto que se grabe la entrevista ☐ No acepto que se grabe la entrevista

Nombre y firma: _____

¡Muchas gracias por su participación!

CEI Comité de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Salud Pública

Versión Aprobada: Noviembre 26, 2015, PT: 131, Folio Identificador: **W39**
Copia sellada en archivo

ANEXO 7

CARTA DE CONSENTIMIENTO ENCUESTA (MUJERES PUERPERAS MAYORES DE EDAD)

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO ADULTOS

(Mujeres puérperas mayores de edad)

Título de proyecto: Anticoncepción post evento obstétrico en el Hospital Integral de Jacala Hidalgo.

Versión Aprobada: Noviembre 26, 2015, PT: 131, Folio Identificador: **W39**
Copia sellada en archivo

Estimada Señora:

Introducción/Objetivo:

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación en colaboración con los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo. El objetivo del estudio es identificar los factores culturales que influyen en la no aceptación de la anticoncepción post evento obstétrico. El estudio se está realizando en esta localidad.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Le realizará algunas preguntas acerca de su último embarazo como por ejemplo el lugar donde llevó su control prenatal y cuestiones generales acerca de la atención del embarazo como por ejemplo si se trató de un parto, cesárea o aborto. El cuestionario tendrá una duración aproximada de 15 minutos. La encuestaremos en su domicilio en día viernes durante la mañana.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para proponer una intervención de mejora de forma indirecta en los servicios de salud a los que usted accede.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomoda, tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en el hospital Integral Jacala o en el Centro de Salud Jacala.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la investigador/a) responsable del proyecto la Dra. Silvia Magali Cuadra Hernández proyecto: Anticoncepción post evento obstétrico en el Hospital Integral de Jacala Hidalgo al siguiente número de teléfono (777) 329-3000 ext: 5265 en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 horas.

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante: _____ Fecha: _____ Día / Mes / Año

Firma: _____

Nombre Completo del Testigo 1: _____ Fecha: _____ Día / Mes / Año

Dirección _____

Firma: _____
Relación con el participante _____

Nombre Completo del Testigo 2: _____ Fecha: _____ Día / Mes / Año

Dirección _____

Firma: _____
Relación con el participante _____

CEI Comité de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Salud Pública

Versión Aprobada: Noviembre 26, 2015, PT: 131, Folio Identificador: **W39**
Copia sellada en archivo

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento _____ Fecha: _____ Día / Mes / Año

ANEXO 8

CARTA DE ASENTIMIENTO

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CARTA DE ASENTIMIENTO

Título de proyecto: Anticoncepción post evento obstétrico en el Hospital Integral de Jacala Hidalgo.

Hola mi nombre es _Rosa Adriana Velázquez Santoyo_ y soy estudiante del Instituto Nacional de Salud Pública. Actualmente el Instituto está realizando un estudio para conocer acerca de los motivos de no aceptación de anticonceptivos posterior a un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar algunas preguntas que te realizaré a través de un cuestionario las cuales se enfocarán en el embarazo y uso de anticonceptivos después del mismo.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones nos ayudará a identificar los factores culturales que influyen en la no aceptación de anticonceptivos.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(✔)** en el cuadrito de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna **(✔)**, ni escribas tu nombre.

☐ Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

_____

Fecha: a _____ de _____ de ____.

Observaciones:_____
_____

CEI Comité de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Salud Pública

Versión Aprobada: Noviembre 26, 2015, PT: 131, Folio Identificador: **W39**
Copia sellada en archivo

ANEXO 9

CONSENTIMIENTO PADRES DE ADOLESCENTES PUERPERAS

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN DE PADRES Y SUS HIJOS

Título de proyecto: Anticoncepción post evento obstétrico en el Hospital Integral de Jacala Hidalgo.

Versión Aprobada: Noviembre 26, 2015, PT: 131, Folio Identificador: **W39**
Copia sellada en archivo

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación en colaboración con los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo. El objetivo del estudio es identificar los factores culturales que influyen en la no aceptación de la anticoncepción post evento obstétrico. El estudio se está realizando en esta localidad.

