



BUAP

Facultad de Medicina

Unidad Receptora de Residentes

“Consulta preconcepcional: Creencias, costumbres y conocimientos de las mujeres en edad reproductiva”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dr. Genaro Sedeño Campos
Médico Residente de Medicina Familiar UMF/H. No.11 IMSS, OOAD Puebla,
Matrícula 99129445

Directores:

Dra. Rosa Isela Briones Ibarra
Jefe de Servicio UMF/H. No. 11 IMSS, OOAD Puebla, Matrícula 99227297

Dra. Fabiola Méndez Valderrabano
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No.01
IMSS, OOAD Puebla, Matrícula 99226960

SIRELCIS: R-2022-2108-078

ORCID: 0000-0002-3856-6283

H. Puebla de Z. Enero 2025



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar/H. No. 11, IMSS, OOAD Puebla

TESIS:

***“Consulta Preconcepcional: Creencias, Costumbres y Conocimientos
de las Mujeres en Edad Reproductiva”***

Para Obtener Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

PRESENTA:

Dr. Genaro Sedeño Campos

**Médico Residente de Medicina Familiar UMF/H. No.11 IMSS, OOAD
Puebla, Matricula 99129445**

DIRECTORES DE TESIS:

Dra. Rosa Isela Briones Ibarra

Jefe de Servicio UMF/H. No. 11 IMSS, OOAD Puebla, Matrícula 99227297

Dra. Fabiola Méndez Valderrabano

**Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No.01
IMSS, OOAD Puebla, Matrícula 99226960**

SIRELCIS: R-2022-2108-078

ORCID: 0000-0002-3856-6283

H. PUEBLA DE Z.

ENERO 2025



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2108.
H GERAL ZONA NUM 20

Registro COFEPRIS 19 CI 21 114
054 Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI
001 20201117

FECHA Lunes, 07 de noviembre de 2022

M.E. Rosa Isela Briones Ibarra

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título CONSULTA PRECONCEPCIONAL: CREENCIAS, COSTUMBRES Y CONOCIMIENTOS DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, que someto a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es PROBADO:

Numero de Registro Institucional R-2022-2108-078

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

mismo.

I

DIRECTORES DE TESIS

Dra. Rosa Icela Briones Ibarra
Jefe de Delegación Medicina Familiar
Ced. Prof. 27257

DRA. ROSA ISELA BRIONES IBARRA



DRA. FABIOLA MÉNDEZ VALDERRABANO



Dr. Jorge Ayón Aguilar
COORDINADOR AUXILIAR
MÉDICO DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD
Ced. Prof. 3503282
Mat. 99222553

AUTORIDAD DELEGACIONAL

II

AGRADECIMIENTOS

- 1.- A mi familia por estar siempre conmigo.
- 2.- Docentes del posgrado por su apoyo y enseñanzas.
- 3.- Directores de tesis por su apoyo a lo largo del posgrado.
- 4.- Al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por la beca otorgada.

III

RESUMEN

CONSULTA PRECONCEPCIONAL: CREENCIAS, COSTUMBRES Y CONOCIMIENTOS DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA.

Dra. Rosa Isela Briones Ibarra Coordinador Médico UMF/H No.11Dr. Genaro Sedeño Campos R1MF UMF/H No.11, Dra. Fabiola Méndez Valderrabano CCEIS UMF/H No.01.

Antecedentes. A diariamente mueren aproximadamente 830 mujeres por factores prevenibles relacionados con embarazo y parto. La atención preconcepcional tiene como meta promover la salud de la mujer y la de su descendencia y forma parte de la asistencia prenatal. Es basada en la promoción para la salud, la valoración de riesgo reproductivo y en las acciones realizadas en función de los riesgos y enfermedades detectadas.

Objetivos. Identificar las creencias, costumbres y conocimientos de las mujeres en etapa reproductiva acerca de la valoración preconcepcional.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se empleó la entrevista semiestructurada para la obtención de la información la cual se aplicó a 50 mujeres en edad reproductiva de 18 a 45 años. Se incluyó las frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas; además para las cuantitativas mediante las medidas de tendencia central y de dispersión. Utilizando el paquete estadístico SPSSv22.0.

Resultados. Los resultados se obtuvieron de una muestra de 50 mujeres en edad reproductiva de 18 a 45 años, la media de edad fue 32 años (± 7); la ocupación más frecuente fue la de empleada con $n=36$ (72%), $n=28$ (56%) no realiza consulta preconcepcional, sin embargo, $n=32$ (64%) pacientes refieren que es favorable acudir a consulta preconcepcional.

Conclusión. En la mayoría de los casos las participantes no conocen el tema de consulta preconcepcional, refieren ellas y sus conocidos que se trata de una acción importante para la salud la cual se debe llevar a cabo de forma constante en la población en edad fértil, aunque realmente la población no la practica o no tienen la costumbre de realizarla en su comunidad o entre sus conocidos. Siendo de gran importancia mencionarse que en general la gente desconoce el tema de consulta preconcepcional por falta de información ya que en su mayoría es confundido con consulta prenatal.

Palabras clave: consulta preconcepcional 1; mujer en edad fértil 2; conocimiento 3.

IV CONTENIDO

1. CAPITULO. ANTECEDENTES	9
1.1. ANTECEDENTES GENERALES	9
1.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	13
2. CAPITULO. MARCO METODOLÓGICO	17
2.1. JUSTIFICACIÓN	17
2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
2.3. OBJETIVOS	19
2.3.1. OBJETIVO GENERAL	19
2.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
2.4. METODOLOGÍA	20
3. CAPÍTULO. ANÁLISIS DE DATOS	23
3.1. RESULTADOS	23
3.2. DISCUSIÓN	28
3.3. CONCLUSIONES	30
3.4. PROPUESTAS	30
3.5. FORTALEZAS DEL ESTUDIO	31
3.6. DEBILIDADES DEL ESTUDIO	31
3.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	31
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
5. ANEXOS	34

V
LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Número	Título	Página
Tabla 1	Características sociodemográficas del grupo de estudio	24
Tabla 2	Características sociodemográficas del grupo de estudio	25
Tabla 3	Conocimiento sobre consulta preconcepcional del grupo de estudio	25
Tabla 4	Criterio referido sobre importancia de consulta preconcepcional del grupo de estudio.	26
Tabla 5	Antecedente referido de consulta preconcepcional del grupo de estudio.	26
Tabla 6	Opinión personal sobre la consulta preconcepcional del grupo de estudio.	27
Tabla 7	Opinión de los conocidos sobre consulta preconcepcional del grupo de estudio.	27
Tabla 8	Costumbres de la comunidad sobre consulta preconcepcional del grupo de estudio.	28

