

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



EFICACIA PRELIMINAR DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL ASISTIDA
POR COMPUTADOR EN ESPAÑOL EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE
ADOLESCENTES EN ETAPA PERINATAL

Por

MCE. CLARA TERESITA MORALES ÁLVAREZ

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



EFICACIA PRELIMINAR DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL ASISTIDA
POR COMPUTADOR EN ESPAÑOL EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE
ADOLESCENTES EN ETAPA PERINATAL

Por

MCE. CLARA TERESITA MORALES ALVAREZ

Director de Tesis

DCE. NORMA ELVA SÁENZ SOTO

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



EFICACIA PRELIMINAR DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL ASISTIDA
POR COMPUTADOR EN ESPAÑOL EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE
ADOLESCENTES EN ETAPA PERINATAL

Por

MCE. CLARA TERESITA MORALES ÁLVAREZ

Co-Director

DCE. NATALIA ISABEL MANJARRES POSADA

Co-Director del Instituto Mexicano del Seguro Social

D en CM. JUAN CARLOS BARRERA DE LEÓN

Asesor estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2023

EFICACIA PRELIMINAR DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL ASISTIDA
POR COMPUTADOR EN ESPAÑOL EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE
ADOLESCENTES EN ETAPA PERINATAL

Aprobación de Tesis

DCE. Norma Elva Sáenz Soto
Director de Tesis

DCE. Norma Elva Sáenz Soto
Presidente

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.
Secretario

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
1er. Vocal

DCE. María Aracely Márquez Vega
2do. Vocal

DCE. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Universidad de Guanajuato, por la motivación y apoyo para llevar a cabo este proyecto.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo otorgado para culminar este trabajo.

A mi Director de Tesis, DCE. Norma Elva Sáenz Soto, por su constante motivación y paciencia en la enseñanza. Además, por ser un ejemplo de fortaleza e integridad disciplinar.

A la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, por su excelente orientación y guía en este camino.

A mis Co-Directores por el esmero en las asesorías y apoyo recibido en este proceso.

Al Jurado de tesis, Dra. Raquel Benavides Torres, DCE. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez y DCE. María Aracely Márquez Vega por sus valiosas contribuciones al perfeccionamiento de este estudio.

A mis compañeras y amigas de generación por la motivación y apoyo recibido durante estos tres años, especialmente a Diana Cristina y Clarisa Luna por su sincera amistad y palabras de aliento en los momentos difíciles.

Al Lic. Marco Antonio Miranda Ochoa por sus aportaciones en la construcción de los aspectos digitales de este trabajo.

A todo el personal del IMSS que directa o indirectamente colaboraron en el desarrollo de este proyecto, especialmente a la Dra. Luz María Cardona Torres, Dr. Sergio Uriel Granados Landa, Dra. Mireya Franco Saldaña, Dra. Gloria Cortez Aguirre y Jefas de Enfermeras: LEO. Juana Margarita Rocha Frías, LEO. María Guadalupe Rodríguez, LEO. Elizabeth Chico Téllez, LE. Yanneli Flores Velázquez por las facilidades otorgadas, sin su intervención esto no hubiera sido posible.

Dedicatoria

A la presencia divina que me acompañó desde el primer hasta el último día en esta travesía, en cada momento difícil siempre estuvo ahí.

A las adolescentes, quienes compartieron un momento de su vida: alegrías, tristezas y angustias en los momentos de terapia, estaré eternamente agradecida por su confianza.

A mi padre J. Natividad Morales González, porque siempre me impulsaste a seguir adelante y a nunca rendirme, Dios te tenga en su gloria.

A mi madre Ma. del Pueblito Álvarez Rentería, por ser mi ejemplo de vida. No hay palabras que describan la entereza y fortaleza de tu actuar.

A mi esposo Jans Rodríguez Córdoba e hijos Fernando, Gael y Sofia porque su amor superó la ausencia. En ustedes encuentro la paz y armonía de los días complejos, felicidad y alegría del diario compartir y, motivación e inspiración para no rendirme.

A mis hermanos y sobrinas (os), por su compañía del día a día, ustedes son la representación de apoyo sincero e incondicional.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	11
Objetivos	71
Hipótesis	72
Definición de Términos	73
Capítulo II	
Metodología	79
Diseño del Estudio	79
Población, Muestra y Muestreo	80
Criterios de Inclusión	80
Criterios de Exclusión	81
Criterios de Eliminación	81
Instrumentos de Medición	81
Descripción de la Intervención	86
Descripción del Tratamiento Control	90
Procedimiento	91
Fidelidad de la Intervención	108
Consideraciones Éticas	108
Análisis de Datos	111
Capítulo III	
Resultados	113
Secuencia de implementación	113
Características Sociodemográficas	115
Factibilidad de CAMI-Spa-Clínico	117

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Aceptabilidad del CAMI-Spa-Clínico	127
Pruebas de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors	129
Análisis de Consistencia Interna de los Instrumentos	131
Significancia Clínica	140
Capítulo IV	
Discusión	145
Factibilidad de la intervención CAMI-Spa-Clínico	146
Limitaciones del estudio	170
Conclusiones	174
Referencias	180
Apéndices	212
A. Asignación Aleatoria	213
B. Cédula de Datos Personales	214
C. Notas Clínicas CAMI-Spa-Clínico	215
D. Escala de Aceptabilidad	216
E. Prueba Piloto de los Instrumentos	217
F. Autorización Validación del Instrumento CAHPS	220
G. Resultados de la Validación del Instrumento	221
H. Escala Actitud Anticonceptiva	227
I. Evaluación de Conocimientos Anticonceptivos	229
J. Instrumento para Evaluar el Uso de Anticonceptivos	233
K. Cuestionario de Procesos de Cambio: Contracepción	235
L. Balance Decisional para el Uso de Anticonceptivos	237
M. Escala de Autoeficacia Anticonceptiva Perinatal	239
Ñ. Valoración del Riesgo CAMI	240

Tabla de Contenido

Contenido	Página
O. Manual del Consejero CAMI	244
P. Matriz de diseño m-Health	245
Q. Adaptación al Lenguaje Digital de m-Health	251
R. Consentimiento Informado de la Fase de Adaptación	254
S. Asentimiento Informado Fase de Adaptación	256
T. Conducción de Entrevista Semiestructurada para Adolescentes	257
U. Solicitud Dirigida a Expertos para Validar la Entrevista Semiestructurada	261
V. Conducción de Entrevista Semiestructurada Dirigida a Proveedores de Salud	265
W. Validación de la Entrevista Semiestructura Dirigida a la Capacidad Organizativa de la Clínica	267
X. Consentimiento Informado Dirigido a Proveedores de Salud	270
Y. Resultados de la Etapa de Valoración	272
Z. Autorización Para Realizar Prueba Piloto - Fase I	281
AA. Consentimiento Informado Para Tutores	282
BB. Asentimiento Informado Para Adolescentes	285
CC. Fase Resultados de Prueba Piloto	286
DD. Oficios de Autorización Para Realizar el ECAP	289
EE. Bitácora de Reclutamiento de Adolescentes	291
FF. Cuestionario Filtro	292
GG. Consentimiento Informado para Tutores, Fase II	293
HH. Asentimiento Informado Adolescentes, Fase II	295
II. Consentimiento Informado Para adolescentes 18 y 19 años Fase II	297
JJ. Mapeo de la Intervención CAMI-Spa-Clínico	299
KK. Procedimiento para la Atención de Planificación Familiar	304
LL. Plan de Fidelidad de la Intervención CAMI-Spa-Clínico	305

Tabla de Contenido

Contenido	Página
MM. Lista de Verificación de la Fidelidad de la Entrega del CAMI-Spa-Clínico	307
NN. Lista de Cotejo m-Health	308
ÑÑ. Resultados Cualitativos de los m-Health al Posparto	309
OO. Escala de Evaluación Motivational Interview Treatment Integrity	311

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Fases del desarrollo de intervenciones e-Health	40
2 Plantilla de ajustes en las características sociodemográficas	93
3. Plantilla de adaptaciones al contexto clínico del CAMI-Spa	97
4. Características sociodemográficas de las adolescentes (Variables intervalares)	115
5 Características sociodemográficas de las adolescentes (variables nominales)	115
6. Características gineco-obstétricas de las adolescentes (variables intervalares)	116
7. Características gineco-obstétricas de las adolescentes (variables nominales)	116
8. Semanas de gestación de las adolescentes a la implementación del CAMI-Spa-Clínico	118
9. Evaluación de los audios de entrevista motivacional por expertos del MINT	122
10 Accesibilidad de las adolescentes al hospital sede	124
11 Satisfacción de la intervención por grupo de intervención	127
12. Características perinatales de terminación del binomio en ambos grupos	128
13. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov Smirnov al pretest	130
14. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov Smirnov al postest	131
15. Consistencia interna de los instrumentos al pretest y postest	132
16.Comparación de las variables de estudio de ambos grupos al pretest mediante la prueba t de Student para muestras independientes	133
17 Comparación de las variables de estudio en ambos grupos al pretest a través de la U de Mann Whitney	1334
18 Comparación de las variables de estudio al pre y postest en el grupo CAMI-Spa-Clínico mediante la prueba de Rangos de Wilcoxon	135
19. Comparación de medias al pre y postest en el grupo CAMI-Spa-Clínico a través de la prueba t para muestras relacionadas.	136

Lista de Tablas

Tabla	Página
20. Comparación de las variables de estudio al pre y posttest en el grupo control mediante la prueba de Rangos de Wilcoxon	136
21. Comparación de medias al pre y posttest del grupo control mediante la prueba <i>t</i> de Student para muestras relacionadas	137
22. Comparación al posttest del CAMI-Spa-Clínico vs el grupo control a través de la prueba U de Mann Whitney	139
23. Comparación al posttest del CAMI-Spa-Clínico vs el grupo control mediante la prueba <i>t</i> de Student para muestras independientes	140
24. Comparación de la significancia clínica entre los grupos de tratamiento	141

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Subestructuración de la comunicación anticonceptiva perinatal	17
2.Subestructura de los predictores anticonceptivos adaptados del MCC-MAC	19
3 Subestructuración teórica de las etapas de cambio para el uso de anticonceptivos adaptadas del MTT	24
4. Subestructuración de los procesos de cambio para el uso de anticonceptivos en adolescentes en etapa perinatal	28
5. Subestructuración del balance decisional y autoeficacia anticonceptivo perinatal adaptada para el uso de anticonceptivos	32
6. Subestructura del Modelo para el uso de anticonceptivos en adolescentes en etapa perinatal adaptado TCP, MTT, MCC-MAC	344
7.Secuencia de adaptación al contexto clínico	38
8. Modelo lógico de la intervención CAMI-Spa-Clínico	42
9.Esquema del diseño experimental	80
10. Rol del MTT y TCP como guía del CAMI-Spa-Clínico	89
11. Mapeo de la intervención CAMI-Spa-Clínico	106
12. Diagrama de flujo CONSORT del ensayo clínico piloto CAMI-Spa-Clínico	114

Resumen

MCE. Clara Teresita Morales Álvarez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Junio, 2023

Título del estudio: EFICACIA PRELIMINAR DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL ASISTIDA POR COMPUTADOR EN ESPAÑOL EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE ADOLESCENTES EN ETAPA PERINATAL.

Número de Páginas: 312

Candidata a obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Propósito y método del estudio: El propósito del estudio fue adaptar al contexto clínico la intervención Motivacional Asistida por Computador en español (CAMI-Spa), con el objetivo de incrementar el uso de anticonceptivos en adolescentes gestantes al posparto inmediato. Esta adaptación comprendió dos fases: la primera se realizó con un muestreo por conveniencia a través de cinco pasos: valoración, selección, preparación, prueba piloto e implementación. Al iniciar la quinta etapa de la metodología de adaptación se inició la fase II y la intervención se denominó CAMI-Spa-Clínico la cual consistió en un Ensayo Clínico Aleatorizado Piloto de grupos paralelos de adolescentes gestantes ($n = 83$), 41 para el grupo control y 43 para el grupo intervención, la muestra fue calculada en n-Query Advisor v9.1, con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, una hipótesis alternativa bilateral, un tamaño de efecto de 0.70, el muestreo fue por conveniencia. Los instrumentos utilizados mostraron al pretest un Alpha de Cronbach de .954 a .719. Para determinar la factibilidad y aceptabilidad se utilizó estadística descriptiva, para comprobar las hipótesis se realizaron las pruebas de Kolmogorov Smirnov con corrección Lilliefors, de Wilcoxon, U de Mann Whitney, la t de Student para muestras independientes y para muestras relacionadas.

Contribuciones y conclusiones: De acuerdo con los indicadores de fidelidad, calidad de los materiales, barreras de la comunicación, tasa de obstáculo 34%, IC 95% [0.23, 0.44] periodo de contratación y alcance CAMI-Spa-Clínico resultó factible. En cuanto a la aceptabilidad fue evaluada como agradable por el 100% de adolescentes del grupo intervención, se observó una tasa de reclutamiento de 87% IC 95% [80.0 - 94.0], tasa de terminación del 51%, IC 95% [0.40, 0.62].

En referente a la eficacia preliminar CAMI-Spa-Clínico mostró un incremento en el uso de anticonceptivos de larga duración al posparto inmediato en comparación con el grupo control $Z = -3.81$, $p < .01$, las adolescentes que pertenecieron al grupo CAMI-Spa-Clínico percibieron una mejor comunicación anticonceptiva perinatal $Z = -3.81$, $p = <.01$, activaron más procesos de cambio anticonceptivos perinatales $t = 3.47$,

$p = .001$ y realizaron un mejor balance decisional del uso de anticonceptivos en general $Z = -2.20$, $p = .027$, incrementaron la autoeficacia anticonceptiva perinatal $t = 1.71$, $p = .093$ y disposición contraceptiva perinatal $t = 1.88$, $p = .067$, con respecto a las adolescentes del grupo control.

La adaptación y eficacia preliminar del CAMI-Spa-Clínico, evidenció que la intervención podría ser proyectada a una fase III. Adicionalmente CAMI-Spa-Clínico mostró superioridad en cuanto a la activación de procesos de cambio, lo que permitió que las adolescentes basaran su plan anticonceptivo en un anticonceptivo de larga duración como el dispositivo y el implante levonogestrel los cuales son ideales para aumentar el periodo intergenésico y prevenir un embarazo subsecuente.

Esta adaptación contribuye al desarrollo de la enfermería de práctica avanzada con respecto a la toma decisiones clínicas para la consejería anticonceptiva dirigida a adolescentes gestantes, realiza una aportación hacia la solución un problema en salud pública poco estudiado con diseños experimentales en México.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Introducción

El embarazo rápido repetido (ERR) representa un problema de salud pública a nivel mundial. En los últimos 10 años se ha incrementado de manera sostenida de tal forma que 21 millones de adolescentes presentaron un ERR (Govender et al., 2018), es decir, otro embarazo antes de 24 meses posterior al primer nacimiento (Norton et al., 2017) o antes de los 20 años de edad de la madre (Aslam et al., 2017).

En Estados Unidos de Norte América, se reportó que del 12 al 49% de los ERR ocurrieron dentro del año posterior al primer embarazo, con una estimación de un segundo embarazo en menos de dos años en el 35% de las adolescentes (Galvão et al., 2018). El embarazo adolescente de primera vez con o sin desenlace de recién nacido vivo coloca a las madres en una situación vulnerable hacia un ERR, (Norton et al., 2017), la prevención es apremiante debido a que incrementa 10 veces el riesgo de presentar complicaciones secundarias (Conroy et al., 2016).

En México los datos de morbilidad y mortalidad del ERR no están bien definidos. En la literatura nacional se menciona con mayor énfasis y precisión la situación epidemiológica causal y consecuente del embarazo adolescente (EA). De igual forma los programas de salud que se enfocan a la prevención de este fenómeno no establecen la diferencia entre el EA y el ERR posiblemente porque ambos fenómenos se presentan en la adolescencia. Un estudio reciente mostró que entre el 20% y 25% de los embarazos en las adolescentes son ERR y no han disminuido en los últimos 10 años (Hubert et al., 2018).