Procedimientos:

Si Usted acepta que su hija participe en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

1. **A su hija** se le aplicará una encuesta a través de un cuestionario en el que se le realizarán algunas preguntas acerca de su último embarazo como por ejemplo el lugar donde llevó su control prenatal y cuestiones generales acerca de la atención del embarazo como por ejemplo si se trató de un parto, cesárea o aborto. El cuestionario tendrá una duración aproximada de 15 minutos. La encuestaremos en su domicilio en día viernes durante la mañana.

Beneficios: Usted o su hija no recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para proponer una intervención de mejora de forma indirecta en los servicios de salud a los que usted accede.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted y su hija quedarán identificados(as) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican la participación de su hija en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomoda, tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a que su hija participe o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en el Hospital Integral Jacala o en el Centro de Salud Jacala.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la investigador/a) responsable del proyecto la Dra. Silvia Magali Cuadra Hernández proyecto: Anticoncepción post evento obstétrico en el Hospital Integral de Jacala Hidalgo al siguiente número de teléfono (777) 329-3000 ext: 5265 en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 horas.
Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)

Su firma indica su aceptación para que Usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del Padre/Madre/Tutor participante: Fecha:
_____ _____
Día / Mes / Año

Firma: _____

Relación con el menor participante _____

Nombre completo del menor participante
_____

CEI Comité de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Salud Pública

Versión Aprobada: Noviembre 26, 2015, PT: 131, Folio Identificador: **W39**
Copia sellada en archivo

Nombre Completo del Testigo 1: Fecha:
_____ _____
Día / Mes / Año

Dirección _____

Firma: _____
Relación con el participante _____

Nombre Completo del Testigo 2: Fecha:
_____ _____
Día / Mes / Año

Dirección _____

Firma: _____
Relación con el participante _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento Fecha:
_____
Día / Mes / Año

ANEXO 10

ACTIVIDAD: “EL ÀRBOL FAMILIAR”

Objetivos:

- Ofrecer una forma creativa y accesible para utilizar y apropiarse de un modelo de interpretación estructural de la familia
- Lograr que se entienda a la familia como un todo, diferenciando tres niveles: ideológico, jurídico-político y económico
- Reconocer la interrelación de estos niveles

Contenido: con esta técnica se pretende ampliar la comprensión estructural de la familia a través de la comparación entre la propia estructura familiar con el árbol en sus tres niveles; se trata de que, apoyándose en esta herramienta, se vea y analice la realidad familiar como un todo interrelacionado, capaz de entenderse y transformarse.

Material:

- Papel bond blanco
- Marcadores de colores

Desarrollo: Pregunta inicial: “¿Cuáles son las partes principales de cualquier árbol?” Conforme los participantes responden, se va dibujando el árbol, hasta tener la raíz, el tronco y el follaje del mismo.