LISTA DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
OMS	Organización mundial de la salud
COLS	Colaboradores
RRPC	Factores de riesgo reproductivo preconcepcional
CPF	Consulta de planificación familiar
ASSIR	Atención a la salud sexual y reproductiva
UMF	Unidad médica familiar
IMSS	Instituto mexicano del seguro social

CAPITULO 1. ANTECEDENTES

1.1. ANTECEDENTES GENERALES

Actualmente existe preocupación a nivel mundial, debido a las incidencias de defunciones maternas e infantiles. Por ello en la Organización Mundial de la Salud (OMS) surge la exigencia de realizar actividades diversas en las políticas de salud. Registros estadísticos refieren que diariamente mueren cerca de 830 mujeres a causa de principios evitables relacionados con embarazo y parto (1,2).

Se han implementado tácticas con la finalidad de obtener niños saludables evitando que las madres padezcan dificultades durante el embarazo, parto y puerperio. Por esta razón, es importante considerar la valoración del riesgo reproductivo preconcepcional que forma un pilar fundamental que ayuda a detectar mujeres, familias o población frágil, el cual es condicionado por diversos agentes y patologías únicas o asociadas que pueden afectar de forma perjudicial en la madre o el producto durante el periodo de gestación, parto o puerperio. Estos factores pueden ser de origen biológico, psicológicos y sociales (3,4).

Los esquemas de valoración preconcepcional se describen como factor indispensable de la vigilancia en salud de mujeres en edad fértil; de esta manera, el objetivo de estos es promover la salud de la mujer en edad reproductiva antes de la concepción y así erradicar posibles inconvenientes. Un apropiado programa de vigilancia preconcepcional incorpora un nivel de acciones previsorias, comportamentales y terapéuticas (5,6).

La valoración de consulta preconcepcional se considerada benéfica tanto en mujeres que se presentan de forma espontánea a solicitar consejo antes de embarazarse, como las que acuden por presentar diversas patologías. En la mayoría de casos el embarazo no está planeado, razón por la que es importante que todos los expertos en salud tengan en cuenta la posibilidad de un futuro embarazo. De acuerdo con las cifras de muertes maternas solo el 11% acudieron a valoración preconcepcional (7-9).

Consulta Preconcepcional.

De acuerdo con la etapa preconcepcional, esta corresponde al periodo previo de la gestación. Se cree que una mayor cantidad de las mujeres que logran iniciar la gestación cuando tienen dificultades de salud previas pueden complicarse durante el embarazo, y a su vez, arriesgar la vida del binomio. Por ello, la magnitud del periodo preconcepcional constituye una etapa fundamental y estratégica para evitar complicaciones de salud, así como modificar circunstancias de riesgo posible (10).

Se entiende como un cúmulo de actividades para la salud que se realizan en una mujer con o sin pareja, con la finalidad de reconocer, disminuir, corregir o eliminar factores o comportamientos de amenaza reproductiva y tratar patologías que puedan afectar el desarrollo normal de un próximo embarazo. El objetivo es otorgar a la persona información para la toma de decisiones sobre su futuro reproductivo (11).

Dicha valoración tiene como objetivo la estimación y detección de las circunstancias sociales y biológicas, así como su estilo de vida y costumbres presentes en una mujer, un hombre o en una pareja, que conllevan a un riesgo reproductivo, el cual puede afectar la salud y la vida de la madre o el producto. Una vez localizados estos factores, se deben realizar acciones sugeridas de salud con origen en protocolos de atención (12).

La evolución preconcepcional es sugerida en mujeres en edad reproductiva con o sin patologías, estando especialmente indicada en mujeres que tuviesen malos resultados reproductivos y con alteraciones de salud (12).

Sin embargo, el cuidado preconcepcional implica ejercer los derechos reproductivos y sexuales que conllevan a determinar factores y alteraciones en la concepción, así como también adoptar las precauciones pertinentes para disminuir los factores de riesgo. Por ende, se debe realizar difusión para salud y fomentar actividades articuladas entre las mujeres, hombres y parejas, así también para los servidores de salud en las diversas

disciplinas y prestaciones para la salud, los cuales son organizados en redes globales y adicionales, en conjunto con otros sectores y representantes que atiendan los acontecimientos relacionados con variables ambientales, laborales o sociales. En este aspecto podemos determinar las directrices siguientes (13):

- Fomentar el derecho reproductivo y sexual para el contexto de atención en sanidad, con mayor interés en contribuir a salud reproductiva y sexual, con incorporación de la atención a población adolescente (13).
- La mayoría de acercamientos de la población en etapa reproductiva con expertos en medicina, y encuentro de asesoramiento con un conocedor de salud (enfermeras, psicólogos, nutricionista, y otros), en los aspectos de institución o comunidad, personal o grupo, deben emplearse para impulsar o fomentar consulta pregestacional y determinación del riesgo reproductivo en la población, para anunciar e informar comportamientos o costumbres que fomenten componentes y acontecimientos reproductivos adversos, para lo cual se ejecutara lo siguiente (13):
 - Fomentar y promover el autocuidado en el área reproductiva, con hincapié en la capacidad de determinar, el momento oportuno para procrear hijos o no (13).
 - Informar a las personas que se encuentran en edad reproductiva que la gestación requiere planificación biopsicosocial (13).
 - Educar a la población para que conozca e intervenga de forma positiva ante las situaciones que pueden afectar o incrementar el riesgo reproductivo (13).
 - Otorgar adiestramiento pregestacional por parte de equipo de salud capacitado, de forma constante concerniente a contenido de: previsión de gestación no programada, distanciamiento entre hijos, la valoración prematura de causas de riesgo, planificación familiar, valoración de vacunación, efectividad de consulta pregestacional anticipada y valoración de peso correcto (13).
 - Utilizar diversos procedimientos para concientizar e informar a mujeres y hombres sobre asuntos de vigilancia pregestacional para reducir la fatalidad reproductiva; lo cual

incorpore componente digital y materia impreso distribuido en diversas áreas de servicio médico (13).