De este modo, el embarazo adolescente en México se presenta cada vez a edades más tempranas con incremento en la tasa de nacimientos entre el 2003 y 2016, 2.17 vs 3.55 respectivamente (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2018) dato que coincide con lo reportado por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) en 2017, donde se hace referencia que desde 1970 la edad

promedio en el que las adolescentes presentaron el primer embarazo ha disminuido un poco más en 3.6 años. También en ese mismo año se reportó que la tasa de fecundidad en adolescentes fue de 66.2 nacimientos por cada 1000 adolescentes, mientras que en los países miembros de la OCDE para el mismo año fue de 11.8, lo que representa un importante problema de salud pública en el país (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE] 2017).

En consecuencia, desde el 2017, México ocupa uno de los primeros lugares en este rubro entre los países afiliados a la OCDE, con 70.6 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes (De Castro et al., 2020; Sánchez-Pájaro et al., 2019). Así, en 2019 se reportó un total de 2.1 millones de nacimientos de los cuales el 16.2% correspondieron a mujeres de entre 15 a 19 años y el 4% a las menores de 15 años (Instituto Nacional de las mujeres [INM], 2019). Cabe destacar que el embarazo adolescente aumentó en un 20% durante la pandemia COVID-19, lo que equivale a 145,719 embarazos durante 2020 (Toche, 2020).

Esta situación podría elevar la incidencia de los ERR con las consecuencias que implica el fenómeno, las cuales pueden afectar el desarrollo y futuro de la joven familia. Además, que, las adolescentes que se embarazan por segunda ocasión están expuestas a presentar complicaciones psicológicas, ginecológicas, obstétricas, económicas y sociales. Psicológicas como la ideación suicida, depresión, ansiedad, estrés de la crianza, estigmatización, estrés parental y comportamiento negligente (Conroy et al., 2016; Galvão et al., 2018; Govender et al., 2018).

En relación a las complicaciones ginecológicas y obstétricas, pueden presentar eclampsia, endometritis puerperal, infecciones sistémicas, anemia severa, hemorragia (Maravilla et al., 2019; Norton et al., 2017) mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, restricción en el crecimiento fetal, prematuridad (Galvão et al., 2018) y aumento de la probabilidad de presentar un aborto, cesárea o prolapso de cordón umbilical. Resultado de lo anterior, en el contexto nacional se pierden 6,529 años de

vida potencial y 5,151 de vida productiva por muertes relacionadas con el embarazo y parto en adolescentes. Destacando que en 2018 se reportaron 107 muertes de adolescentes por causas relacionadas al embarazo (Fondo de Población de Naciones Unidas [UNFPA], 2019). Las implicaciones de la muerte de una joven madre produce alteraciones en la estructura y dinámica familiar como la desintegración familiar (Rodríguez et al., 2013).

En cuanto a las consecuencias económicas, para México el rezago educativo y abandono escolar secundario al embarazo adolescente representa una pérdida anual estimada en 30,908,850,716 millones de pesos (MDP) (INM, 2019), esto se traduce en una menor recaudación del impuesto al valor agregado. Con respecto al impuesto sobre la renta se pierde más de 11,000 MDP, a esto se suma el costo de la atención prenatal y atención del parto, el cual representa 6,000 MDP para la salud pública.

Por tanto el embarazo adolescente representa un costo de casi 63,000 MDP anuales lo que equivale al 0.27% del producto interno bruto (PIB) (Toche, 2020), tomando en cuenta que anualmente en México se destina entre el 2.5% y 2.9% del PIB al presupuesto de salud, el embarazo en la adolescencia representa uno de los mayores retos para el desarrollo sostenible.

Las consecuencias sociales están relacionadas con las económicas, la baja escolaridad de las adolescentes representa un menor acceso a empleos bien remunerados (Maravilla et al., 2019; Reese & Halpern, 2017), se ha reportado que el 67.4% de las adolescentes nunca han cotizado a las instituciones de seguridad social (UNFPA, 2019), lo que dificulta el acceso a los servicios básicos para el bienestar, generando una mayor inequidad social en el país (Toche, 2020).

Dentro de las causas atribuibles al embarazo adolescente y ERR se encuentra la actitud anticonceptiva negativa, debido a las malas experiencias con el uso de estos, transmitidas por familiares y amigos, desencadenando temor a los efectos secundarios de estos (Caudillo-Ortega et al., 2017), sobre todo con el implante y el dispositivo

intrauterino (Govender et al., 2019), lo que provoca el abandono de este tipo de anticonceptivo (AC) de forma prematura, en el 41% de las adolescentes (Borovac-Pinheiro et al., 2016).

También se señala que en adolescentes el uso de anticonceptivos es escaso en la primera relación sexual y en las subsecuentes (Lazcano-Ponce, 2020; Pérez et al., 2019) y resaltan de la asociación de las creencias, mitos y mantener una vida sexual oculta con el uso incorrecto o discontinuo los AC (Pérez et al., 2019). Además de que el conocimiento sobre el uso de AC que poseen los adolescentes es bajo, debido a que el acceso a la información anticonceptiva en clínicas de atención primaria públicas y farmacias mexicanas es de mala calidad y no equitativa (De Castro et al., 2020).

Otro factor relevante es la ambivalencia, la encuesta nacional de los Factores de Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFaDEA) 2019, refiere que el 37.7% de adolescentes deseaban embarazarse (Pérez et al., 2019), visualizando efectos positivos en la maternidad temprana: lograr una familia, tener alguien por quien vivir, encontrarle sentido a la vida y unirse conyugalmente. En este sentido las adolescentes que han experimentado la maternidad refieren el deseo de un segundo embarazo motivado por el sentimiento de que el primogénito necesita compañía y sensación de terminar pronto su etapa reproductiva (Aslam et al., 2017). En contraste las adolescentes también han expresado efectos negativos de la maternidad como el abandono escolar, no seguir un plan de vida, alejarse de sus amigos y padres (Atienzo et al., 2014; Pérez et al., 2019).

Este estado de ánimo coloca a las adolescentes en un estado de confusión para controlar su salud reproductiva, situación que se asocia a resultados adversos graves en adolescentes latinas, por lo que el asesoramiento anticonceptivo es apremiante sobre todo aquel basado en la confianza con los proveedores de salud (Carvajal et al., 2019). Sin embargo, se ha reportado que la consejería anticonceptiva es de baja calidad además que en las unidades médicas no se cuenta con espacio exclusivo para el asesoramiento del uso de anticonceptivos (Villalobos, Allen-Leigh, et al., 2017) ni se emplean

manuales o protocolos específicos para brindar consejería anticonceptiva a las adolescentes, además de que el personal sanitario no está actualizado en este tópico (De Castro et al., 2020) lo que podría influir de manera negativa en la intención de utilizar un AC.

El fenómeno de ERR es complejo por su multicausalidad, su abordaje debe priorizar la necesidad de educación de los adolescentes sobre temas de salud sexual para incrementar el uso correcto de anticonceptivos, acceso a los mismos, además de desmitificar miedos y creencias acerca de sus posibles efectos secundarios. Por tal motivo es obligatorio y urgente diseñar intervenciones en salud, evaluadas, replicables y sostenibles en todo el país, no abordar este problema es apuntalar una pobreza de forma planificada (Kuri et al., 2020). El diseño de las intervenciones debe ser con apego a la práctica basada en evidencia, para asegurar que los métodos sean los ideales para el contexto y necesidades de la población, de lo contrario el esfuerzo será en vano.

En respuesta a esta problemática el gobierno mexicano, rediseñó la política de salud reproductiva, incrementando esfuerzos para prevenir el embarazo adolescente, por lo que generó el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA) y la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA) cuya meta para el 2030 es reducir en un 50% la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años (INM, 2019).

Dichas estrategias conforman un gran reto para el sistema de salud, ya que pretenden influir positivamente en la salud sexual y reproductiva, además de reconocer a los adolescentes como sujetos sexuales, por lo que es necesario que la sociedad, escuela y sector salud modifiquen sus esquemas de prevención y educación sexual de una visión biologicista a un enfoque centrado en la persona (Caudillo-Ortega et al., 2017). De no atender esta situación, las complicaciones de salud secundarias al ERR, pueden no ser alentadoras con pronóstico de repetición de patrones de conducta generacionalmente (Aslam et al., 2017; Lewin et al., 2016).

En los países de altos ingresos las intervenciones para prevenir el ERR se han realizado a través de ensayos clínicos aleatorizados (ECA), la estrategia predominante ha sido la promoción de la salud reproductiva a través de visitas domiciliarias (Black et al., 2006; Lewin et al., 2019; Oman et al., 2018; Robling et al., 2016), la intervención para el cambio de conducta que mostró mayor eficacia en las visitas domiciliarias fue la Entrevista Motivacional (EM) (Katz et al., 2011; Stevens et al., 2017, 2019), debido a que es un estilo colaborativo, cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio de conducta (Miller & Rollnick, 2015).

Barnet et al. (2009) adicionó a la EM un software con algoritmos basados en el modelo transteórico usando una computadora, motivo por el cual lo nombró Entrevista Motivacional Asistida por Computadora (CAMI). En dicho estudio compararon tres intervenciones con modalidad de entrega a domicilio: CAMI+, CAMI y atención habitual, la primera recibió sesiones en visitas domiciliarias de quincenales a mensuales adicionando multicomponentes; la segunda solo visitas domiciliarias trimestrales.

Tanto CAMI como CAMI+ mostraron una tendencia hacia menores tasas de ERR, así mismo, la literatura científica mostró que esta intervención fue evaluada como efectiva para el problema de salud y población (Manjarres-Posada et al., 2022) que se aborda en este proyecto, pues se ha enfatizado que en los estudios piloto fase II deben basarse en la mejor evidencia disponible para ubicarse o avanzar en la línea tradicional de las intervenciones de la ciencia de la implementación (Gitlin & Czaja, 2016).

Cabe mencionar, que las autoras del CAMI mostraron que la cobertura de seguridad médica tuvo un efecto moderador sobre el riesgo de ERR para las madres CAMI+. Las limitantes de este estudio fueron la cancelación de la visita domiciliaria al grupo CAMI+ y en el grupo CAMI la incapacidad para localizar a la adolescente. Dentro de los hallazgos, encontraron que la adherencia fue mayor en el grupo CAMI+ debido a que los consejeros se pusieron en contacto con las adolescentes de forma

inmediata a la aleatorización en la semana 32 de gestación a diferencia del grupo CAMI (Barnet et al., 2009).

El CAMI de un componente, fue adaptada para adolescentes mexicanas en periodo postparto con entrega de la intervención a domicilio nombrándole CAMI- Spa por su adaptación al español (Manjarres, 2020), fue un ensayo aleatorizado piloto (ECAP), que reportó dificultad de ingreso y condiciones inadecuadas en los hogares, distancia entre los mismos, falta de intimidad y otros factores que distrajeron a la participante, mismos que influyeron para alargar el tiempo de las sesiones y contribuyeron a la percepción de inseguridad en el sector. Por otro lado, el hallazgo observado en el grupo de atención habitual fue el control del entorno clínico, espacio y mobiliario lo cual generó un ambiente más favorable para entablar una relación con la participante. Por lo que se observa que CAMI-Spa requiere un cambio de contexto, que esté acorde a las preferencias y necesidades de la adolescente (Manjarres, 2020).

El cambio de contexto implica abordar a las adolescentes desde la etapa prenatal, situación que podría incrementar el efecto de la intervención en virtud de que el 98.4% de las mujeres en México reciben atención prenatal en instituciones de salud (Heredia-Pi et al., 2016) lo que podría facilitar el reclutamiento, aseguraría que todas las participantes ingresen al estudio en condiciones similares para disminuir la probabilidad de sesgo al posttest y prevenir la ambivalencia de los primeros meses post parto (Chacko et al., 2016) y en consecuencia favorecer el uso de los anticonceptivos.

Así mismo, se considera que en la etapa prenatal la implementación de CAMI-Spa tiene mayor pertinencia en virtud de que el 50 % de las mujeres reanudan su actividad sexual antes de las seis semanas posparto (Krashin et al., 2019) y el 40% de las mujeres no regresan a la consulta médica a la sexta semana, representando una oportunidad perdida para prevenir un ERR (Floyd, 2020). Por lo tanto, el periodo prenatal y postparto inmediato brindan ventanas únicas para abordar las necesidades de anticoncepción. Durante la consulta prenatal se puede discutir la anticoncepción, además

de que las intervenciones en clínica tienen la ventaja de ser menos costosas en comparación con las intervenciones domiciliarias (Rabin et al., 1991).

Otra propuesta para observar una diferencia significativa entre los grupos con respecto a la intención y el uso de anticonceptivos es la Comunicación anticonceptiva perinatal (CAP), ya que se considera como un factor externo a la voluntad de la adolescente que puede influir para adoptar un AC en un entorno clínico, en el entendido de que las intervenciones ocurren dentro de un contexto que incluye múltiples niveles (individuo, entorno, redes formales e informales y sistemas de apoyo social, comunidad y políticas) con las interacciones significativas entre estos niveles de tal forma que si estas son tomadas en cuenta es más probable que las intervenciones tengan éxito. Por tanto, las intervenciones deben considerar influencias independientes y conjuntas de los determinantes de todos los niveles (Gitlin & Czaja, 2016).

La CAP tiene fundamentos en la teoría de la conducta planeada (TCP), la cual proporciona un marco para comprender la interacción de los factores sociales y experiencias personales que son importantes para las mujeres con respecto a su salud reproductiva. Además de que la TCP posee constructos fundamentalmente de naturaleza motivacional (Fishbein & Ajzen, 1975) es considerada como una teoría con potencial para mejorar la experiencia anticonceptiva (Dehlendorf et al., 2019), su fusión con el modelo transteórico (MTT) podría aportar resultados positivos con respecto al uso de anticonceptivos en un contexto clínico.

Las intervenciones CAMI han tomado como referente al MTT para cambiar la conducta anticonceptiva de las adolescentes, adicionando el CCP basado en la TCP y los predictores de la conducta anticonceptiva de Manjarres et al. (2021) se generó el modelo para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal, en el cual brinda una la guía teórica el tránsito de la conducta anticonceptiva en un contexto clínico.

La fusión de lo antes propuesto se fundamentó en lo descrito por la metodología de adaptación de intervenciones, entendiendo como adaptación el grado en que un

usuario cambia o modifica una innovación en el proceso de su implementación (McKleroy et al., 2006). Para su ejecución se consideró lo dispuesto en la metodología de la ciencia de la implementación de Gitlin y Czaja, (2016) la cual examina las mejores estrategias para implementar intervenciones probadas y trasladarlas sistemáticamente a los entornos clínicos. La importancia de definir el entorno conlleva a tomar en cuenta las interacciones significativas que puedan existir entre el entorno y el sujeto de estudio, pues es más probable que las intervenciones tengan éxito y sean sostenibles si se consideran las características e interacciones con el entorno.

Este estudio se considera innovador, debido a la escasez de intervenciones dirigidas a la prevención del ERR en el contexto clínico (Frederiksen et al., 2018). Con respecto al ámbito nacional es el segundo estudio piloto que aborda el uso de AC y prevención del ERR, destacando que es un estudio liderado por enfermería y ofrece un área de oportunidad para visibilizar el cuidado enfermero en las instituciones de salud y sociedad en general.

Se ha demostrado que las adolescentes perciben desconfianza en los servicios de planificación familiar en contextos clínicos, este estudio brinda la oportunidad de construir una relación terapéutica en uno de los grupos vulnerables del país y hacer evidente el patrón de conocimiento estético (Chinn & Kramer, 2008) con apego a los derechos reproductivos de las adolescentes, ya que la consejería centrada en el paciente va en sentido opuesto a lo que tradicionalmente se brinda en las clínicas como la atención autoritaria y pensamientos de que la mujer es incapaz de decidir por sí misma la regulación de su fecundidad, además de practicar un estilo dirigido al reconocimiento del riesgo reproductivo y la obligación de cumplir metas AC, colocados sobre el número de usuarias aceptantes (Erviti et al., 2010).