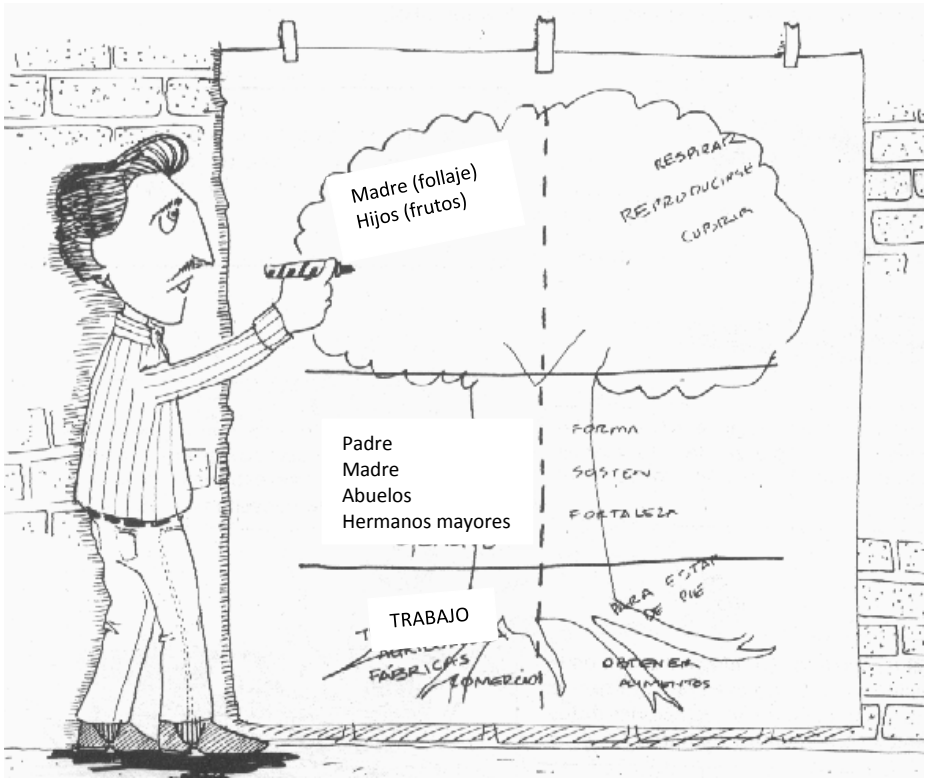
Siguiente pregunta: “¿Qué función tienen estas partes (raíz, tronco y follaje) para el árbol?” Los participantes irán contestando y el coordinador irá anotando dónde corresponde la función mencionada (escribe solamente en la mitad del árbol).

En el momento en que estén descritas todas las partes del árbol y sus funciones, se debe enfatizar que este árbol es un TODO, un sistema con vida, que necesita de la estrecha interrelación de sus partes para garantizar su supervivencia. Un comentario que puede ayudar a esto es mencionar que ni un tronco, ni una raíz o un follaje forman por sí solos al árbol. A continuación, se hacen las siguientes preguntas a los participantes:

- En la familia, ¿qué elementos se asemejan o cumplirían las funciones señaladas para la raíz, el tronco y el follaje?
- Si la raíz le sirve al árbol para extraer del suelo las sustancias que lo alimentan, en la familia, ¿cómo extraemos de la sociedad lo que necesitamos para sobrevivir?

- Si el tronco le da fortaleza al árbol, ¿qué o quienes simbolizan la fuerza y el poder de las relaciones entre los miembros de la familia?
- Si el follaje cubre al árbol y lo protege, y si es por medio de las hojas o frutos que identificamos el tipo de árbol del que se trata ¿qué elementos de la familia representan cada una de las partes del árbol? Explica tu respuesta.

El coordinador deberá tener la agilidad de modificar o enriquecer las preguntas. Mientras se contestan se irá esbozando un dibujo como el siguiente:

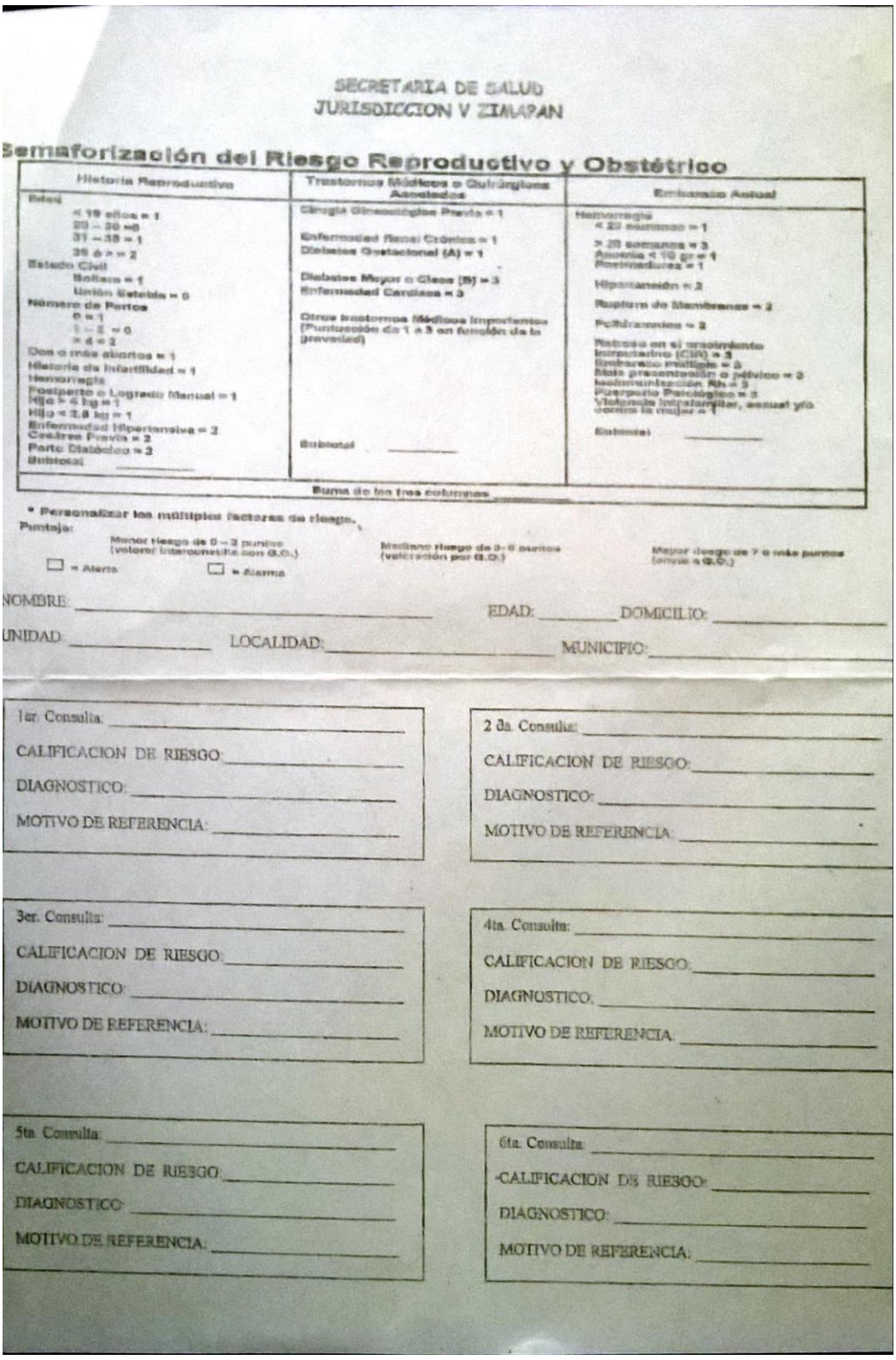


Se determinará, junto con el grupo, que al follaje se le nombra el "nivel ideológico" donde se reproduce, encubre o descubre todo el sistema de la familia. Al tronco se le llamará "nivel político", donde el poder toma forma organizativa y jurídica, a este nivel también se le puede llamar "súper-estructura". Finalmente, a la raíz y a todo lo contenido en ella se le llamará "nivel económico" o "infra-estructura", donde se ubicará todo el proceso de producción de bienes de una familia.

Reflexión final: "Nuestra familia, como cualquier otra, es un sistema estructurado y todos sus componentes se interrelacionan; la familia se produce, se sostiene y se reproduce por la interacción de sus miembros, ellos hacen que pueda ser transformada, de nosotros depende que esa transformación sirva para integrar individuos sanos y con valores a la sociedad en la que vivimos."