Asimismo, mientras se realiza el control pregestacional el equipo de salud debe contemplar lo siguiente (14,15):

- La primer valoración o tamiz. En esta consulta, se debe valorar a la persona o la pareja con el propósito reproductivo y realizar valoración de factores de riesgo para proceder con protocolo establecido o remitir a un nivel superior de atención a los casos que lo requieran.
- En cuanto al primer nivel de vigilancia, el control pregestacional va orientado al cuidado básico, atenuando la difusión y prevención de la salud. En los núcleos de atención primaria se realiza la valoración de los diversos componentes de riesgo reproductivo, se identifica al paciente de alto riesgo, debe realizarse especial hincapié en la difusión y consejería anticonceptiva, se realiza información y referencia pertinente a niveles de atención superior según protocolo establecido.
- Los expertos en medicina o enfermería adecuadamente capacitados deben mantenerse a cargo.
- La consulta primaria en circunstancias ideales, debe realizarse con previsión por lo menos un año antes de concebir una gestación.
- Actualmente se sugiere duración de 30-40 minutos para consulta inicial, donde se efectúe historia clínica, se solicite estudios de laboratorio y se realice exploración física completa.
- En población con padecimientos crónicos o severos se debe determinar la viabilidad de la gestación, o su postergación, así como también realizar información y consejería anticonceptiva personalizada.

La entrevista en la investigación cualitativa.

Técnica de interacción cara a cara, inmediata, que pretende conocer en forma exhaustiva un tema en particular, puede usarse un guion con los principales tópicos a abordar como una entrevista dirigida, sin embargo, se debe permitir la libre expresión del entrevistado en cuanto a intereses, creencias y afectos respecto al tema, posterior a la entrevista, se transcribe y se analizan e interpretan los datos (16).

Se define como “una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)”. Se clasifican en entrevistas estructuradas, donde el entrevistador se desempeña sobre la base de preguntas específicas contenidas en una guía previamente elaborada y se supedita a ésta (17).

Otra clasificación se refiere a las entrevistas semiestructuradas, donde el contenido, organización, profundidad y formulación se hayan sujetos al criterio del investigador, en este tipo de entrevista el investigador puede implementar otras, y por último las entrevistas abiertas que “se fundamentan en una guía general de contenido y el investigador posee toda la flexibilidad para manejarla” (17).

1.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

La cultura puede comprenderse desde la perspectiva de Itcharth y Donati como un grupo de patrones o modelos de comportamiento social presentes en una comunidad o grupo poblacional específico. La cultura encierra, entre otras prácticas, una serie de hábitos, códigos y normas que son reflejo de la dinámica social de un grupo (18).

Dentro de la medicina tradicional se encuentran las denominadas parteras o comadronas, bien se podría afirmar que no existe comunidad en la cual no haya personas con conocimientos para la atención del parto. A pesar de existir centros de atención médica, en algunos casos en el área rural, los pobladores prefieren atenderse por parteras, quienes

asisten a las mujeres no solamente durante el alumbramiento, sino en los procesos previos al mismo. En el área rural, la partera es una proveedora independiente de cuidados primordiales y primarios durante el embarazo, parto y puerperio (19,20).

En México a pesar de todos los cambios y la tecnología que existen las mujeres en edad fértil aún siguen empleando la medicina tradicional debido a sus creencias y costumbres (21).

En 1994 Regueira Naranjo y cols realizaron un estudio analítico de casos y controles 1 x 1 sobre conducta del riesgo preconcepcional en 35 consultorios, pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente "Tula Aguilera", del Municipio Camagüey. El grupo de estudio estuvo formado por las mujeres con riesgo preconcepcional que concibieron un embarazo y fueron captadas en el período del 1ro de enero al 30 de junio de ese año. El grupo se constituyó con mujeres sin antecedentes de riesgo preconcepcional y que fueron captadas en igual período y la misma área de salud. Los resultados más significativos fueron: como factor biológico la desnutrición materna III-IV con el 36,76 %, la anemia con el 48,52 %, la sepsis de origen urinario con 25 % y la vaginal con 22,79 %. Se demostró la hipótesis de que los niños nacidos de madres con riesgo preconcepcional y obstétrico son vulnerables a tener una mayor morbilidad y mortalidad perinatal que los recién nacidos de madres sin factores de riesgo con un embarazo normal (22).

Entre febrero 1999 y febrero 2000 Prendes Labrada y cols efectuaron un estudio descriptivo con el objetivo de identificar los factores de riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) más recurrentes y evaluar la influencia de la consulta de Planificación Familiar (CPF) en su control. La muestra estuvo constituida por 200 pacientes de la consulta de Planificación Familiar, clasificadas como RRPC. Los factores de RRPC más recurrentes fueron la desnutrición (26,5 %), menos de 2 años desde el último parto (21 %) y edad menor de 18 años (19,5 %). El nivel de información sobre sus factores de riesgo y cómo modificarlos se incrementó después de la intervención educativa hasta un 60 %, pero la mayoría de ellas no corrigió ninguno de los factores de riesgo que eran modificables. Se concluyó que la CPF

influyó poco en el control del RRPC, y que el incremento del nivel de conocimientos sobre sus factores de riesgo no determinó su modificación (23).

Lau López y cols realizaron una investigación observacional prospectiva en gestantes captadas en el Policlínico Docente Universitario "Mario Muñoz Monroy", Habana del Este, entre el 1ro. de enero 2009 y el 31 de diciembre 2010 en donde determinaron que el ritmo de captaciones y las patologías de salud durante el embarazo permiten definir aspectos claves en la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil. Los problemas de salud encontrados no son nuevos, sino preexistentes y desconocidos por la gestante, sin continuidad ni atención médica, lo que remarca la importancia de la atención al riesgo reproductivo preconcepcional (24).

Ardevol y cols realizaron un estudio de intervención cuasi experimental en un muestreo de 153 mujeres, desde julio 2010 a julio 2011, donde se describen variables: factores socioambientales, antecedentes obstétricos, antecedentes de enfermedades crónicas no transmitibles, estado nutricional, uso de anticonceptivo y nivel de información relacionada a los factores de riesgo reproductivo preconcepcional; obteniendo resultados satisfactorios acerca del nivel de conocimientos relacionados a los factores del riesgo preconcepcional (25).