El contexto clínico es un espacio donde mayor converge las relaciones terapéuticas entre enfermeras y pacientes. Sin embargo, se ha observado una pérdida de la comunicación humanizada, impactando en el detrimento de la salud de los usuarios.

Sobre todo de aquellos que podrían sentirse vulnerables hacia la hegemonía de los proveedores de salud, como es el caso de las adolescentes en etapa perinatal, motivo por el cual han surgido programas para abatir el trato deshumanizado hacia la mujer y con tendencia a enfermar los procesos reproductivos naturales en el contexto de la atención del embarazo, parto y puerperio (Soto-Toussaint, 2016).

La consejería anticonceptiva basada en la entrevista motivacional (EM) favorece la comunicación basada en valores como el respeto y confianza. Este tipo de relaciones terapéuticas fomentan la auto-relación, empoderamiento y adquirir conocimiento del valor de una vida humana, permitiendo descubrir al yo (enfermera) del otro (persona), interactuando auténticamente con el ser y con el otro para facilitar la salud y la curación, permitiendo así el desarrollo del patrón de conocimiento personal y estético.

Por otra parte, la sinergia de la intervención CAMI con el MTT y TCP brindan un grado de evidencia científica fundamentando el quehacer de las enfermeras en interacción con otras ciencias para generar cambios en la conducta anticonceptiva de las adolescentes gestantes y atendiendo una necesidad social nacional. Adicionando que el diseño de esta investigación aportará a investigaciones de mayor escala, que en futuro permitan realizar cambios en la estructura organizacional y social en favor de las personas más vulnerables además, considera en su diseño integrar una tecnología e-Health como reforzamiento de la motivación hacia el uso de AC lo que permite a la disciplina incursionar en otras formas de generación del conocimiento ya que han sido poco exploradas en este fenómeno y población (Hubert et al., 2021).

También se considera que, este proyecto podría contribuir a reducir la brecha entre la teoría y la práctica, pues la fase de adaptación permite tomar en cuenta las necesidades de la institución y del personal de salud para favorecer su aceptabilidad y viabilidad. Cabe destacar que esta intervención ha sido evolucionada en sus múltiples adaptaciones con un valor relevante hacia la práctica independiente en la consultoría de enfermería.

En contraste, el contexto clínico implica relaciones de subordinación por parte de las enfermeras a otras disciplinas. No obstante, la investigación experimental permite a las enfermeras tomar decisiones con mayor seguridad en la práctica por lo que este estudio abona a la construcción del patrón emancipatorio y a visualizar el cuidado de enfermería (Chinn & Kramer, 2008), dado que es un estudio de viabilidad el cual forma parte del proceso para avanzar en la tubería tradicional de intervenciones, enfoque que permite evaluar, modificar y mejorar las fase subsecuentes hasta llegar a la sostenibilidad (Gitlin & Czaja, 2016). Por lo tanto, el propósito de este estudio fue evaluar la factibilidad de la intervención motivacional asistida por computador en idioma español (CAMI-Spa) en el uso de anticonceptivos en adolescentes en etapa perinatal en un contexto clínico.

Marco Teórico

Para dar sustento a la adaptación del CAMI-Spa al contexto clínico se generó el modelo para el uso de anticonceptivo de adolescentes en etapa perinatal basado en el modelo Transteórico (MTT) de Diclemente y Prochaska (2005) el cual aborda los constructos del cambio de conducta como las etapas de cambio, procesos de cambio, balance decisional y autoeficacia, al cual se suman los elementos predictivos del cambio de conducta anticonceptiva mencionados en el modelo de cambio de conducta hacia el uso de métodos anticonceptivos (MCC-MAC) de Manjarres (2021) y el CCP de Fishbein y Ajzen (1975) en dónde el factor de control externo hace referencia a los elementos externos a la voluntad de las personas que influyen en la intención y cambio de la conducta, en este caso el factor externo es representado por la comunicación anticonceptiva perinatal en el contexto clínico, del cual también se muestra la relevancia que tiene la comunicación en este tipo de entornos. Para identificar las variables, especificar la relación entre los conceptos, jerarquizar por nivel de abstracción e ilustrar la relación entre las variables se utilizó la metodología de subestructuración teórica de Dulock y Holzemer (1991).

Para fundamentar los conceptos y constructos antes mencionados se describe la compatibilidad teórica entre ellos y la alineación con la EM de Miller y Rollnick (1995), el cual es un estilo de comunicación colaborativo y orientado en especial al lenguaje de cambio. Diseñada para reforzar la motivación personal y el compromiso con un objetivo concreto en una atmosfera de aceptación y compasión.

La implementación de la tecnología de salud electrónica (e-Health, por sus siglas en inglés), entre las cuales se encuentra la salud móvil (m-Health), usada como una herramienta podría reforzar la preparación hacia el uso de anticonceptivos, en base a que las e-Health abren nuevas vías para la medicina centrada en el paciente, con ánimo de una relación diferente entre el paciente y el profesional de salud, hacia una verdadera alianza donde se toman decisiones de manera compartida (Eysenbach, 2001), situación que también se alinea con la filosofía de la EM. Con respecto al marco de adaptación se atraen a este texto las contribuciones de McKleroy et al. (2006) y de la teoría de la ciencia de implementación de Gitlin y Czaja (2016).

Modelo Transteórico

El MTT tiene como construcciones centrales las etapas de cambio que representan una dimensión temporal, así mismo interpreta el cambio como un proceso que implica el progreso a través de una serie de seis etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación (Berra & Muñoz, 2018; Rippe, 2019). Estas etapas de cambio se vinculan con 10 procesos de cambio, para reducir la resistencia, facilitar el progreso y prevenir la recaída, también aborda el equilibrio decisional en el cual la persona valora los pros y contras para cambiar la conducta, de esta forma la persona adquiere autoeficacia, ésta es la confianza en una situación específica que las personas poseen mientras se enfrentan a situaciones de alto riesgo sin caer en su antigua conducta (Prochaska & Prochaska, 2019). El modelo es un patrón en espiral, dónde las personas pueden progresar desde la precontemplación hasta

la terminación y en situaciones de salud la progresión puede ser lineal (Prochaska & Norcross, 2013).

La premisa principal de este modelo es el cambio de conducta, en el cual las personas pueden tener diversos niveles de motivación, lo que permite aplicar el MTT a cualquier conducta y en cualquier contexto, debido a que la intervención se hace de manera individualizada teniendo en cuenta la influencia externa y el compromiso personal en donde el sujeto pasa por 10 procesos de cambio (Rippe, 2019).

Así mismo, pasar de una etapa a otra implica que la persona debe analizar las ventajas y desventajas del cambio de conducta a través del balance decisional. Esta evaluación cognitiva permite a las personas incrementar la autoeficacia, la cual se manifiesta por la autoconfianza expresada para modificar una conducta (Prochaska & Prochaska, 2019). Estas etapas van desde la precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación, sin embargo, para este trabajo es de interés primordial las primeras cuatro etapas ya que de acuerdo al MTT el mantenimiento se caracteriza por conservación de la conducta por cinco años sin recaída y la etapa de terminación las personas vencen las tentaciones y mantienen niveles elevados de autoeficacia (Prochaska & Prochaska, 2016) motivo por el cual estos dos constructos no son tomados en este modelo, debido al aspecto temporal que implica la evolución de la conducta en estas dos etapas ya que la evaluación anticonceptiva en la adolescente se proyectó hasta el periodo posparto inmediato.

Por último, el modelo contempla cinco niveles de cambio, síntoma/situación, cogniciones des adaptativas, conflictos interpersonales, conflictos sistémicos /familiares y conflictos interpersonales, éstos representan los niveles en las que se deben enfocar las intervenciones psicológicas para resolver el comportamiento no saludable, puesto que este trabajo no pretende implementar intervención cognitiva conductual los niveles de cambio no son de interés particular.

Modelo para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal.

El embarazo adolescente involucra dos aspectos preponderantes en la vida, la procreación de un nuevo ser y la etapa de juventud. En esta etapa se puede engendrar esperanza, entusiasmo, superación y un cambio social, pero no se posee madurez biológica, física, económica y autonomía, lo que puede generar sentimientos de tristeza, nerviosismo, angustia y apatía ante este acontecimiento (Chamorro-Vázquez et al., 2016).

Frente al hecho de que el embarazo en la adolescencia generalmente no es planeado (Núñez-Urquiza, 2003) y ante la gama de sentimientos y pensamientos, podría ser que la adolescente no cuente con los recursos sociales, familiares, psicológicos y culturales necesarios para planear el uso de anticonceptivos al final del embarazo.

Estos sentimientos pueden exacerbarse en un contexto clínico, por ejemplo: mujeres jóvenes gestantes de Brasil percibieron que la atención prenatal no cumplió sus expectativas, la evidencia cualitativa muestran que la comunicación no es efectiva. Al respecto, ellas mencionaron “Como estoy sola aquí tengo que estar preguntándome y adivinando cosas”, “ las madres que están embarazadas por primera vez no saben qué va a pasar deben tener más orientación, más compañerismo médico, más charla” (Cardelli et al., 2016).

Además de lo anterior, asesorar a las adolescentes sobre anticoncepción requiere el reconocimiento de las barreras únicas que enfrentan los adolescentes y facilitar la toma de decisiones sobre métodos anticonceptivos de una manera que priorice su autonomía en forma objetiva y no coercitiva considerando que las personas tienen derecho a tomar decisiones informadas (Raidoo & Kaneshiro, 2017).

Por lo tanto, se requiere una especial atención al proceso de comunicación en un contexto clínico en el sentido de que los proveedores de salud son los responsables de brindar a los adolescentes información completa precisa para favorecer una decisión informada, por su parte las usuarias valoran la aportación del proveedor para complementar sus opciones anticonceptivas, en este sentido la comunicación se suma

como una variable fundamentada en la TCP que podría interactuar con los constructos y conceptos del MTT para evaluar el tránsito de la conducta anticonceptiva de las adolescentes en etapa perinatal.

La alineación de las etapas de la TCP con los conceptos de la MTT fueron estudiados por Armitage y Arden (2002), demostrando que todas las variables del TCP mostraron asociaciones lineales significativas con el MTT, por lo tanto, cualquier manipulación a la intención debería ejercer un efecto comparable en la etapa de cambio del MTT, así mismo refieren que ambos modelos deberían usarse para focalizar las intervenciones (Ajzen, 2002).

La TCP plantea que la intención representa la motivación de una persona en el sentido de su plan consciente o decisión de hacer un esfuerzo para ejecutar el comportamiento, en función de tres determinantes directos: actitudes, normas subjetivas y CCP (Conner & Armitage, 1998). La actitud se refiere a la realización de un comportamiento en cuestión y la norma subjetiva está relacionado con las creencias de la persona, acerca de lo que piensan la mayoría de las personas que son importantes para ella sobre lo que debería o no realizar de un comportamiento y está determinada por las expectativas percibidas de individuos o grupos referentes específicos, además de la motivación de la persona para cumplir con esas expectativas (Fishbein & Ajzen, 1975).

El CCP es la percepción del individuo sobre qué tan fácil o difícil es realizar un determinado comportamiento. Los juicios del CCP están influenciados por creencias sobre sí uno tiene acceso a los recursos y oportunidades necesarias para realizar un comportamiento con éxito, ponderado por el poder percibido de cada factor para facilitar o inhibir la conducta (Fishbein & Ajzen, 1975). Las primeras presentaciones de Ajzen sugirieron que el CCP y las intenciones interactuarían en sus predicciones de comportamiento, de tal manera que las intenciones se convertirían predictores más fuertes de la conducta a medida que aumenta la CCP (Conner & Armitage, 1998).

La percepción de factores que pueden facilitar o inhibir el desempeño de la conducta se le conoce como creencia de control que incluye el control interno (aspectos volitivos) y externo de los cuales el sujeto no tiene control absoluto (Conner & Armitage, 1998a). Armitage y Conner (2001) refieren que el CCP se basa en el razonamiento, entre más fuerte sea una intención en la acción, ésta estará determinada, al menos parcialmente por barreras personales y ambientales, por lo tanto, el CCP se hace presente a medida que disminuye el control volitivo sobre el comportamiento. Cuando la conducta no está bajo control volitivo completo el CCP puede moderar la relación entre la intención y la conducta (Armitage & Conner, 2001).

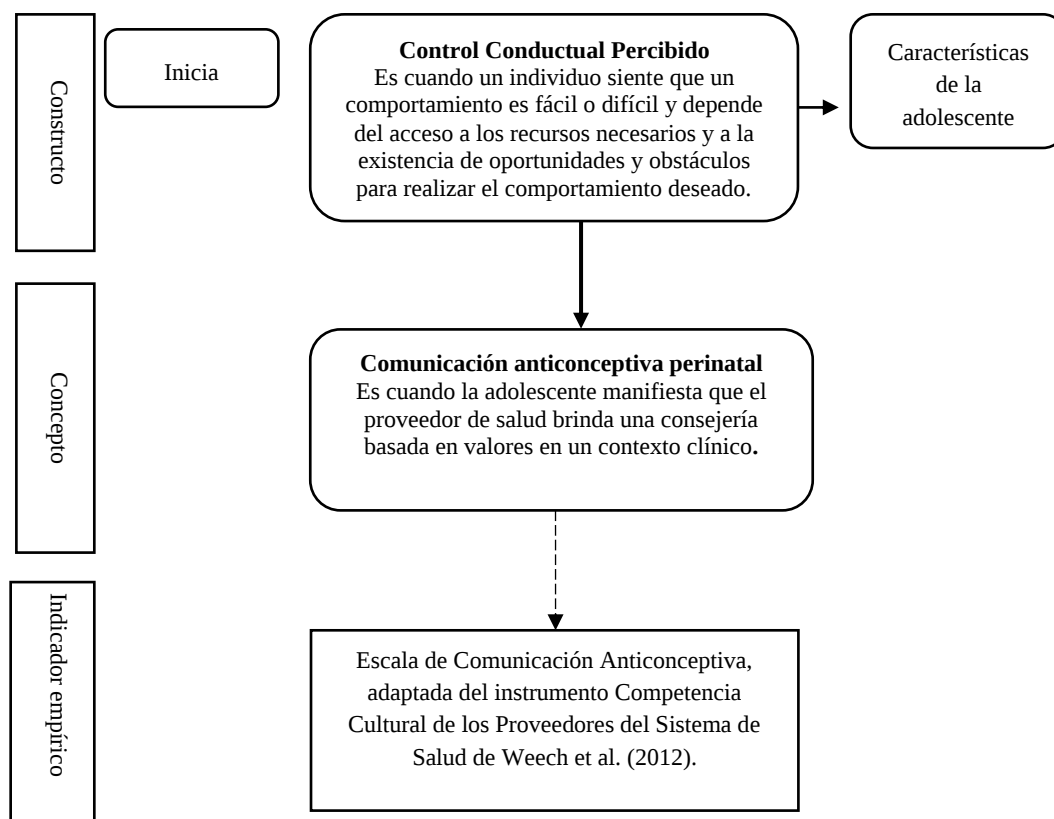
Por lo tanto, el control conductual intenta lidiar con situaciones en que las personas pueden carecer de control volitivo completo sobre el comportamiento y la falta de control sobre factores externos que puede afectar la intención, al respecto se ha mencionado que la comunicación ineficaz del proveedor de salud impide la atención y disuade el uso de anticonceptivos (Carvajal et al., 2021).

Del CCP surge la comunicación anticonceptiva perinatal es la percepción de ser escuchada, valorada y no enjuiciada sobre su condición de salud actual y edad, además manifiesta que el proveedor de salud toma en cuenta sus opiniones con respecto a su salud reproductiva (Carvajal et al. 2021), le brinda información segura y confianza para expresar sus dudas (Safran et al., 1998), en un contexto clínico (Figura 1).

De acuerdo con lo descrito por Manjarres (2021) la actitud y conocimiento anticonceptivo, fueron predictores de la conducta anticonceptiva en una intervención entregada en un contexto comunitario. A la primera la define como los sentimientos positivos o negativos hacia el uso de anticonceptivos en general y que podrían ser referidas como preocupaciones de las madres adolescentes por los efectos secundarios percibidos, riesgos para la salud a largo plazo y cumplimiento con el uso de anticonceptivos que podrían superar sus preocupaciones por el embarazo y determinar el uso de un anticonceptivo.