ANEXO 11

FORMATO DE SEMAFORIZACIÓN DEL RIESGO OBSTÉRICO



SECRETARIA DE SALUD
JURISDICCION V ZIMAPAN

Semaforización del Riesgo Reproductivo y Obstétrico

Historia Reproductiva	Trastornos Médicos o Quirúrgicos Asociados	Embarazo Actual
Edad: < 19 años = 1 20 – 30 =0 31 – 35 = 1 35 ó > = 2 Estado Civil Soltera = 1 Unión Estable = 0 Número de Partos 0 = 1 1 – 3 = 0 > 4 = 2 Dos o más abortos = 1 Historia de Infertilidad = 1 Hemorragia Postparto o Legrado Manual = 1 Hijo > 4 kg = 1 Hijo < 2.8 kg = 1 Enfermedad Hipertensiva = 2 Cesárea Previa = 2 Parto Distócico = 2 Subtotal: _____	Cirugía Ginecológica Previa = 1 Enfermedad Renal Crónica = 1 Diabetes Gestacional (A) = 1 Diabetes Mayor o Clase (B) = 3 Enfermedad Cardiaca = 3 Otros trastornos Médicos Importantes (Puntuación de 1 a 3 en función de la gravedad) Subtotal: _____	Hemorragia < 20 semanas = 1 > 20 semanas = 3 Anemia < 10 gr = 1 Preeclampsia = 1 Hipertensión = 2 Ruptura de Membranas = 2 Polihidramnios = 2 Retraso en el crecimiento intrauterino (CIR) = 3 Embarazo multiple = 3 Mala presentación o pélvico = 3 Isoinmunización Rh = 3 Puerperio Patológico = 3 Violencia Intrafamiliar, actual y/o previa = 1 Subtotal: _____

Suma de las tres columnas _____

* Personalizar los múltiples factores de riesgo.

Puntaje:

Menor riesgo de 0 – 2 puntos (valoral intraconsulta con G.O.) ☐ = Alerta

Mediano riesgo de 3 – 6 puntos (valoración por G.O.) ☐ = Alarma

Mayor riesgo de 7 o más puntos (envío a G.O.)

NOMBRE: _____ EDAD: _____ DOMICILIO: _____

UNIDAD: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

1er. Consulta: _____
CALIFICACION DE RIESGO: _____
DIAGNOSTICO: _____
MOTIVO DE REFERENCIA: _____

2 da. Consulta: _____
CALIFICACION DE RIESGO: _____
DIAGNOSTICO: _____
MOTIVO DE REFERENCIA: _____

3er. Consulta: _____
CALIFICACION DE RIESGO: _____
DIAGNOSTICO: _____
MOTIVO DE REFERENCIA: _____

4ta. Consulta: _____
CALIFICACION DE RIESGO: _____
DIAGNOSTICO: _____
MOTIVO DE REFERENCIA: _____

5ta. Consulta: _____
CALIFICACION DE RIESGO: _____
DIAGNOSTICO: _____
MOTIVO DE REFERENCIA: _____

6ta. Consulta: _____
CALIFICACION DE RIESGO: _____
DIAGNOSTICO: _____
MOTIVO DE REFERENCIA: _____

ANEXO 12

ACTIVIDAD: “EL CAMINO LÓGICO DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

Objetivo: Apropiarse de una herramienta pedagógica sencilla que facilite y dé coherencia al diseño de diversas actividades educativas y organizativas.

Contenido: Reconocer la necesidad y la importancia de la coherencia entre los elementos presentes para la aceptación de los métodos de planificación familiar.

Preparación: Se dividirá a los asistentes en cuatro equipos y a cada equipo se le entregará una tarjeta que contendrá alguna de las siguientes preguntas: “¿qué?”, “¿para qué?”, “¿con qué?” y “¿cómo?”