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con muestra de conveniencia, en mujeres que iniciaron el control gestacional en los centros salud de las unidades de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) pertenecientes al Área Metropolitana Norte de Cataluña en 2015. Se estudió a 235 gestantes. Conocían la posibilidad de solicitar asistencia previa a la concepción el 50,2% de las mujeres (n= 118), y finalmente solicitaron asistencia el 38,7% (n= 91). Únicamente el 4,3% (n= 4) realizó una demanda activa con finalidad preventiva. El profesional al que acudieron con mayor frecuencia fue la matrona 41,5% (n= 48) seguido del ginecólogo 34,74% (n= 41). El 65,5% (n= 59) de las mujeres que recibieron atención preconcepcional iniciaron la toma de ácido fólico en el periodo pregestacional, frente al 17,7% (n= 27) que no solicitaron atención preconcepcional (p=

0,03). Por lo anterior se pudo concluir que las gestantes ignoran la importancia de los cuidados de la consulta preconcepcional con finalidad preventiva (26).

Como se pudo observar existen muchos estudios sobre la consulta preconcepcional y de sus beneficios; sin embargo, hay poca bibliografía sobre las ideas, creencias y costumbres por parte de las mujeres en edad reproductiva acerca de esta.

CAPITULO 2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. JUSTIFICACIÓN

En México más de 1,500 mujeres y niñas fallecen cada día a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto; lo que se traduce en cerca de 550 mil muertes al año. Pese a que la atención a la mujer embarazada ha sido siempre parte de los temas prioritarios de salud, no se ha dado una atención materna integral en la cual se debe de tomar en cuenta la consulta preconcepcional.

La consulta preconcepcional tiene como objetivo, identificar aquellas condiciones sociales y médicas, tanto maternas como paternas, que puedan ser mejoradas previas a la concepción, con la finalidad de aumentar las posibilidades de un resultado perinatal positivo. Se trata de promover la salud de la mujer y su descendencia. Si la pareja está planificando un embarazo existe una mayor disposición a realizar cambios de conducta saludables. Las intervenciones preventivas preconcepcionales, son aquellas que forman parte de la asistencia prenatal, considerando un abordaje más amplio que incluye la atención precoz a la embarazada, cuidados prenatales y promoción de la salud del niño y de su familia.

La importancia de identificar las ideas, creencias y conocimientos de las mujeres en etapa reproductiva nos podrá permitir acciones necesarias para mejorar la atención materna integral en la UMF/H No.11.

2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad pocos países a nivel mundial poseen un modelo que brinde atención preconcepcional a la población. En este contexto, México es pionero en incluir la atención pregestacional como parte de la atención médica destinada a mejorar la salud materna y perinatal. Los sistemas de salud deben impulsar políticas públicas que permitan planear con todo cuidado embarazos que propicien condiciones óptimas de salud en las parejas; que además de reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad, facilita la expresión del potencial genético, biológico y social de las nuevas generaciones. La salud materno - fetal durante el embarazo depende en gran medida del propio estado de salud con que la mujer y su pareja afrontan la gestación.

De acuerdo con las estadísticas publicadas en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la muerte materna es el resultado final de una variedad de complicaciones que causan una disfunción multiorgánica. Sin embargo, aún no existe una cultura de la consulta preconcepcional por parte de la población general y del personal del área de la salud.

La siguiente investigación se realiza con el objetivo de identificar las creencias, costumbres y conocimientos de las mujeres en edad reproductiva acerca de la consulta preconcepcional, que acuden en la UMF/H No.11. Por lo tanto, debido a la importancia que tiene esta situación considerada como un problema de salud pública, se realiza la siguiente interrogante:

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las creencias, costumbres y conocimientos de las mujeres en edad reproductiva acerca de la consulta preconcepcional?

2.2.1 HIPÓTESIS

Hipótesis Alternativa: Las creencias, costumbres y conocimientos de las mujeres en edad reproductiva acerca de la consulta preconcepcional son heterogéneas.

Hipótesis Nula: Las creencias, costumbres y conocimientos de las mujeres en edad reproductiva acerca de la consulta preconcepcional no son heterogéneas.

2.3. OBJETIVOS

2.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar las creencias, costumbres y conocimientos de las mujeres en edad reproductiva acerca de la consulta preconcepcional.

2.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres en edad reproductiva.
- Conocer el número de embarazos que han tenido las mujeres en edad reproductiva.
- Registrar si las mujeres en edad reproductiva acuden a la consulta preconcepcional.
- Establecer si acudirían a consulta preconcepcional las mujeres en edad reproductiva.

2.4. METODOLOGÍA.

2.4.1. DISEÑO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Presenta aprobación del comité de investigación por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde el 07 de noviembre del 2022, con número de registro: R-2022-2108-078.

Esta es una investigación de riesgo mínimo, ya que es una evaluación que emplea técnica y método de investigación documental, y el trabajo cuenta con los elementos necesarios, (ver anexos, aspectos éticos).

El trabajo de investigación cuenta con la participación de Dra. Rosa Isela Briones Ibarra, Dra. Fabiola Méndez Valderrabano y Genaro Sedeño Campos.

2.4.2. UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

El presente trabajo se llevó a cabo en la UMF/H No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada la ciudad de San Martín. El siguiente estudio se realizó a partir del 1ro de enero 2022 al 30 de junio 2022.

2.4.3. MARCO MUESTRAL

2.4.3.1 UNIVERSO DE ESTUDIO

Los sujetos de estudio fueron mujeres derechohabientes de la UMF/H No.11. las cuales aceptaron participar libremente en el estudio y otorgaron su consentimiento informado.

2.4.3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Sujetos mujeres de 18 a 45 años derechohabientes de la UMF/H No.11.

2.4.3.3 MUESTREO

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia y se obtuvo el tamaño de la muestra, por convivencia, consecutiva a 50 entrevistas.

2.4.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres derechohabientes de la UMF/H No.11. de 18 a 45 años, las cuales aceptaron participar libremente en el estudio y otorgaron su consentimiento informado.

2.4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron a todas las mujeres las cuales cuentan con método de planificación permanente, que tengan parejas a las cuales les hayan realizado vasectomía y mujeres que hayan sido sometidas a histerectomía.

2.4.4.2 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Se eliminaron a todas las mujeres de 18 años a 45 años, que no desearan continuar con la entrevista.