Figura 1

Subestructuración de la comunicación anticonceptiva perinatal (Carvajal et al., 2017, 2019; Fishbein & Ajzen, 1975).



Usar un anticonceptivo para prevenir un ERR suele ser una decisión compleja, por una parte las adolescentes desean un segundo embarazo para acompañar al primogénito y terminar de forma rápida su vida reproductiva o expresan no tener control sobre esta decisión (Aslam et al., 2017). Por otra parte las experiencias negativas con los anticonceptivos de larga duración (Govender et al., 2019), la transmisión de vivencias desagradables por parte de familiares y amigos desencadenan temor a los efectos secundarios, situación que provoca el abandono del anticonceptivo de forma temprana (Borovac-Pinheiro et al., 2016).

El prejuicio social por parte de los proveedores de salud en entornos clínicos podrían influir negativamente en la actitud anticonceptiva (Erviti et al., 2010), pues la

suma de varios factores estresantes sobrecargan los recursos de afrontamiento de la adolescente causando conductas inadecuadas en la salud materna (Divney et al., 2016; Paschal et al., 2011). Por lo tanto, de la actitud anticonceptiva de Manjarres (2021) surge la disposición contraceptiva, conformada por los pensamientos y posturas de la adolescente con respecto a la utilización de los anticonceptivos (Morales et al., 2018), priorizando sus metas a futuro y salud reproductiva sobre las barreras del entorno clínico como la presión del proveedor de salud o influencia de los familiares (Bucknall & Bick, 2019; De la Vara-Salazar et al., 2018).

Con respecto al segundo elemento predictivo conocimientos en anticoncepción, se relaciona con el proceso biológico reproductivo, la forma como se usan los AC, así como la farmacodinamia de los mismos (Manjarres, 2021). Dentro de un entorno clínico a las adolescentes les interesa la forma en cómo se comparte la información, ya que han manifestado sentirse presionadas por el proveedor de salud para elegir la colocación de un anticonceptivo (Bucknall & Bick, 2019). Por lo tanto, una deficiente comunicación o brindar información errónea durante el contacto con el proveedor de salud puede tener un impacto negativo en las opciones futuras de anticoncepción (Isaacs & Creinin, 2003).

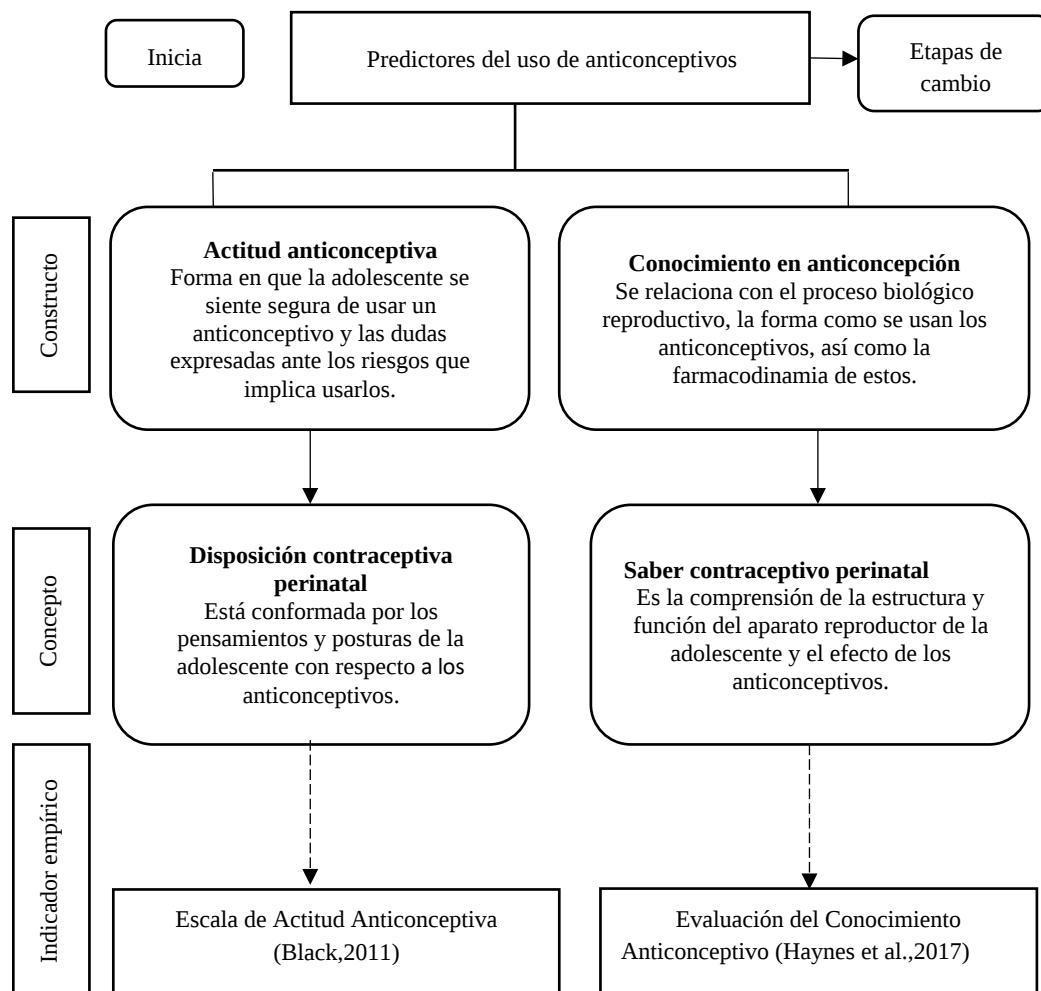
El conocimiento sobre anticonceptivos brindado en estudios intervencionistas tuvo efectos positivos, a mayor conocimiento una selección de métodos más efectivos en adolescentes (Pazol et al., 2018), por lo que autores refieren que el incrementar conocimientos se asoció con la continuidad de anticonceptivos (Hall et al., 2014). Por lo tanto, brindar a los adolescentes información completa, precisa y con acceso a los servicios de planificación familiar les permitirá decidir el uso de anticonceptivos y realizar prácticas sexuales saludables (Guzzo et al., 2019).

Del conocimiento anticonceptivo y para fines de este trabajo surge el saber contraceptivo perinatal, es la comprensión de la información brindada a través de la consejería sobre la estructura y función del aparato reproductor de las adolescentes así como las reacciones secundarias, contraindicaciones de los anticonceptivos, esta

comprensión brinda la pauta consciente sobre el espaciamiento de sus hijos y uso de anticonceptivos (Hall et al., 2014; Ritter et al., 2015) (Figura 2)

Figura 2

Subestructuración de los predictores en anticoncepción adaptados del MCC-MAC (Manjarres,2020)



Etapas de cambio del MTT. Los estadios de cambio de este modelo no siguen un curso lineal, sino que proporcionan una dimensión temporal en espiral en la que el cambio se desarrolla con el tiempo, también reflejan un conjunto de tareas necesarias para pasar a la siguiente etapa, el tiempo en que una persona pasa a otra etapa varía.

Estas etapas representan actitudes, intenciones y comportamientos relacionados con la preparación de un individuo en el ciclo de cambio. Cada etapa refleja un conjunto de tareas necesarias para pasar a la siguiente etapa (Prochaska & Norcross, 2013). La transición a través de las etapas está mediada por los procesos de cambio y el balance decisional, así como por la autoeficacia (Prochaska & Prochaska, 2019).

Las etapas de cambio son dimensiones interrelacionadas para evaluar adecuadamente la modificación del comportamiento nombradas precontemplación, contemplación, preparación y acción estas representan los aspectos temporales, motivacionales y de constancia de la conducta en el individuo (DiClemente et al., 1991).

Las etapas de cambio son dimensiones interrelacionadas para evaluar adecuadamente la modificación del comportamiento nombradas precontemplación, contemplación, preparación y acción estas representan los aspectos temporales, motivacionales y de constancia de la conducta en el individuo (DiClemente et al., 1991).

Las etapas de cambio para llegar al uso de anticonceptivos en las adolescentes en etapa perinatal. Son las fases que cursa la adolescente gestante durante el cambio de conducta hacia el uso de anticonceptivos en el periodo postparto inmediato, comienzan en la precontemplación, en este estadio, la adolescente gestante no está pensando en cambiar su conducta anticonceptiva (Galavotti et al., 1995), debido a la falta de interés y motivación para utilizarlos (Stevens-Simon et al., 1996), este desinterés se asocia además a que el uso del condón es un signo de desconfianza o falta de amor real, además de tener un menor disfrute sexual (Kanda & Mash, 2018).

Por lo que, el desplazamiento de una etapa a otra dependerá de la consejería que brinde el proveedor de salud en un entorno clínico para incrementar el saber y disposición contraceptivos perinatal, así como de la activación de los procesos de cambio, realización del balance decisional y autoeficacia hasta llegar a la adopción de un anticonceptivo en el posparto inmediato.

La primera etapa de cambio del MTT es la precontemplación, en esta etapa no hay ninguna intención de cambiar, por lo menos en los seis meses próximos, básicamente la persona no está consciente de que existe un problema o tiende a minimizar el problema, sin embargo, el problema es percibido por personas cercanas (Berra & Muñoz, 2018; Prochaska & Norcross, 2013).

De la etapa descrita anteriormente, se construye la precontemplación anticonceptiva perinatal, donde las adolescentes no perciben la necesidad de utilizar un anticonceptivo (Kamalikhah et al., 2015) posterior al nacimiento de su bebé, debido a varios factores que acontecen durante el embarazo y simplemente los anticonceptivos no son relevantes en este periodo de su vida o están predisuestas de forma negativa hacia efectos secundarios de los anticonceptivos (Moreno et al., 2020; Stevens-Simon et al., 1996; Zabin et al., 1991).

La etapa que precede a la precontemplación es la contemplación y se refiere a que las personas reconocen que existe un problema y piensan en la superación de este problema en los siguientes seis meses, son más conscientes de las ventajas y desventajas del cambio, pero aún no se han comprometido a pasar a la acción.

Este equilibrio puede producir una ambivalencia que puede mantener a las personas atrapadas por largos periodos, como una contemplación crónica, debido a que la persona no está preparada para el cambio (Prochaska & Prochaska, 2016; Prochaska & Prochaska, 2019). En esta etapa se consideran los pros y contras del problema, así como la solución, las personas luchan con sus evaluaciones positivas del comportamiento inadecuado y gastan energía para superar el problema (DiClemente et al., 1991; Prochaska & Norcross, 2013).

En la contemplación anticonceptiva perinatal las adolescentes están pensando en cambiar dentro de un futuro predecible (Kamalikhah et al., 2015), comienza el cambio hacia una predisposición positiva hacia los anticonceptivos, pero aún no toman la decisión concreta para adoptar uno (Galavotti et al., 1995). Las adolescentes se sienten

motivadas hacia el uso de anticonceptivos y discuten las razones para evitar un segundo embarazo como; conciencia de la responsabilidad de ser padres, metas a futuro (Melo et al., 2015), además manifiesta la necesidad de consejería anticonceptiva al proveedor de salud (Chemutai et al., 2020).

La tercera etapa del MTT es la preparación, dónde se combina la intención y criterio de comportamiento, las personas se encuentran preparadas para la acción e informan pequeños cambios de comportamiento a diferencia de los precontempladoras y contempladores. Están seriamente pensando abandonar la conducta nociva en los próximos seis meses, con acciones concretas en los próximos 30 días (DiClemente et al., 1991). No obstante, ellos aún no han alcanzado el criterio para una acción efectiva, como la abstinencia de fumar. Algunos investigadores nombran a esta etapa como un principio de movimiento hacia el cambio de conducta (Berra & Muñoz, 2018; Prochaska & Prochaska, 2016).

En la preparación hacia el uso de AC perinatal la adolescente se encuentra en el tercer trimestre de gestación y tienen la intención de comenzar a usar un AC en los próximos 30 días (DiClemente et al., 1991; Galavotti et al., 1995; Grimley et al., 1993). Las adolescentes externalizan preocupaciones con respecto a la salud reproductiva, la efectividad, duración, dolor al momento de la instalación, miedos de los efectos adversos y reversibilidad. También mencionan que valoran la consejería anticonceptiva (Melo et al., 2015).

En la etapa acción del MTT cada individuo modifica su comportamiento, experiencias o entorno a fin de superar sus problemas, esta etapa implica cambios de comportamiento más visible y requiere un considerable compromiso de tiempo y energía. Los individuos se clasifican en la etapa de acción si han modificado con éxito el comportamiento durante el periodo de un día a seis meses (Berra & Muñoz, 2018; Prochaska & Prochaska, 2016; Prochaska & Norcross, 2013). Sin embargo, no todas las modificaciones de comportamiento cuentan como acción en este modelo, las personas

deben alcanzar un criterio que los científicos y profesionales acuerden que es suficiente para reducir el riesgo de la conducta no saludable (Prochaska & Norcross, 2013).

De la cuarta etapa del MTT subyace el uso de AC perinatal en donde la adolescente se encuentra entre la semana 38-40 de gestación y ha decidido de forma consciente e informada usar un anticonceptivo entre uno a 180 días (Grimley et al., 1993; Melo et al., 2015) considerando que sus metas a futuro pueden contabilizarse desde el primer día posparto hasta el término del puerperio tardío, pero no menos de seis meses (Galavotti et al., 1995), (Figura 3).

Procesos de Cambio. En interacción con el equilibrio decisional se encuentran los 10 procesos de cambio, representando un nivel intermedio de abstracción entre las asunciones meta teóricas y técnicas específicas, vistos como el área de satisfacción más cercana a la convergencia teórica (Prochaska & Velicer, 1997). Los 10 procesos de cambio son: la concientización, alivio dramático, la reevaluación del entorno, autoevaluación, autoliberación, relaciones de ayuda, contracondicionamiento, manejo de reforzamiento, control de estímulos y la liberación social (Prochaska & Prochaska, 2019), a continuación, se describen cada uno de los procesos del MTT.