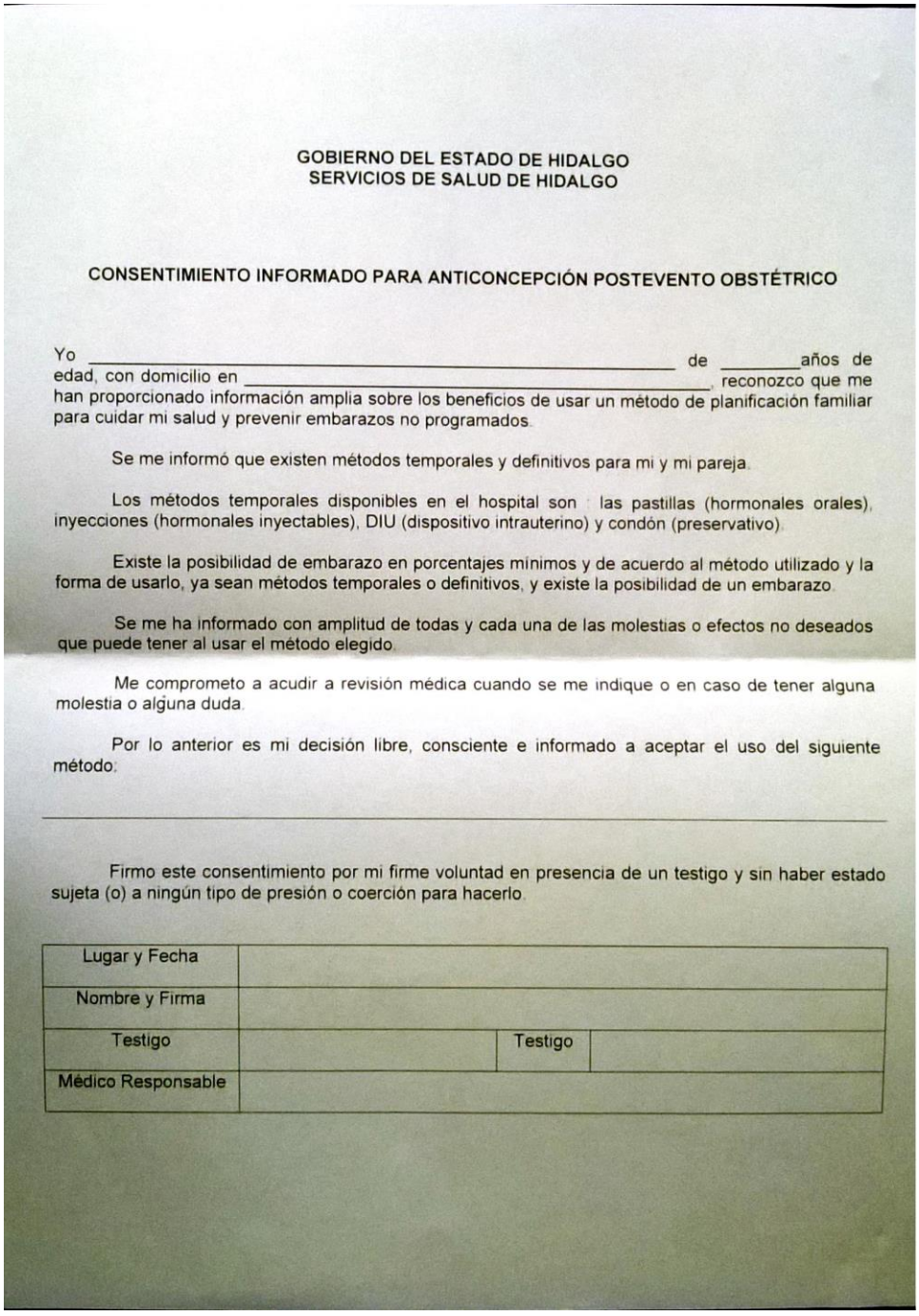
Desarrollo: Cada equipo deberá contestar, detrás de cada tarjeta, la pregunta señalada; todas ellas en torno a la planificación familiar, a saber: “¿qué es la planificación familiar?”, “¿para qué sirve la planificación familiar?”, “¿con qué se puede hacer la planificación familiar?” y finalmente “¿cómo obtengo la información y los métodos de planificación familiar?”

Una vez contestadas las preguntas, cada equipo expondrá al resto de los participantes sus respuestas; en un pizarrón o papel bond, el coordinador apuntará las más importantes. Una vez hechas las exposiciones de los cuatro equipos, el coordinador dirigirá la discusión acerca de lo que contestaron los participantes y les pedirá que organicen sus respuestas de acuerdo a la siguiente lógica: ¿cómo tomar la decisión de adoptar un método de planificación familiar?

Reflexión final: el coordinador hará énfasis en que, para tomar la decisión de adoptar un método de planificación familiar, primero hay que saber qué es un método de planificación familiar, posteriormente, para qué sirve, luego con qué o cuales son los métodos de planificación familiar y finalmente, cómo se obtiene información y cómo se obtienen los métodos de planificación familiar.