2.4.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Las variables de nuestro estudio incluyen: *Conocimiento sobre consulta preconcepcional*, *Criterio referido sobre importancia de consulta preconcepcional*, *Antecedente referido de consulta preconcepcional*, *Opinión personal sobre la consulta preconcepcional*, *Opinión de los conocidos sobre consulta*, *Costumbres de la comunidad sobre consulta preconcepcional*; Dentro de las variables sociodemográficas encontramos: edad, ocupación, escolaridad, estado civil, embarazos (ver anexo 5.7, variables).

2.5. MÉTODOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Se obtuvo el registro y autorización por parte del Comité Local de Investigación en Salud y Comité de ética en Investigación del IMSS, la metodología fue la siguiente:

1. Se solicitó autorización por parte del director de la unidad, se realizó la promoción del protocolo de investigación en la sala de espera de la unidad y se invitó a las mujeres en edad reproductiva a participar.
2. A las mujeres que decidieron participar se les realizó consentimiento informado y posteriormente se les aplicó un cuestionario breve para determinar si cumplían con los criterios de inclusión.
3. Una vez identificadas las mujeres que cumplían los criterios de inclusión se les citó para la realización de la entrevista.
4. Una vez obtenida la entrevista se procedió al llenado de la hoja de recolección de datos.
5. Se vaciaron en una hoja de Excel e interpretaron los resultados en SPSS.
6. Se analizaron los resultados.
7. Se difundirán los resultados.

2.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La codificación se realizó en una base de datos del programa de Excel, de Microsoft Office y posteriormente se copió y analizó con el software estadístico IBM SPSS Base 22.0 para Windows.

Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión como la media y variación estándar para distribuciones normales, y para distribuciones asimétricas mediana y variación intercuartil.

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS

3.1. RESULTADOS

Los casos se obtuvieron de un total de 52 mujeres en edad reproductiva de 18 a 45 años que conforman la población planteada de la UMF/H No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada la comunidad de San Martín, donde no se excluyó ninguna paciente ya que todas cumplieron con los criterios de inclusión, sin embargo, se eliminaron a 2 pacientes ya que no desearon continuar con la aplicación del instrumento de recolección de datos, por lo que se concluyó el análisis con un total de 50 casos.

Descripción de la muestra:

A la variable edad se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, obteniéndose un valor $p=0.108$, la media de edad fue de 32 años (± 7), presentándose en los casos estudiados edad mínima de 19 años y edad máxima de 44 años.

En las características sociodemográficas para la variable ocupación, la más frecuente fue el de empleada en el grupo con 36 casos correspondientes al 72%. En la variable escolaridad la más frecuente fue la de preparatoria con 24 casos correspondientes al 48%. En tanto para estado civil la mayor frecuencia fue para unión libre con 19 casos correspondientes al 38% (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas del grupo de estudio.

	n (50)	%
Ocupación		
Empleada	36	72
Labores del hogar	13	26
Estudiante	01	02
Desempleada	0	0
Escolaridad		
Preparatoria	24	48
Secundaria	16	32
Licenciatura	08	16
Primaria	02	04
Posgrado	0	0
Sabe leer y escribir	0	0
Estado civil		
Unión libre	19	38
Casada	17	34
Soltera	11	22
Divorciada	3	6
Viuda	0	0

n = muestra % = porcentaje

En la variable de característica de paridad la más frecuente fue el de número de embarazo 1 en el grupo con 15 casos correspondientes al 30% (Tabla 2).

Tabla 2. Característica de paridad del grupo de estudio.

Número de embarazos	n (50)	%
Embarazo 0	06	12
Embarazo 1	15	30
Embarazo 2	13	26
Embarazo 3	11	22
Embarazo 4	5	10

n = muestra % = porcentaje

Para la variable de *conocimiento sobre consulta preconcepcional del grupo de estudio se preguntó si tenía conocimiento del tema de los cuales 29 casos que corresponden al 58% desconocen del tema y 21 casos que corresponden al 42% si lo conocen*, (Tabla 3).

Tabla 3. Conocimiento sobre consulta preconcepcional del grupo de estudio.

Se tiene conocimiento	n (50)	%
Desconoce el tema	29	58
Conoce el tema	21	42

n = muestra % = porcentaje

Con respecto a la variable de criterio de importancia de la consulta preconcepcional referido por el grupo de estudio, se determinó como criterio importante en 39 casos que corresponden al 78%, y en menor frecuencia se desconoce el tema con 11 casos

correspondiente al 22%, cabe mencionar que no se presentaron casos para el criterio de nula importancia del tema (Tabla 4).

Tabla 4. Criterio referido sobre importancia de consulta preconcepcional del grupo de estudio.

Criterio referido	n (50)	%
Es importante	39	78
Desconoce el tema	11	22
No es importante	0	0

n = muestra % = porcentaje

Se determinó la variable de antecedente en consulta preconcepcional del grupo de estudio donde solo 22 casos que corresponden al 44% ha tenido consulta, 27 casos correspondientes al 54% no han tenido consulta preconcepcional y solo 1 caso correspondiente al 2% desconoce el tema, cabe mencionar que en la mayoría de los casos se confunde la consulta preconcepcional con consulta prenatal (Tabla 5).

Tabla 5 Antecedente referido de consulta preconcepcional del grupo de estudio.

Antecedente referido	n 50	%
Ha tenido consulta	22	44
No ha tenido consulta	27	54
Desconoce el tema	01	02

n = muestra % = porcentaje

Al valorar la variable de opinión personal sobre consulta preconcepcional del grupo de estudio se presentaron 32 casos que corresponden al 64% quienes refieren que es algo favorable y 18 casos correspondientes al 36% refieren no conocer el tema, en tanto en ningún caso describen la variable como desfavorable (Tabla 6).

Tabla 6. Opinión personal sobre la consulta preconcepcional del grupo de estudio.

Descripción referida	n (50)	%
Es favorable	32	64
Desconoce el tema	18	36
Es desfavorable	0	0

n = muestra % = porcentaje

Con respecto a la variable de opinión entre los conocidos sobre consulta preconcepcional del grupo de estudio se determinó en 32 casos correspondiente a 64% que es algo positivo, en 18 casos que corresponde a 36% no se comenta el tema entre ellos y en ningún caso lo describen como algo negativo (Tabla 7).

Tabla 7. Opinión de los conocidos sobre consulta preconcepcional del grupo de estudio.