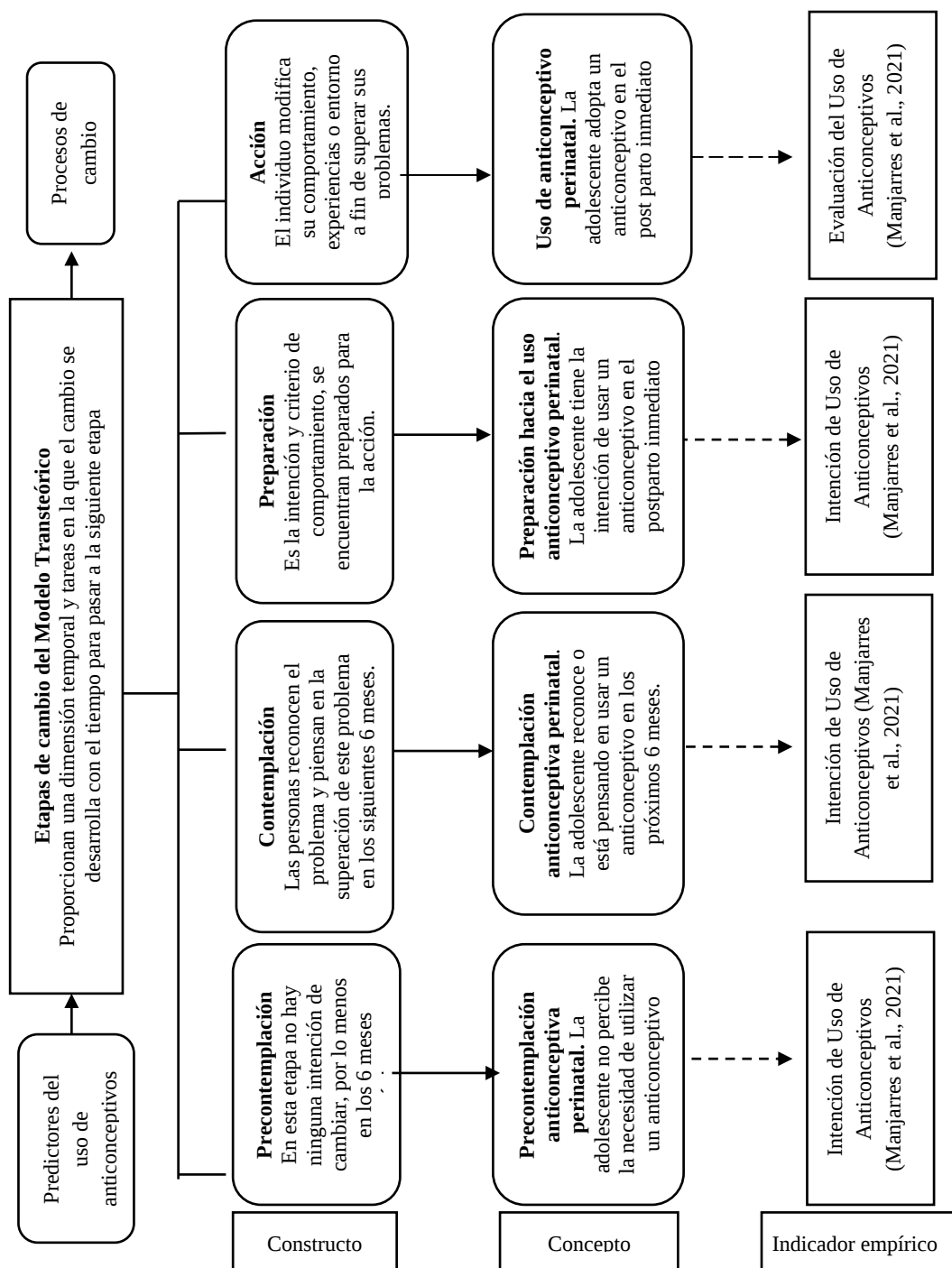
Los procesos de cambio anticonceptivo perinatal. Son actividades en las que participan las adolescentes mientras intentan progresar a través de las etapas de cambio para usar un anticonceptivo, (Dempsey et al., 2011) y a medida que ocurren estas experiencias la adolescente pasa de no tener conciencia sobre el no uso de AC y a considerar un cambio (precontemplación/contemplación) para luego tener la intención de utilizar un anticonceptivo (Parrish et al., 2016). A continuación, se muestran los 10 procesos de cambio y su adaptación hacia el uso de anticonceptivos.

Concientización. implica una mayor conciencia de las causas, consecuencias y respuestas de un problema en particular (Prochaska & Norcross, 2013; Prochaska & Velicer, 1997; Prochaska & Prochaska, 2019). En la concientización anticonceptiva perinatal la adolescente reconoce los beneficios de usar un anticonceptivos, comienza a

buscar información formal e informal sobre los mismos (Moreno et al., 2020; Quintero-Rondón & Rojas-Bentancur, 2015).

Figura 3

Subestructuración teórica de las etapas de cambio para el uso de anticonceptivos adaptadas del MTT (Prochaska & Norcross, 2013)



Concientización. implica una mayor conciencia de las causas, consecuencias y respuestas de un problema en particular (Prochaska & Norcross, 2013; Prochaska & Velicer, 1997; Prochaska & Prochaska, 2019). En la concientización anticonceptiva perinatal la adolescente reconoce los beneficios de usar un anticonceptivos, comienza a buscar información formal e informal sobre los mismos (Moreno et al., 2020; Quintero-Rondón & Rojas-Bentancur, 2015).

Alivio dramático. Implica la excitación emocional sobre el comportamiento actual y el alivio que puede surgir al cambiar el miedo, la inspiración, la culpa y la esperanza son algunas de las emociones que pueden llevar a las personas a contemplar el cambio (Prochaska & Velicer, 1997; Prochaska & Prochaska, 2019). El alivio dramático anticonceptivo perinatal, se refiere a la disposición negativa que experimenta la adolescente para utilizar un anticonceptivo por sí sola (De la Vara-Salazar et al., 2018) y a su vez visualiza a futuro la satisfacción de cuidar de su salud prolongando el periodo intergenésico, además de la posibilidad de alcanzar sus metas personales (Fernández, 2017).

Auto-reevaluación. Combina evaluaciones cognitivas y afectivas de sí mismo, libre de un comportamiento no saludable (Prochaska & Velicer, 1997b; Prochaska & Prochaska, 2019). En la auto-reevaluación anticonceptiva perinatal, la adolescente genera una imagen positiva, adquiere seguridad para manifestar su interés por usar un AC para llevar su maternidad y sexualidad con mayor disfrute (Ahinkorah et al., 2019; Eliason et al., 2013; Tocce et al., 2012).

Reevaluación del entorno. Combina evaluaciones afectivas y cognitivas de cómo un comportamiento no saludable afecta su entorno social y cómo el cambio afectaría ese entorno (Prochaska & Norcross, 2013; Prochaska & Prochaska, 2019). La reevaluación del entorno anticonceptivo perinatal es aquella que realiza la adolescente sobre cómo podría ser su vida familiar con y sin la utilización de los anticonceptivos

(Eliason et al., 2013; Govender, Naidoo, et al., 2020b; Quintero-Rondón & Rojas-Bentancur, 2015).

Autoliberación. Implica tanto la creencia de que uno puede cambiar y generar nuevo compromiso de actuar de acuerdo con esa creencia (Galbraith et al., 2016; Prochaska & Velicer, 1997; Prochaska y Prochaska, 2019). La autoliberación anticonceptiva perinatal, es la sensación y pensamiento de la adolescente de un mayor conocimiento sobre los anticonceptivos, elimina mitos sobre el uso de anticonceptivos, por lo tanto se siente capaz de tomar una decisión anticonceptiva (Mutumba et al., 2018; Santos et al., 2018).

Contracondicionamiento. El individuo requiere del aprendizaje de un comportamiento más saludable que puede sustituir el comportamiento no saludable (Galbraith et al., 2016; J. Prochaska & Prochaska, 2016; Prochaska & Velicer, 1997). En el contracondicionamiento anticonceptivo perinatal la adolescente sustituye la conducta de procrastinación de uso de anticonceptivos por una conducta anticonceptiva responsable resultado del balance de las conveniencias e inconveniencias con respecto a los anticonceptivos, lo que la conduce a interesarse en el tema y disminuir la vergüenza para preguntar sus dudas (Gejo et al., 2019; Stevens-Simon et al., 1996).

Manejo de recompensas. Incluye el uso sistemático de refuerzos y castigos por dar pasos en una dirección particular, es útil enfatizar los refuerzos para progresar en lugar de los castigos para retroceder (Prochaska & Prochaska, 2019). El Manejo de recompensas anticonceptiva perinatal es cuando la adolescente satisface su necesidad anticonceptiva y experimenta el uso del método de forma consciente lo que le permite identificar y corregir percepciones erróneas adquiridas en el pasado (Álvarez-Nieto et al., 2012; Eliason et al., 2013; Moreno et al., 2020).

Liberación social. Es el proceso mediante el cual los cambios en la sociedad aumentan las opciones y oportunidades para tener una vida más saludable y feliz, libre de conductas de riesgo (Prochaska & Prochaska, 2019). La liberación social

anticonceptiva perinatal visualiza de forma positiva de retomar sus planes personales, familiares o escolares a futuro, posterior a la adopción de un anticonceptivo (Álvarez-Nieto et al., 2012; Quintero-Rondón & Rojas-Bentancur, 2015; Reyes-López, et al., 2020).

Control de estímulos. Significa modificar el entorno para aumentar las señales que provocan respuestas saludables y disminuir las señales que conducen a una recaída (Prochaska & Prochaska, 2019). El control de estímulos anticonceptivo perinatal, es cuando la adolescente, dialoga con los proveedores de salud sobre sus dudas y temores hacia los anticonceptivos, además de dialogar o negociar su uso con las personas significativas de su entorno (Carvajal et al., 2019; Chandra-Mouli & Akwara, 2020).

Relaciones de ayuda. Combinan cariño, franqueza, confianza y aceptación, así como apoyo para el cambio, la persona busca ayuda a través de la creación de relaciones, alianzas terapéuticas y red de amigos (Prochaska & Prochaska, 2019). Las relaciones de ayuda anticonceptiva perinatal es cuando la adolescente establece una relación terapéutica basada en la confianza con los proveedores de salud situación que le permite usar un AC de forma segura y de acuerdo a sus necesidades (Carvajal et al., 2019; Morse et al., 2017).

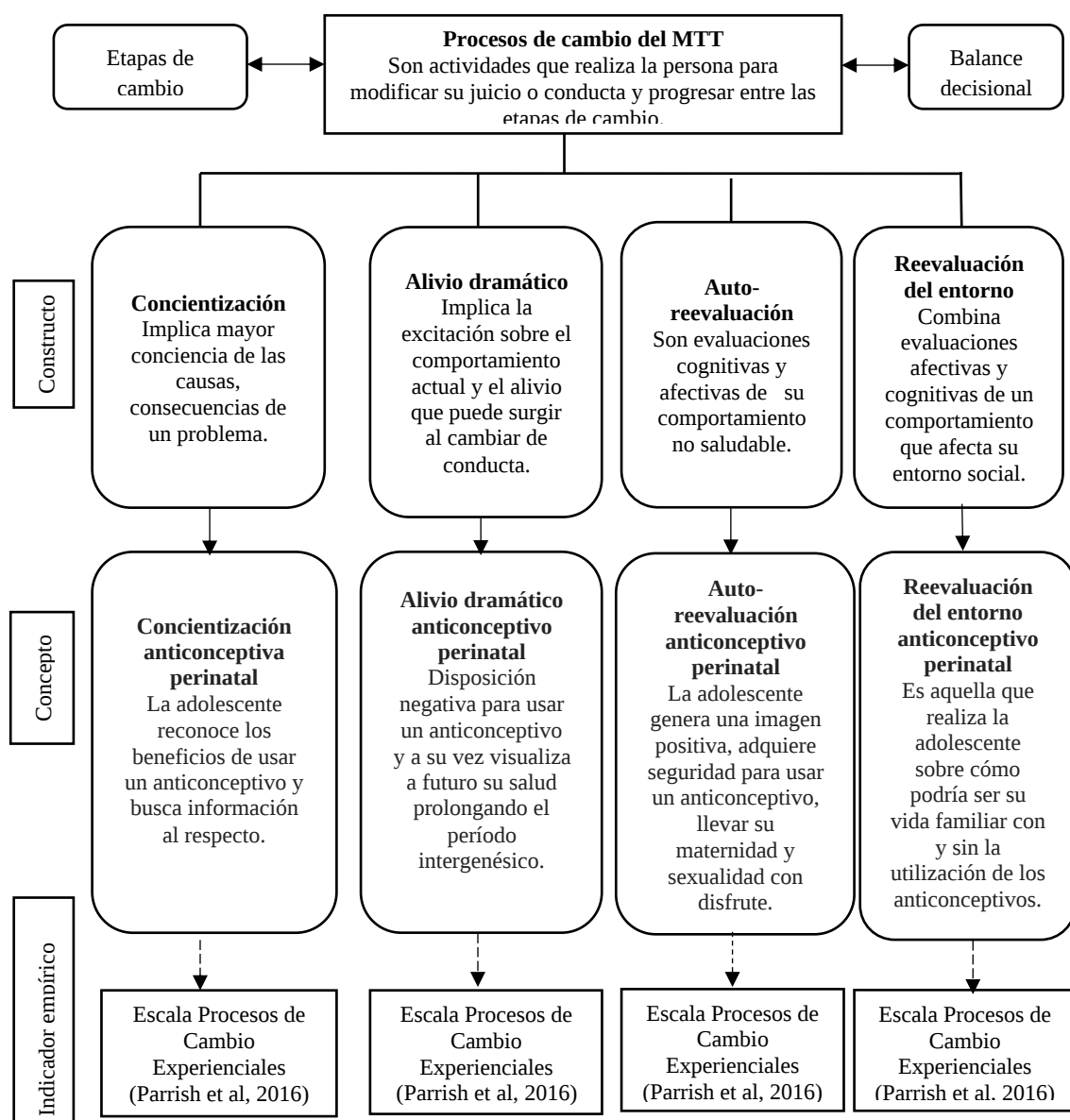
La forma en la que se utilicen los procesos de cambio en concordancia con las etapas de cambio debe realizarse con cautela para progresar a las personas a la siguiente etapa. Se ha demostrado que los pacientes progresan de manera óptima de la precontemplación y la contemplación a la preparación mediante la concienciación, la autoliberación y el alivio dramático y que las personas progresan mejor de la preparación a la acción o al mantenimiento mediante el uso del contracondicionamiento, control de estímulos y manejo de recompensas (Norcross et al., 2011) (Figura 4).

Balance decisional. En el cambio de una etapa a otra como resultado de lo que el MTT denomina equilibrio decisional, refleja la ponderación de los pros y contras de

un comportamiento objetivo que incluye ganancias para uno mismo y los demás, aprobación de uno mismo y los demás (Galbraith et al., 2016, p. 337), lo que hace fortalecer la confianza en sí mismo, incrementando su capacidad interna para alcanzar el objetivo conductual perseguido (Prochaska & Velicer, 1997).

Figura 4

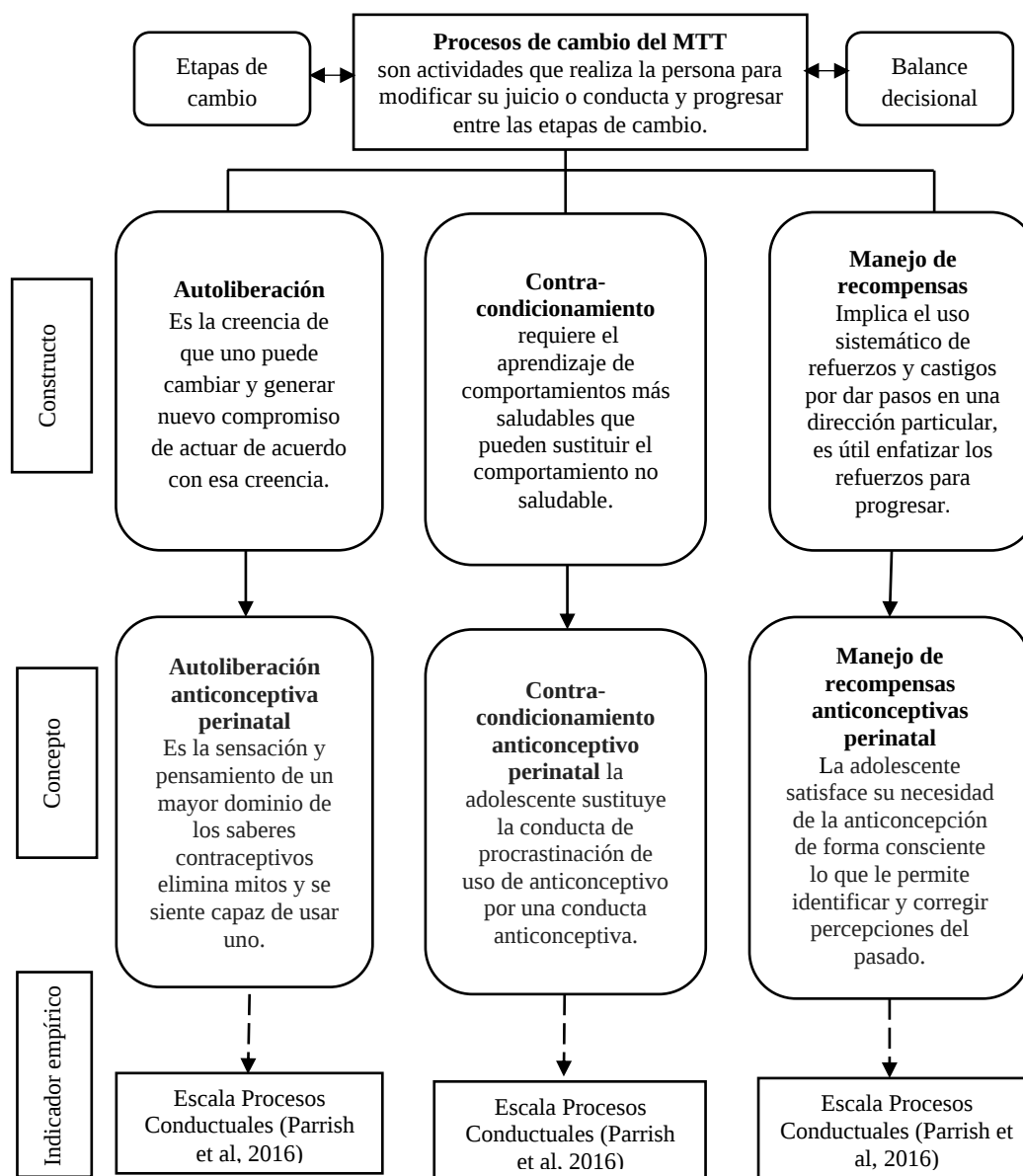
Subestructuración de los procesos de cambio para el uso de anticonceptivos en adolescentes en etapa perinatal (Prochaska & Prochaska, 2016)