ANEXO 13

FORMATO: “CONSENTIMIENTO BAJO DE INFORMACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO”



GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIÓN POSTEVENTO OBSTÉTRICO

Yo _____ de _____años de edad, con domicilio en _____, reconozco que me han proporcionado información amplia sobre los beneficios de usar un método de planificación familiar para cuidar mi salud y prevenir embarazos no programados.

Se me informó que existen métodos temporales y definitivos para mi y mi pareja.

Los métodos temporales disponibles en el hospital son las pastillas (hormonales orales), inyecciones (hormonales inyectables), DIU (dispositivo intrauterino) y condón (preservativo).

Existe la posibilidad de embarazo en porcentajes mínimos y de acuerdo al método utilizado y la forma de usarlo, ya sean métodos temporales o definitivos, y existe la posibilidad de un embarazo.

Se me ha informado con amplitud de todas y cada una de las molestias o efectos no deseados que puede tener al usar el método elegido.

Me comprometo a acudir a revisión médica cuando se me indique o en caso de tener alguna molestia o alguna duda.

Por lo anterior es mi decisión libre, consciente e informado a aceptar el uso del siguiente método:

_____

Firmo este consentimiento por mi firme voluntad en presencia de un testigo y sin haber estado sujeta (o) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Lugar y Fecha			
Nombre y Firma			
Testigo		Testigo	
Médico Responsable			

ANEXO 14

ACTIVIDAD: “EL LABERINTO DE LAS DECISIONES EN EL EMBARAZO”

Objetivo: Ejercitarse en la toma de decisiones en los diferentes momentos por los que atraviesa una pareja durante el embarazo, específicamente, al momento de decidir qué método de anticoncepción post evento obstétrico adoptarán al término del mismo.

Contenido: Esta técnica se basa en la recuperación de la lógica del juego de los laberintos; la idea es ir encontrando la “ruta correcta” entre varias posibilidades. Las posibilidades se van presentando al participante a medida que va avanzando en el laberinto; al ir encontrando las opciones correctas (es decir, cuando hay paso), se hace posible llegar a la meta final.

Material:

- Papel bond con dibujo de un laberinto que señale claramente la entrada y salida o llegada a la meta
- Tarjetas
- Marcadores de colores
- Cinta adhesiva

Preparación: El coordinador planteará una meta: “El embarazo saludable, el nacimiento en buenas condiciones y los cuidados adecuados para nuestros hijos”.

Una vez planteada la meta, el coordinador mostrará múltiples tarjetas con diferentes opciones: en ellas habrá decisiones correctas e incorrectas durante el embarazo. Por ejemplo, decisiones incorrectas: no llevar a cabo el control prenatal, tener más hijos de los que permiten las posibilidades económicas, embarazarme cada año, no seguir las recomendaciones del médico; decisiones correctas: acudir a todas las consultas, decidir cuántos hijos tener de acuerdo a sus posibilidades económicas, que el bebé nazca en el hospital, adoptar un método anticonceptivo, etc.

Desarrollo: Se formarán cuatro equipos. A cada equipo se le otorgará un laberinto y tarjetas con las opciones señaladas, las cuales estarán pegadas con cinta adhesiva al laberinto. Las tarjetas se colocarán de manera que las recomendaciones correctas para el embarazo estén ubicadas en los caminos abiertos que conducen a la meta, mientras que las recomendaciones erróneas se colocarán en áreas o caminos cerrados.

Se pedirá a los participantes que salgan del laberinto tomando decisiones en equipo, señalando con un marcador la ruta correcta; una vez que todos los equipos resuelvan el laberinto o pasen siete

minutos de iniciada la actividad, todos se reunirán para iniciar una discusión acerca de lo encontrado en el proceso.

Reflexión final: El coordinador planteará preguntas encaminadas a las recomendaciones aplicadas en el embarazo de las participantes, a fin de que ellas mismas determinen que la “ruta correcta” les ayudará a que su embarazo se resuelva en las mejores condiciones.