Descripción referida	n (50)	%
Es algo positivo	32	64
No comentan el tema	18	36
Es algo negativo	0	0

n = muestra % = porcentaje

Finalmente, con la variable de las costumbres realizadas con respecto a consulta preconcepcional en la comunidad del grupo de estudio se determinó que en 28 casos correspondientes a 56% no se realiza la actividad, en 22 casos correspondiente a 44% se desconoce el tema y en 0 casos se realiza como costumbre esta actividad (Tabla 8).

Tabla 8. Costumbres de la comunidad sobre consulta preconcepcional del grupo de estudio.

Costumbre referida	n (50)	%
No realiza actividad	28	56
Desconoce el tema	22	44
Se realiza actividad	0	0

n = muestra % = porcentaje

3.2. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se estudiaron las creencias, costumbres y conocimientos acerca de la consulta preconcepcional que tienen las mujeres en edad reproductiva, en rango de 18 a 45 años de la UMF 11 San Martín Texmelucan Puebla, en nuestro estudio el cual fue de 50 participantes, donde la media de edad fue de 32 años (± 7), presentándose como edad mínima 19 y edad máxima 44 años, el estudio realizado entre febrero 1999 y febrero 2000 por Prendes-Labrada y colaboradores, quienes realizaron un estudio descriptivo, con una muestra de estudio de 200 participantes, donde el 80.5% fueron mayores de 18 años y solamente un 19.5% menores de edad, sin embargo, su estudio se enfocó en identificar los factores de riesgo reproductivo preconcepcional y evitar en evitar el embarazo adolescente con consulta preconcepcional por eso la diferencia de edad en ambos estudios. (23).

En cuanto a las características sociodemográficas que destacaron en nuestra investigación la ocupación empleada con el 66%, de su escolaridad el 48% presentó un nivel de estudio de preparatoria, con respecto al estado civil el 38% vive en unión libre, se trató de buscar en otras investigaciones datos sociodemográficos de las pacientes estudiadas, pero no se encontró información, consideramos que si es importante reportarla ya que puede influir en las creencias y costumbre que tenga cada paciente; la ocupación puede estar relacionada con el tiempo disponible que tiene la población para atender su salud, ya que la mayoría se

refirió empleada esta situación genera un factor en su contra debido a su trabajo ya que no les permite dedicar tiempo a su atención médica.

En cuanto al estado civil no existe relación directa entre este y la costumbre de acudir a consulta preconcepcional, sin embargo, sí se puede afirmar que un vínculo afectivo sólido genera una adecuada red de apoyo, el cual contribuye de manera positiva para acudir a la atención médica preconcepcional.

Con respecto a la paridad el 30% presentó antecedente de 1 embazo previo, sin embargo, en la revisión de la literatura, no se encuentra información que describa directamente la influencia de la paridad en relación a la atención preconcepcional, pero podemos mencionar que las pacientes al presentar ya antecedente de al menos un embarazo previo poseen más experiencia y conocimiento en cuanto a la existencia de consulta preconcepcional y prenatal.

En relación al conocimiento sobre consulta preconcepcional de nuestro grupo de estudio el 58% desconoce el tema, en cuanto a criterio descrito, sobre importancia de consulta preconcepcional el 78% refiere que es importante, con respecto al antecedente de consulta preconcepcional el 54% no ha tenido consulta preconcepcional, de acuerdo a la opinión personal sobre la consulta preconcepcional el 64% comentó que es favorable, por opinión de los conocidos sobre consulta preconcepcional el 64% describe que es un procedimiento positivo y referente a las costumbres de la comunidad sobre consulta preconcepcional, el 56% no realiza consulta preconcepcional; lo descrito previamente es similar al estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado en mujeres que iniciaron el control gestacional en los centros de salud de las unidades de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) pertenecientes al Área Metropolitana Norte de Cataluña en 2015, donde se estudió a 235 gestantes. Donde se mencionó que conocían la posibilidad de solicitar asistencia previa a la concepción el 50,2% de las mujeres (n= 118), y finalmente solicitaron asistencia el 38,7% (n= 91). Únicamente el 4,3% (n= 4) realizó una demanda activa con finalidad preventiva (26).

Por lo anterior se pudo determinar que las pacientes en mayor porcentaje desconocen el tema de consulta preconcepcional, así mismo ellas y sus conocidos refieren que se trata una atención médica importante y favorable para la salud, pero desgraciadamente en la mayoría del grupo de estudio no se realiza, ya que se desconoce la importancia de los cuidados de la visita preconcepcional con finalidad preventiva.

3.3. CONCLUSIONES

Las participantes refieren que no tienen conocimiento sobre la consulta preconcepcional y no están acostumbradas a realizarla, sin embargo, creen que es importante acudir a este tipo de atención médica. Ellas refieren que se trata de una acción importante para la salud, la cual se debe llevar a cabo de forma constante en la población en edad fértil; esto es importante de explicar, la falta de información o la mala información lleva a que las mujeres no acudan al servicio médico o acudan cuando ya tienen alguna complicación, por esto es importante, hacer intervención educativa para poder explicar a las pacientes la importancia de realizar consulta preconcepcional y que realmente se procuren a las pacientes en edad fértil.

3.4 PROPUESTAS

Debido a las conclusiones obtenidas se propone realizar otro protocolo de investigación donde se realiza intervención educativa a las pacientes sobre consulta preconcepcional, sería bueno comenzar desde la adolescencia, para que así las mujeres tomen en cuenta toda esta información, evitar también embarazos no deseados y que cuiden de su salud sexual y reproductiva.

3.5 FORTALEZAS DEL ESTUDIO

- Una fortaleza es el primer estudio de esta índole que se realiza en esta unidad.
- El grupo de población estudiado fue parte de la población que recibe atención en UMF 11, sin tener que utilizar población externa.

3.6 DEBILIDADES DEL ESTUDIO

- La interpretación de las entrevistas queda al criterio del entrevistador.
- El tamaño de muestra.