(Continúa)

Figura 4

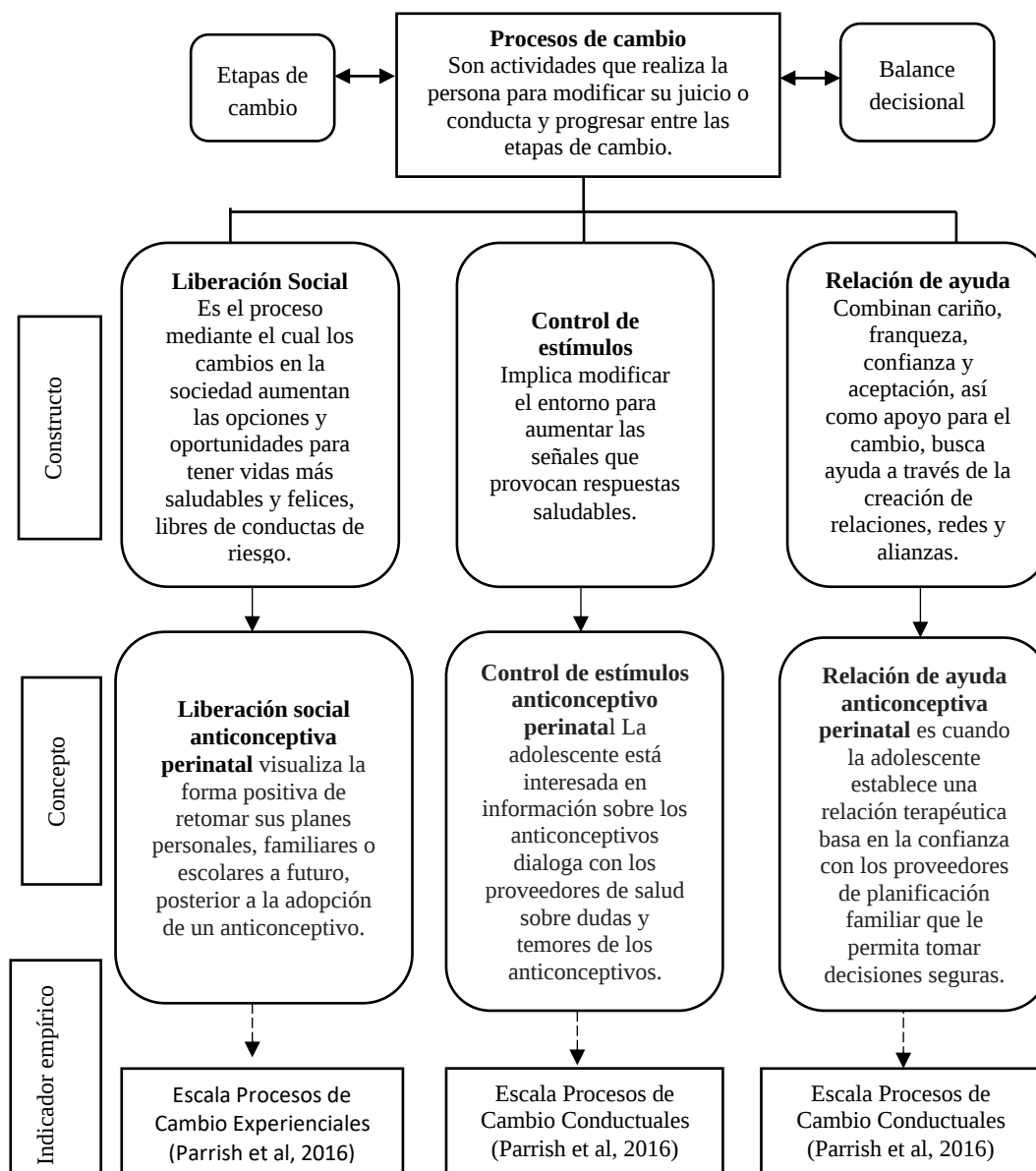
Subestructuración de los procesos de cambio para el uso de anticonceptivos en adolescentes en etapa perinatal (Prochaska & Prochaska, 2016) (Continuación)



(Continúa)

Figura 4

Subestructuración de los procesos de cambio adaptados para el uso de anticonceptivo en adolescentes en etapa perinatal (Prochaska & Prochaska, 2016). (Continuación)



Del balance decisional surge el balance decisional anticonceptivo perinatal el cual se refiere a la evaluación que hace la adolescente sobre las conveniencias o inconveniencias de utilizar un método de planificación familiar con una visión interna y hacia las personas significativas que se encuentran a su alrededor

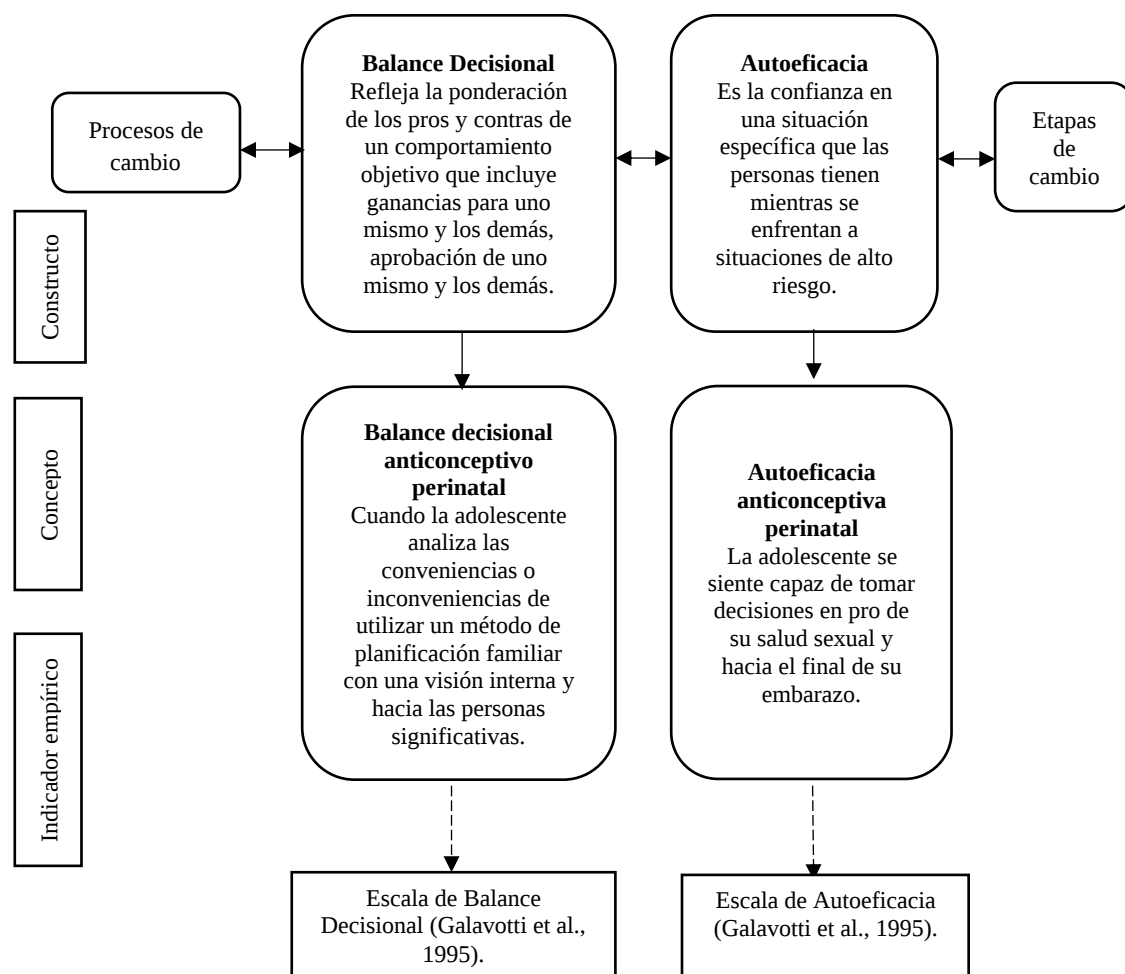
Con el objetivo de decidir usar o no usar un anticonceptivo o bien, el tipo de contraceptivo de acuerdo a sus necesidades, durante el curso del tercer trimestre de gestación y postparto inmediato. En las adolescentes en etapa de acción o mantenimiento el balance decisional enfatiza los aspectos positivos de un cambio de comportamiento, pero cuando las adolescentes están en etapas de precontemplación o contemplación el balance enfatiza aspectos negativos (Galavotti et al., 1995). Las conveniencias de usar o no usar un anticonceptivo se equilibran antes de llegar a la etapa de acción (Dempsey et al., 2011) (Figura 5).

Autoeficacia. Es la confianza en una situación específica que las personas tienen mientras se enfrentan a situaciones de alto riesgo (Prochaska & Prochaska, 2019) sin caer en sus antiguas conductas, a medida que las personas transitan a la etapa de preparación a la acción la disparidad entre los sentimientos de autoeficacia y tentación se cierran para lograr un cambio de conducta (Galbraith et al., 2016). La autoeficacia anticonceptiva perinatal. Es cuando la adolescente se siente capaz de tomar decisiones en pro de su salud sexual y hacia el final de su embarazo (Galavotti et al., 1995). La autoeficacia conlleva el tránsito de la etapa de precontemplación a la etapa de acción en donde la adolescente ha evaluado las conveniencias de usar un anticonceptivo (Figura 5). Desde la precontemplación hasta la acción pueden existir factores que afecten al control conductual percibido y dificulten el tránsito de estas etapas.

Akinola et al. (2019) refiere que la TCP ayuda a explicar cómo las personas transitan por las etapas de cambio, para ir más allá de la contemplación las personas necesitan resolver la ambivalencia a través de información útil sobre los anticonceptivos para formar una actitud, conceptos atendidos con el MTT. No obstante, es importante mencionar que la secuencia que establece el *Modelo para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal* puede ser fusionada específicamente con el control conductual percibido puesto que el resto de los conceptos de la TCP poseen una similitud con el MTT (Figura 5).

Figura 5.

Subestructuración del balance anticonceptivo perinatal y autoeficacia anticonceptiva perinatal adaptada para el uso de anticonceptivos (Prochaska & Prochaska, 2019).



En la Figura 6 se muestran los constructos, conceptos, indicadores y escalas de medición que conforman dicho modelo. De la interrelación entre los constructos de TCP, MTT y Modelo de cambio de conducta hacia el uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes (MCC-MAC) surgen las siguientes proposiciones:

1.- El desplazamiento de las adolescentes precontempladoras y contempladoras se realiza con el uso de procesos de concientización, autoliberación y alivio dramático anticonceptivos perinatales.

2.- El uso del contracondicionamiento, control de estímulos y manejo de recompensas estimula el progreso de las adolescentes de la contemplación a la preparación hacia el uso de anticonceptivo y al uso de un anticonceptivo perinatal.

3.- Las adolescentes que se encuentran en la etapa precontemplación anticonceptiva perinatal utilizan menos procesos de cambio anticonceptivos perinatales.

4.- Para cambiar más allá de la contemplación anticonceptiva perinatal, la autoevaluación incluye una percepción de los valores que la adolescente intenta cambiar.

5.- En el uso de anticonceptivo perinatal la adolescente utiliza los procesos de cambio contracondicionamiento, el manejo del reforzamiento y control de estímulos para vencer las tentaciones y recaídas.

6.- Las inconveniencias de utilizar un anticonceptivo son más altas en la etapa de contemplación anticonceptiva perinatal.

7.- Las inconveniencias de no utilizar un anticonceptivo son más bajas en la etapa de preparación hacia el uso de anticonceptivos perinatal y uso de anticonceptivo perinatal.

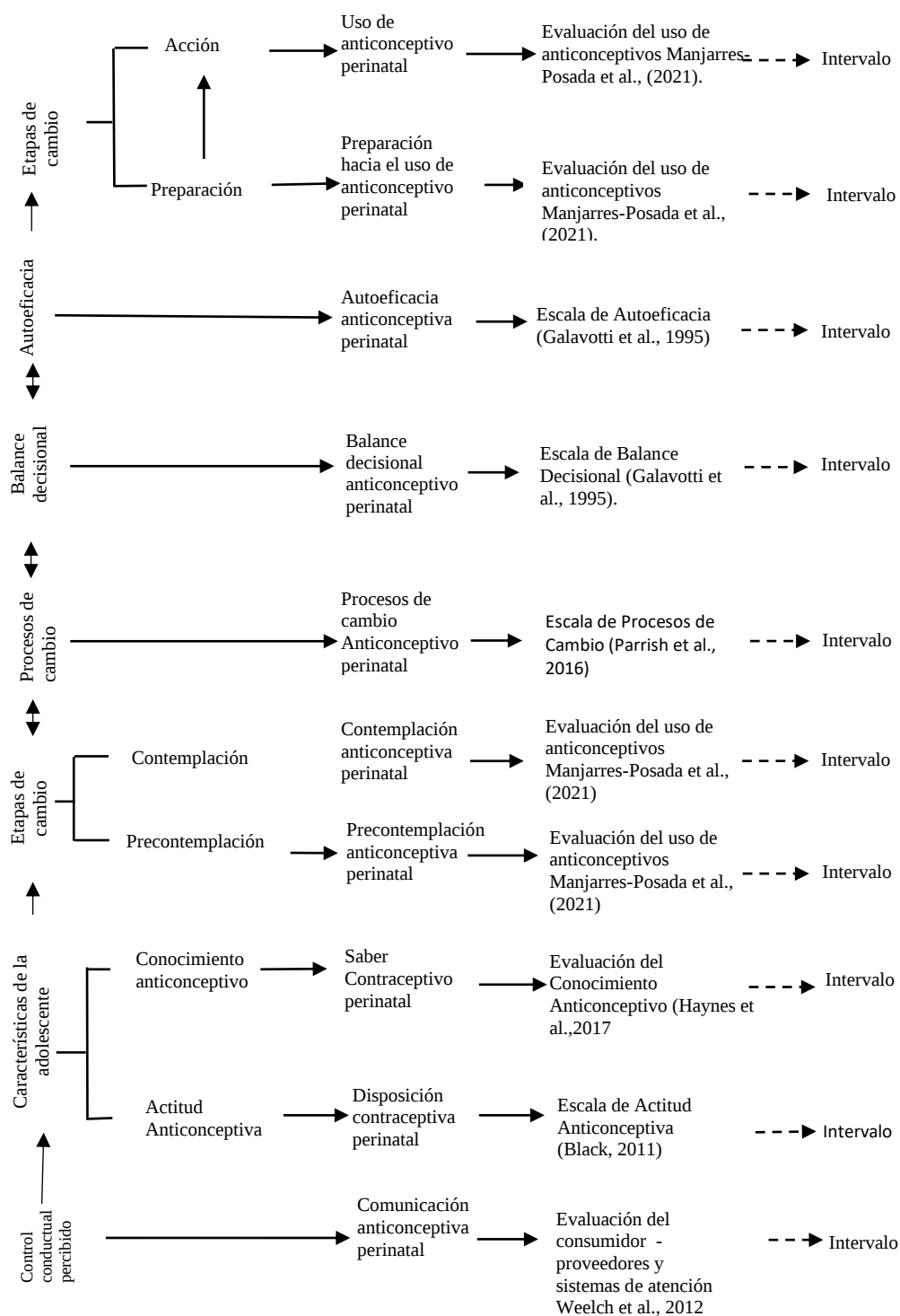
8.- En la precontemplación y contemplación anticonceptiva perinatal la tentación de no practicar la anticoncepción es mayor debido a que la autoeficacia anticonceptiva perinatal es baja.

9.- El aumento de la disposición contraceptiva se relaciona con mayor uso de conveniencias para la decisión anticonceptiva y por el contrario, un descenso de la disposición contraceptiva se relaciona con uso de inconveniencias hacia la decisión anticonceptiva perinatal.

10.- Una mejor comunicación anticonceptiva perinatal contribuye al incremento del uso de anticonceptivos.

Figura 6

Sub-estructura del Modelo para el uso anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal adaptado del TCP, MTT, MCC-MAC



La comunicación en el contexto clínico

El contexto se refiere al escenario que circunscriben las actividades e interacciones de sus integrantes, por lo tanto, el entorno clínico es un espacio en el cual se desempeñan labores, actividades y procesos orientados al cuidado, promoción, protección y restitución de la salud (Galicia-Ayala et al., 2018). La comunicación en entornos clínicos fue estudiada en otras poblaciones, encontrando que la calidad de la comunicación entre la enfermera y paciente puede afectarse por tres variables; relacionadas con la enfermera, con el paciente y con el entorno.

En el último se incluye la presión del tiempo, características de la sala y el número de pacientes que atienden por turno (Caris-Verhallen et al., 1999). Park y Song (2005) reportaron que las barreras de comunicación son: un ambiente hospitalario desconocido, la iluminación de la habitación y un ambiente ruidoso. Por lo que el escenario clínico constituye un espacio complejo con significados diversos para cada persona y, que probablemente exacerbe sentimientos de vulnerabilidad ante la relación de dominación proveedor de salud / paciente (el que sabe y el que no sabe) (Castro & Erviti, 2015, p. 43).

Esta situación podría afectar la intención de la adolescente ante un escenario complejo y una comunicación directiva o coercitiva por parte de los proveedores que tienen contacto con las adolescentes durante la consulta prenatal y en el momento del parto. La presencia del poder coercitivo hace que la EM no se lleve de forma adecuada debido a que viola el principio ético de la autonomía. Esta situación podría afectar la intención de la adolescente ante un escenario complejo ya que el propósito de la entrevista motivacional no es persuadir al otro para que haga algo que va en contra de sus objetivos, valores o intereses. Por el contrario, el espíritu que subyace a la entrevista motivacional fomenta el interés del cliente, no los propios, ni los institucionales (Miller & Rollnick, 2015).

Marco de referencia para la adaptación de la intervención al contexto clínico

CAMI-Spa es una intervención motivacional con bases teóricas en la atención centrada en el paciente (Rogers, 1959) y entrevista motivacional de Miller y Rollnick (2015), fue adaptada a la cultura y lenguaje de adolescentes mexicanas para incrementar el uso de anticonceptivos en Monterrey y área conurbada, durante esa adaptación se reportó que en la mayoría de los hogares no se permitió el acceso al domicilio, hubo varios distractores como: personas deambulando en el domicilio, supervisión intermitente de un adulto, televisión encendida, animales dentro de la casa y conflictos familiares (Manjarres, 2020).

A pesar de lo anterior, CAMI- Spa tuvo resultados favorables con respecto al incremento a la conducta anticonceptiva, además fue evaluado favorablemente por las participantes en cuanto a lenguaje y adecuación cultural para el uso de AC, el entorno no fue favorable. El desenlace cualitativo mostró que el 60% de las participantes preferían la entrega de la intervención en un centro de salud (Manjarres, 2020).

Cabe mencionar que la intervención CAMI ha sido exitosa en sus diversas adaptaciones a otros contextos y poblaciones (adolescentes varones) (Bell et al., 2018; Gold et al., 2016) y la adaptación cultural en adolescentes mexicanas, lo que incrementa la probabilidad de encontrar resultados similares en futuras adaptaciones (Solomon et al., 2006).

Esta nueva adaptación tomará como referencia el modelo de adaptación del comportamiento basado en evidencia de McKleroy et al., (2006), el cual refiere que la adaptación es el proceso de modificación de características claves de una intervención, actividades recomendadas y métodos de entrega, sin competir o contradecir los elementos centrales y consta de cinco pasos:

1) Evaluar a la población objetivo y la capacidad organizacional de la institución, posterior a este proceso se decide considerar nuevos elementos o implementar la intervención sin modificaciones; 2) En este paso se realiza una descripción de la

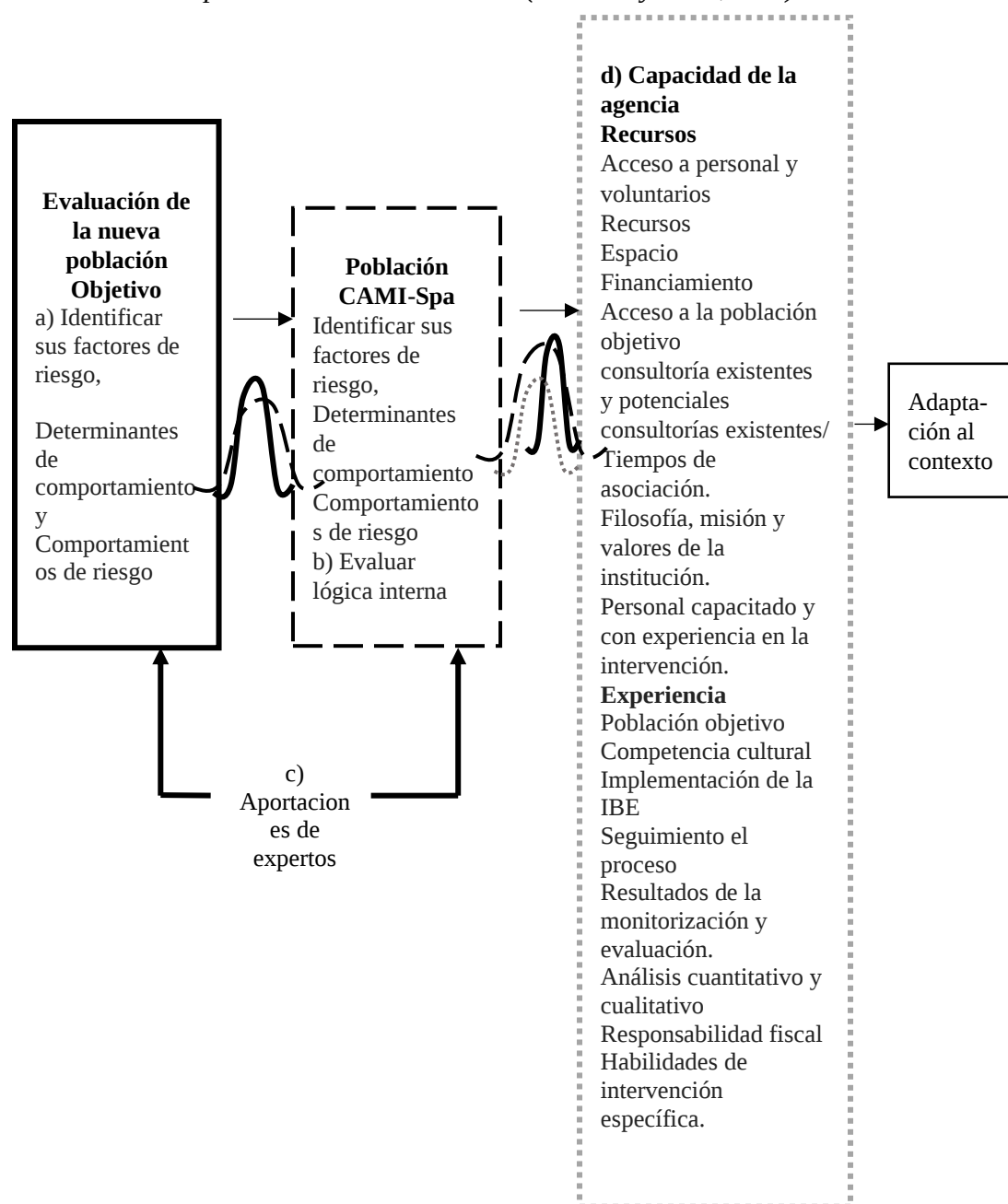
intervención; sus elementos centrales; factores de riesgo, determinantes del comportamiento y comportamientos de riesgo abordados en las actividades. También se determina que cambios son necesarios en función de la etapa previa, para lo cual es necesario contar con la opinión de expertos en el tema rediseñar el modelo lógico sí es necesario; 3) Preparar y adaptar los materiales de la intervención con el objetivo de aumentar la capacidad de la agencia y desarrollar asociaciones de colaboración cuando sea necesario, así como reclutar personal, asignar, coordinar roles y fortalecer alianzas de colaboración; 4) Realizar una prueba piloto de la intervención adaptada; 5) Implementar la intervención adaptada con una revisión menor según sea necesario (Figura 7).

En la implementación de intervenciones la teoría representa un papel relevante para proporcionar una ruta o camino entre constructos, definiciones, proposiciones así como sus relaciones, para comprender el fenómeno de interés y predicción de resultados (Gitlin & Czaja, 2016, p. 70). Por lo general, existen múltiples determinantes de salud que influyen en el comportamiento y es posible que una intervención deba basarse en más de una teoría, en el caso de los problemas psicosociales y de salud complejos en los que ninguna acción por sí sola puede tener un efecto positivo. Un enfoque multicomponente de una o más teorías puede ser más efectivo, es decir un marco teórico puede complementar a otro y juntos explicar los diferentes conductos por los cuales la intervención tiene su impacto.

Para reforzar la comunicación en un contexto clínico se consideró la comunicación m-Health como un componente que podría potencializar el CAMI-Spa hacia el uso de anticonceptivos en el periodo posparto inmediato. El concepto m-Health se refiere al uso de tecnologías móviles inalámbricas para promover los servicios de salud, pero no siempre implica el uso de un teléfono inteligente (Singhal & Cowie, 2020), se encuentra incluida entre la gran variedad de e-Health.

Figura 7

Secuencia de adaptación al contexto clínico (McKleroy et al.,2006).



Comunicación m-Health

Las e-Health son un campo emergente en la intersección de la informática médica, la salud pública y las empresas, que se refiere a los servicios de salud y la información proporcionada o mejorada a través de internet y tecnologías relacionadas. En un sentido más amplio, el término caracteriza no solo un desarrollo técnico, sino también un estado de ánimo, una forma de pensar, una actitud y un compromiso para el pensamiento global en red, para mejorar la atención de la salud a nivel local, regional y mundial mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación (Eysenbach, 2001).

Las intervenciones de comportamiento e-Health deben considerar en su diseño las teorías conductuales, así como técnicas de cambio de conducta, de esta forma adquieren potencial para mejorar la salud de la población, al igual que las intervenciones en salud, requieren de un mapeo como un enfoque de planificación teórico. Las aplicaciones móviles: mensajes de texto, dispositivos portátiles, sensores, sitios web interactivos y las redes sociales pueden mejorar la salud al respaldar los comportamientos relacionados con la prevención (Walsh & Morrissey, 2018).

La ventaja de utilizar la tecnología como persuasor sin caer en la coerción radica en que los persuasores informáticos podrían ser mejores que los humanos (Kelders & Howard, 2018). El uso de las tecnologías informáticas ha sido ampliamente utilizado para la prevención de las enfermedades mentales, por lo que tienen gran potencial en la salud pública. Sin embargo se deben identificar formas exitosas de implementación en combinación con la práctica, incluidas las formas de aumentar la adherencia y reducir los costos (Schueller, 2018), como es el caso de esta adaptación.

Para lo anterior, se debe tomar en consideración el antecedente de las intervenciones de apoyo, por ejemplo: el Modelo de la Universidad Macquarie (MUM), el cual utiliza mensajes y llamadas telefónicas con el objetivo de integrar habilidades en la vida diaria y del Centro de Tecnologías de Intervención Conductual de la Universidad

del Northwestern quienes desarrollaron el Modelo de Eficacia de Apoyo, el cual se brinda según sea necesario en respuesta a los puntos de falla que surgen de la usabilidad de la tecnología, compromiso y conocimiento (Schueller, 2018).

No obstante, la construcción central con respecto al desarrollo de las e-Health es holista, esto es, que los constructos como tecnología, persona y contexto están interrelacionados y al mismo tiempo son interdependientes, todos son parte de un todo. La hoja de ruta para el desarrollo de e-Health (CeHRes) combina estos enfoques proporcionando un marco para desarrollar las e-Health que se ajusta a la perspectiva humana y contextual, su base teórica abarca: las actividades, modelos, marcos y métodos existentes basados en la evidencia derivados del diseño persuasivo, el desarrollo participativo, el diseño centrado en el ser humano y el modelado empresarial, esto se traduce en cinco fases y ciclos de conexión (Germet-Pijnen, 2018) (Tabla 1).

Tabla 1

Fases del desarrollo de intervenciones e-Health (Germet-Pijnen, 2018)

1. Investigación contextual	2. Especificación de valores	3. Diseño	4.Operacionalización	5.Evaluación
Identificar a las partes interesadas. Revisión de la literatura. Recomendaciones de expertos. Entrevistas Grupo focal	Los puntos que se identificaron en la etapa previa. Se deben identificarse los valores de todas las partes interesadas claves involucradas. Crear un mapa de valores. Crear un Modelo de negocio para tecnologías de e-Health. Los valores deben traducirse en requisitos tecnológicos específico.	Desarrollar Prototipos de tecnología tanto de baja fidelidad como de alta fidelidad. Realizar pruebas de usabilidad de los prototipos. Agregar elementos persuasivos	Crear un plan seguro. Determinación de actividades concretas para emplear la tecnología	Sumativa: Determinación del impacto de la tecnología. Formativa: Documentación detallada de todas las fases del proyecto

En alineación al marco teórico del modelo para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal, se encuentra el soporte teórico de la intervención CAMI- Spa, el cual incluye el enfoque centrado en la persona y la entrevista motivacional descritos en el trabajo de Manjarres (2020).

El CAMI-Spa tuvo como objetivo incrementar la conducta anticonceptiva de las adolescentes en un contexto comunitario, al adaptarse al contexto clínico se denominó CAMI-Spa-Clínico, el cual pretendió motivar el uso de anticonceptivos en adolescentes en la etapa perinatal, movilizándolas desde la precontemplación hasta la acción respetando los elementos lógicos de la intervención original y agregando la comunicación anticonceptiva perinatal tal como se muestra en la Figura 8.