3.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- La desinformación de la población por lo que no realiza consulta preconcepcional.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calderón-Torres A, Calderón-Chipana JC, Mamani-Flores A. Percepción cultural del “embarazo y parto”, en las comunidades campesinas del distrito Ayaviri-Puno. *Inv Valdizana (Perú)* 2021; 15:161-169. DOI: <https://doi.org/10.33554/riv.15.3.1103>
2. Cáceres-Cabrera AC, García-Núñez RC, San Juan-Bosch MA, et al. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. *Medisur* 2017; 15:807-818.
3. Quintero-Paredes PP. Caracterización del riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil. *Arch Méd Camagüey* 2021; 25:377-390.
4. Vázquez-Nava F, Reséndiz-González E, Torres-Bravo A, et al. Asociación de la violencia obstétrica, control prenatal y embarazo no planeado con la prematuridad. *Perinatol Reprod Hum* 2022;35:65-74. <https://doi.org/10.24875/per.20000011>
5. Porras-Martínez MJ. Razones para asistir a la consulta preconcepcional: un análisis de la perspectiva de hombres, mujeres y profesionales de la salud desde las ciencias contemporáneas [tesis de grado]. Bogotá (COL): Universidad del Bosque; 2019.
6. Martínez-Abreu J. Martínez-Abreu J, González-Ponce G. Salud de la mujer en edad fértil, su preparación para la maternidad y la familia. *Rev Med Electrón* 2018;40.
7. Beltrán-Guerra C. Diseño de un Programa de Educación Para la Salud de ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL [tesis de grado]. Universidad de Valladolid; 2018.
8. secretaria de Salud. Atención pregestacional. 3ª ed. México: secretaria de Salud; 2019.
9. Gutierrez JM. Atención preconcepcional: brechas en la atención de la salud sexual y reproductiva El Salvador. *ALERTA Rev Científica Inst Nac Salud* 2019; 2:173-180. DOI: <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7938>
10. Zetina-Hernández E, Gerónimo-Carrillo R, Herrera-Castillo Y, et al. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional. *Rev Salud Quintana Roo* 2018; 11:7-10.
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. ¿Qué es la consulta preconcepcional? https://www.imss.gob.mx/_maternidad2/piensas-embarazarte/consulta-preconcepcional
12. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, Xunta de Galicia. Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal. Proceso asistencial. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019.
13. Figueredo-Fonseca M, Fernández-Núñez D, Hidalgo-Rodríguez M, et al. Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. *Multimed* 2019; 23:972-984.
14. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Recomendaciones En El Embarazo y Parto Prematuro. Montevideo: Ministerio de Salud; 2019.
15. Roviralta-Puente C, Rodríguez-Valiente S, Valdez-González J, et al. La consulta preconcepcional en el Área de Salud de Toledo. *Rev Clin Med Fam* 2013; 6:10-16.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2013000100003>

16. Jeniffer Conejero S. Una aproximación a la investigación cualitativa. *Neumol Pediatr* 2020; 15: 242- 244.
17. Piza Burgos, Amaiquema Márquez, Beltrán Baquerizo. Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. 2019;15: 70.
18. Bula-Romero JA, Maza-Padilla EL, Padilla M, et al. Prácticas de cuidado cultural en el continuo reproductivo de la mujer Embera Katio del Alto Sinú. *Enfermería (Montevideo)* 2019; 8:102-120. <https://doi.org/10.22235/ech.v8i1.1785>
19. Ordinola-Ramírez CM. Creencias y costumbres de madres y parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio en el distrito de Huancas (Chachapoyas, Perú). *Arnaldoa* 2019; 26:325-338. <http://dx.doi.org/10.22497/arnaldoa.261.26115>
20. Ramirez-Durán G, Barriento-García M. Salud sexual y reproductiva. *Rev cubana Enferm* 2015; 31:1-2. doi:10.18270/rce. v18i1.2585
21. Palomino-Arribasplata S. Creencias y prácticas culturales en mujeres de edad fértil sobre el autoexamen de mamas del caserío Poncoy [tesis]. Chiclayo (Per): Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2016.
22. Regueira Naranjo Jesús L, Rodríguez Ferrá Reynaldo, Brizuela Pérez Susana. Comportamiento del riesgo preconcepcional. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 1998 Abr [citado 2022 Ago 19] ; 14(2): 160-164. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000200009&lng=es.
23. Ardevol Cordovez, Lluch Bonet. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. *Salud Quintana Roo* 2018;1: 7-10.
24. Lau-López S, Rodríguez-Cabrera A, Pría-Barros M. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado 19 Ago 2022]; 39 (5) Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/61>
25. Prendes Labrada Marianela de la C, Guibert Reyes Wilfredo, González Gómez Isabel, Serrano Borges Elsa. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2001 Ago. [citado 2022 Ago 19] ; 17(4): 360-366. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400009&lng=es.
26. Rebollo-Garriga G, Martínez-Juan J, Falguera Puig G, Nieto-Tirado S, Núñez Rodríguez L. Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en atención primaria de salud. *Matronas Prof.* 2018; 19(2): 52-58.

5. ANEXOS

5.1. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio deberá ser aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud

del IMSS. Este protocolo está diseñado de acuerdo con los lineamientos anotados en los siguientes códigos y leyes:

- **El Código de Nüremberg** Existen pruebas de gran peso que nos muestran que ciertos tipos de experimentos sobre seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites razonablemente definidos, son conformes con la ética general de la profesión médica. Quienes practican la experimentación humana justifican su actitud en que esos experimentos proporcionan resultados que benefician a humanidad y que no pueden obtenerse por otros métodos o medios de estudio.
 1. El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona afectada deberá tener capacidad legal para consentir; deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza; y deberá tener información y conocimiento suficientes de los elementos del correspondiente experimento, de modo que pueda entender lo que decide.
 2. El experimento debería ser tal que prometiera dar resultados beneficiosos para el bienestar de la sociedad, y que no pudieran ser obtenidos por otros medios de estudio. No podrán ser de naturaleza caprichosa o innecesaria.
 3. El experimento deberá diseñarse y basarse sobre los datos de la experimentación animal previa y sobre el conocimiento de la historia natural de la enfermedad y de otros problemas en estudio que puedan prometer resultados que justifiquen la realización del experimento.
 4. El experimento deberá llevarse a cabo de modo que evite todo sufrimiento o daño físico o mental innecesario.

- **Informe Belmont:** En esta formulación se identifican tres principios o juicios prescritos generales que son relevantes para la investigación con sujetos humanos. Otros principios pueden también ser relevantes. Estos tres, sin embargo, son amplios y se formulan a un nivel de generalización que ayude a los científicos, a los sujetos, a los revisores y a los ciudadanos interesados a entender los temas éticos inherentes a la investigación con sujetos humanos.
- **Declaración de Helsinki** de la Asociación Médica Mundial, titulado: “Todos los sujetos en estudio firmarán el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas, manteniendo el anonimato del participante.”
- **Reglamento de la ley General de Salud:** de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, para la salud, Títulos del primero al sexto y noveno 1987. Norma Técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de Atención a la Salud.

Siendo el siguiente protocolo de investigación de acuerdo con la **Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud** en su Artículo 17 en su fracción segunda, el cual dice: “**I. Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.”

5.2. LOGÍSTICA

5.2.1 RECURSOS HUMANOS

- Dra. Fabiola Méndez Valderrabano CCEIS UMF/H No.11
- Dr. Genaro Sedeño Campos R1 UMF/H No.11.

5.2.2 RECURSOS MATERIALES

- Escritorio individual, banco, laptop, impresora, lapicero punta mediana, carpeta plástica, hojas blancas.

5.2.3 RECURSOS FINANCIEROS.

- Proporcionados por el investigador principal y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

5.3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES						
Actividades	Primer bimestre	Segundo bimestre	Tercer bimestre	Cuarto bimestre	Quinto bimestre	Sexto bimestre
Búsqueda bibliográfica	X	X	X	X	X	X
Redacción del protocolo	X					
Aprobación del protocolo		X				
Recolección de información			X	X	X	
Análisis de datos					X	
Escrito final y publicación						X

5.4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN			
Nombre del estudio:	CONSULTA PRECONCEPCIONAL: CREENCIAS, COSTUMBRES Y CONOCIMIENTOS DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA.		
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA		
Lugar y fecha:	San Martín Texmelucan, a de 2022		
Número de registro:			
Justificación y objetivo del estudio:	Desafortunadamente muchas mujeres que se embarazan pueden sufrir de alguna complicación, lo cual no solamente la afectan a ella, sino también al feto. Algunas de estas complicaciones se pueden prevenir si la mujer acude a consulta preconcepcional, es decir, que acudan a consulta antes de embarazarse para detectar algún factor de riesgo. Sin embargo, muchas mujeres desconocen que es la Consulta Preconcepcional. El objetivo de este estudio es identificar las creencias, costumbres y conocimientos de las mujeres en edad reproductiva.		
Procedimientos:	Se aplicará una entrevista para identificar las creencias, costumbres y conocimiento de las mujeres en edad reproductiva acerca de la consulta preconcepcional.		
Posibles riesgos y molestias:	De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su Artículo 17 en su fracción segunda, el cual dice: I. Investigación sin riesgo.		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se entregará un tríptico en cual se proporcionará información básica sobre qué es la Consulta preconcepcional, así como los beneficios de esta. Así mismo se le explicará brevemente en que consiste la consulta preconcepcional.		
Información sobre resultados	Si así lo desea se le podrán compartir los resultados al término del estudio.		
Participación o retiro:	Usted podrá retirarse del estudio en el momento en que así lo decida sin que se vean afectados sus derechos ante el IMSS ni en los tratamientos establecidos, ni tampoco se tomarán represalias respecto a su atención médica.		
Privacidad y confidencialidad:	El equipo de investigadores resguardará la información de manera confidencial. Sólo proporcionaremos su información si fuera necesario para proteger sus derechos o bienestar (por ejemplo, si llegara a sufrir algún daño físico o si llegara a necesitar cuidados de emergencia), o si lo requiere la ley. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador Responsable:	Dra. Rosa Isela Briones Ibarra Coordinador Médico UMF/H No.11 IMSS, OOAD Puebla Matrícula: 99227297 /rosai.briones@imss.gob.mx /cel:2481194279		
Colaboradores	Dr. Genaro Sedeño Campos .Residente de Medicina Familiar UMF/H 11 IMSS, OOAD Puebla.Matrícula 99129445 Email naro_sc@hotmail.com cel. 2221600350.		
""En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 21088 el HGZ 20 del IMSS. Avenida Fidel Velazquez 4211, Col. Infonavit la Margarita, Puebla, Puebla, C.P.72560, correo electrónico: cei21088pue@gmail.com". ".			
Nombre y firma del sujeto _____		Dr.Genaro Sedeño Campos _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma		Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma	

5.5. CARTA DE NO INCONVENIENTE



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA PUEBLA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON HOSPITAL No. 11

San Martín Texmelucan de Labastida, 01 de septiembre de 2022

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE

A QUIEN CORRESPONDA

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

PRESENTE:

El que suscribe Dr. Mario Moyotl Aguilar Director UMF/H 11, por medio de la presente envío un respetuoso saludo y al mismo tiempo le informo que NO EXISTE INCONVENIENTE para que se realice en esta Unidad de Medicina Familiar el trabajo de investigación titulado: **"CONSULTA PRECONCEPCIONAL: CREENCIAS, COSTUMBRES Y CONOCIMIENTOS DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA"**.

Se extiende la siguiente carta a petición de la interesado

"Seguridad Y Solidaridad Social"

DR. MARIO MOYOTL AGUILAR
Director UMF/H No. 11



Huixtapan Miguel Alemán Camacho 6258, s/n. C/O de Aguiar, C. P. 74042, San Martín Texmelucan Puebla
TEL: 246-6353000 - www.imss.gob.mx



5.6 CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

CARTA CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES, Y/O COINVESTIGADORES

San Martín Texmelucan, Pue. a 01 de septiembre de 2022

Yo Dra. Rosa Isela Briones Ibarra con matrícula 99227297, investigadora de la Unidad de Medicina Familiar N° 11 del **Instituto Mexicano del Seguro Social**, hago constar, en relación con el protocolo Titulado **CONSULTA PRECONCEPCIONAL: CREENCIAS, COSTUMBRES Y CONOCIMIENTOS DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA**, me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo, o en el cual participo como investigadora, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia

Atentamente


Dr. Rosa Isela Briones Ibarra
Matrícula 99227297

5.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre:	NSS:
Edad:	Estado civil:
Ocupación:	Número de embarazos:
Escolaridad:	

Entrevista semiestructurada
1.- ¿Sabe usted que es la consulta preconcepcional/ pregestacional/ antes del embarazo?
2.- ¿Es importante la consulta preconcepcional? ¿Por qué?
3.- ¿Usted ha tenido consulta preconcepcional? Si la respuesta es no , preguntar: ¿Usted acudiría a consulta preconcepcional?
4.- ¿Qué piensa usted de la consulta preconcepcional?
5.- ¿Qué le han dicho sus conocidos(a) sobre la consulta preconcepcional?
6.- ¿Que acostumbran en tu comunidad con respecto a la consulta preconcepcional?