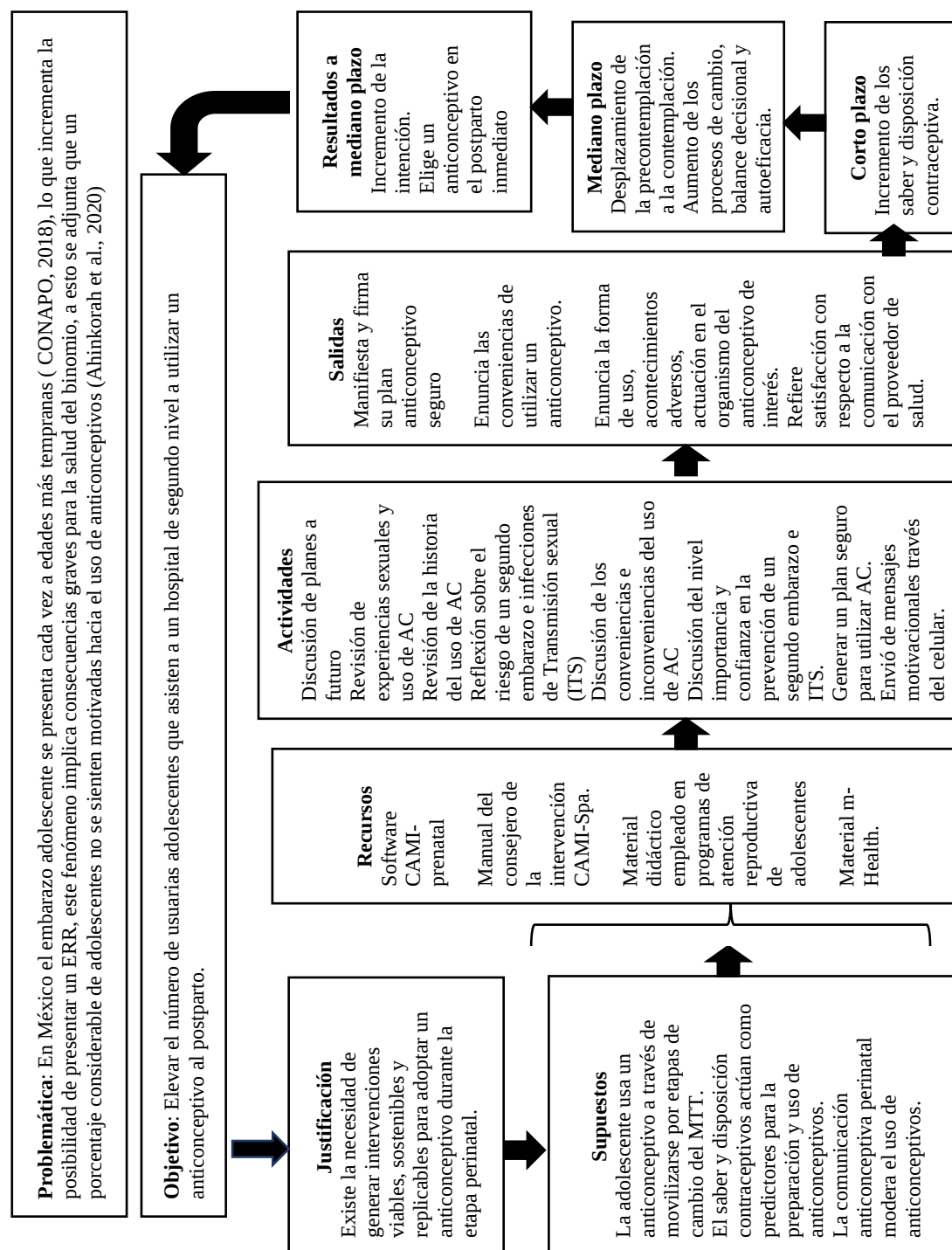
Maslowsky et al. (2020) determinaron los factores de riesgo para un ERR en Brasil (casos $n=425$ y controles $n=850$), mostrando que el estrato socioeconómico bajo tuvo 1.86 veces más probabilidad de embarazo en comparación con los controles (IC 95% [1.05, 3.29]) y Béria et al. (2020) demostró que el EA se asoció con el fracaso escolar ($OR=5.18$, IC 95% [3.27, 8.19]).

Sámano et al. (2019) concluyeron que los factores de riesgo para no usar un AC fueron el abandono escolar ($OR=2.82$; IC 95% [1.79 - 4.44]), el rezago educativo ($OR=2.15$, IC 95% [1.44, 3.22]) y nivel educativo bajo ($OR=1.58$; IC 95% [1.03, 2.41]). Al realizar un seguimiento a los cuatro meses postparto mostraron que las adolescentes que tenían un nivel educativo más alto presentaron más probabilidad de usar un anticonceptivo en comparación con las adolescentes que tenían un bajo nivel de escolaridad (77% vs 65%, $p = 0.058$).

En síntesis, los estudios previos refieren que las adolescentes que tuvieron un bajo nivel socioeconómico y educativo, residentes de zonas urbanas tuvieron menos probabilidad de usar anticonceptivos.

Figura 8

Modelo lógico de la intervención CAMI-Spa-Clínico



Comunicación anticonceptiva perinatal.

Carvajal et al. (2017) en un estudio cualitativo reportaron que las adolescentes latinas expresaron de manera abrumadora la importancia de una buena comunicación y relaciones de confianza con los proveedores de salud con el objetivo de favorecer las relaciones colaborativas y la toma de decisión anticonceptiva. En estudio posterior, Carvajal et al. (2021), reportaron que las mujeres jóvenes manifestaron que la comunicación con el proveedor de planificación familiar es importante para que ellas adopten un anticonceptivo ($p=.042$).

Wuni et al. (2018), analizaron experiencias reproductivas y anticonceptivas con las intenciones anticonceptivas futuras en 590 mujeres de 13 años a 40 años encontrando que el factor significativo asociado al uso de anticonceptivos en las mujeres que discutieron la planificación familiar en la atención prenatal ($RR=1.28$; IC 95%, [1.07, 1.53]). Sobre los factores deseo de espaciar a los hijos ($RR =1.35$; IC 95% [1.17,1.55]) y uso previo de anticonceptivo ($RR =1.15$, IC 95%, [1.05,1.27]) se asociaron positivamente con la intención para usar un anticonceptivo.

Hanna et al. (1993) a través de un ECA determinaron la diferencia en la adherencia de anticonceptivos orales entre las adolescentes de 16 a 18 años que acudían a clínicas de planificación familiar en donde al GC ($n=25$) se le comunicó información sobre anticonceptivos orales mediante el uso de material escrito y videos en la visita inicial de la clínica y en el GI ($n=26$) la comunicación se basó en elementos de transacción enfermera-cliente de King (1981): acción, reacción, perturbación o problema identificado, fijación de objetivos mutuos, exploración de medios para lograr la meta y acuerdo sobre los medios para lograr la meta. La enfermera facilitó la interacción mediante el uso de tarjetas, cada una con una declaración de percepción de anticonceptivos orales, con una duración de 10 a 15 min. Ambos grupos fueron medidos

al finalizar la intervención y a los tres meses de seguimiento reportaron que los beneficios anticonceptivos de responsabilidad y los interpersonales no tuvieron un efecto significativo ($F=.01$, $p=0.94$) y ($F=.00$, $p=.99$) respectivamente. Las barreras anticonceptivas tuvieron el mismo resultado ($F=.05$, $p=.83$). Con respecto a la adherencia anticonceptiva total entre las adolescentes del GI se obtuvo un efecto positivo y significativo ($F=4.15$, $p=.049$).

En síntesis, los estudios sobre comunicación entre el proveedor y adolescentes muestran que existe una asociación significativa con el uso de anticonceptivos y un efecto positivo hacia la adherencia anticonceptiva en entornos clínicos.

Disposición contraceptiva perinatal

Las creencias sobre el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes antes y después del embarazo son variadas y contradictorias entre sí, Borovac-Pinheiro et al. (2016) reportaron que una de las principales razones para abandonar un anticonceptivo fue el informe de efectos secundarios (41%), Bucknall y Bick (2019) informan que las adolescentes tienen temor a que los anticonceptivo reversible de larga duración (LARC) pudieran incrustarse en el cuerpo y causar otros efectos secundarios.

Correia et al. (2015) reportaron que el embarazo constituye un factor de cambio en la elección de anticonceptivos, que las adolescentes en periodo postparto prefieren el uso de LARC (78.4% vs 40.5%, $OR=5.95$ IC 95% [2.91, 12.18], $p<.001$), especialmente implantes (70.8% vs 38.7%, $OR=4.37$, IC 95% [2.22, 8.59] $p<.001$), en comparación con los hormonales orales (17.9% vs 57.5%, $OR=0.11$, IC 95% [.054, .258], $p<.001$).

En contraste, Chacko et al. (2016) refirieron que las adolescentes en período postparto también han expresado que prefieren usar anticonceptivos hormonales de acción corta a media: píldora anticonceptiva, parche, anillo vaginal, acetato de

medroxiprogesterona inyectable en lugar de los LARC, ($p<.05$) ya que consideran que los LARC no son eficaces para prevenir el embarazo ($p<.001$).

La evidencia muestra que la predisposición a los anticonceptivos es variada esto en función del temor a los efectos secundarios y creencias sobre la efectividad de estos, por lo que en la etapa prenatal la actitud se relaciona positivamente hacia el uso de LARC, mientras que en el post parto la elección de las adolescentes se dirige a anticonceptivos de corta duración.

Saber contraceptivo perinatal

El desconocimiento sobre el uso correcto de anticonceptivos es uno de los múltiples factores que pueden contribuir al embarazo precoz. Sychareun (2018) en su estudio cualitativo refiere que los adolescentes mostraron cierto conocimiento principalmente de las pastillas hormonales y preservativos, no así del resto de anticonceptivos. Así mismo, Campero (2013) refirió que el (65.4%) de las mujeres entre 15 y 49 años no respondieron correctamente que hacer en caso de olvidar una pastilla hormonal o pastilla de emergencia y Mathewos et al. (2018) mencionó que tampoco saben la hora exacta en que deben tomar la anticoncepción de emergencia ($OR=3.1$, $IC\ 95\% [1.1, 8.8]$).

En contraste, las adolescentes que poseen mayores conocimientos acerca de la salud reproductiva tienen más probabilidad de utilizar un anticonceptivo (Machira & Palamuleni, 2017) así también, la carencia de conocimientos sobre el embarazo y complicaciones del mismo se asoció con el no uso de un anticonceptivo ($X^2=77.3$, $p<.01$).

En este sentido, Ahinkora et al. (2019) reportaron en un estudio de casos (adolescentes embarazadas) y controles (adolescentes no embarazadas), ($n=200$ en cada grupo) que el acceso a la información en diversas formas se asoció con el estado de no

embarazo en adolescentes de 15 a 19 años: discutir temas relacionados con la prevención del embarazo con los padres ($X^2=55.2, p<0.01$), en la escuela ($X^2=18, p<.001$) y recibir información por parte de los trabajadores de la salud ($X^2 = 19.32, p<.001$). El análisis multivariado reveló que los controles tenían más probabilidad de tener acceso a la información sobre prevención de embarazo por parte de los trabajadores de la salud $OR=0.57$, IC 95% [0.33, 0.96], $p=.036$ y en las escuelas $OR=0.48$, IC 95% [0.28 - 0.81], $p<.01$.

Pivatti et al. (2019) realizaron un ECA donde evaluaron dos intervenciones educativas para incrementar conocimientos sobre preservativos y anticonceptivos hormonales orales en adolescentes. Las intervenciones fueron: metodología de la problematización y pedagogía de la transmisión, los primeros tuvieron dos encuentros donde se promovió la reflexión sobre actitudes y prácticas relacionadas con la sexualidad, discusión sobre métodos anticonceptivos con énfasis en la píldora y condón, así como la prevención de infecciones de transmisión sexual. En la tercera reunión se les entregó tarjetas simbolizadas por círculo rojo, triángulo verde, y estrella azul. Siguió la dinámica de caminar alrededor del salón de clases al compás de una canción y al detenerse la canción, se acercaron a un compañero para copiar todos los símbolos de su tarjeta, la tarjeta verde representó una persona con virus de inmunodeficiencia humana; la roja personas que usaron condón; azul personas que no usaron condón. Al final se discutieron los sentimientos desencadenados por la actividad.

El segundo grupo asistió a una conferencia sobre anticonceptivos impartido por adolescentes capacitados por un experto previamente, en las siguientes dos reuniones recibieron una carpeta sobre la píldora anticonceptiva, luego otra sobre el condón masculino. Ambos grupos incrementaron el nivel de conocimientos a un mes después de la intervención ($p<.0001$) y a los tres meses solo el grupo que utilizó la metodología de

problematización mantuvo esta diferencia ($p=.0052$). Con respecto a la actitud, el grupo pedagogía de la transmisión mostró diferencia al mes y tres meses de la intervención ($p<.0001$). Sin embargo, no hubo diferencia significativa entre los grupos.

En síntesis, la evidencia consultada muestra que las adolescentes carecen de conocimientos sobre sexualidad y sobre el uso correcto de anticonceptivos, y que este conocimiento se asocia significativamente a la prevención de embarazo, además que éstos incrementan posterior a una intervención.

Precontemplación anticonceptiva perinatal, contemplación anticonceptiva perinatal y preparación hacia el uso de anticonceptivo perinatal

Estas tres variables están íntimamente ligadas, pues abordan la intención que tiene la persona para realizar un cambio en la conducta no saludable (Prochaska & Prochaska, 2019), por tanto, al incrementar la intención la adolescente se mueve desde la precontemplación anticonceptivo perinatal al uso de anticonceptivo perinatal.

Eliason et al. (2013) Realizaron un estudio correlacional en 1914 mujeres jóvenes y adolescentes que asistían a la consulta prenatal en un hospital de gobierno para explorar conocimientos sobre AC, la experiencia pasada con el uso, aceptabilidad de AC en el posparto por parte de las parejas masculinas y las relaciones cercanas que influyeron en la intención de las mujeres para adoptar un AC en el posparto.

El 70% de las mujeres expresaron intención de adoptar un AC en el posparto, las mujeres que habían usado los inyectables en el pasado tenían más probabilidades de usar el mismo anticonceptivo ($OR=2.07$, IC 95% [1.50, 2.87]), situación contraria a la píldora ($OR=1.19$, IC 95% [.81, 1.75]) y dispositivo intrauterino (DIU) ($OR=.39$, IC 95% [.16, .96]). Con respecto al conocimiento en el uso de implantes y de la lactancia materna exclusiva como forma de anticoncepción se asociaron a la intención de adoptar un AC ($OR=1.64$, IC 95% [.11, 2.41] y ($OR=1.56$, IC 95% [1.12, 2.18])

respectivamente. La mayoría de las mujeres 76.2% que percibían que su pareja acepta un AC en el posparto tenían más probabilidad de usar un AC ($OR=3.21$, IC 95% [1.94, 5.48]), en cuanto a otras relaciones como la madre, suegros y líder religioso no tuvieron una asociación significativa.

Borges et al. (2018) midieron la concordancia entre la intención del uso de anticonceptivos en la etapa prenatal y a los seis meses posparto en 264 mujeres entre 15 a 44 años, reportando que a los seis meses un bajo porcentaje (28%) usaba el anticonceptivo que pensaba usar cuando estaban embarazadas, quienes lograron esta concordancia tenían mayor proporción de embarazo planificado ($p=.041$). Las mujeres que no planificaron su embarazo tenían menos probabilidad de usar el anticonceptivo pensado durante el embarazo ($OR=.36$, IC 95% [.14, .97], $p=.044$). Cabe mencionar que la mayor demanda insatisfecha fue el DIU y la esterilización.

Gaje et al. (2021), estudiaron a 2418 madres primerizas de 15 a 24 años que tenían seis meses de embarazo de su primer hijo, utilizando como referente el Modelo de Conducta Integrado de Ajzen y Fishbein. Para correlacionar las normas percibidas (normas cautelares, expectativas normativas y normativas descriptivas), agencia personal (autoeficacia y control conductual percibido) con la intención de usar un AC a las seis semanas postparto (intención de discutir en el próximo mes con el esposo sobre el uso de AC, con un trabajador de la salud, obtener un AC, comprar un AC, usar un AC y usar un AC incluso si se está amamantando).

El resultado fue que las normas cautelares, descriptivas, expectativas normativas, control conductual percibido y la autoeficacia se asociaron significativamente con todas las dimensiones de intención ($p<.001$). En el análisis multivariado resultó que las pacientes que referían un CCP bajo o alto tenían intenciones significativamente más altas ($F(3,23)=8.90$; $p<.001$) de acuerdo con la prueba de Wald. Los resultados

también mostraron que cuanto mayor era la autoeficacia mayor era el índice de intenciones de usar anticonceptivos ($\beta=0.207$, IC 95% [.184, .23]).

En síntesis, el uso de anticonceptivos inyectables previo, conocimientos sobre implante, así como la aceptación de la pareja se asocian positivamente con el uso de AC en el postparto. Por otra parte, las adolescentes que planifican su embarazo, que perciben un control conductual y autoeficacia elevada tienen mayores intenciones de usar un AC en el postparto.

Procesos de cambio anticonceptivo perinatal

Parrish et al. (2016) examinaron los procesos de cambio conductuales y experienciales, que describen los mecanismos a través de los cuales se produce el comportamiento individual en mujeres con riesgo de embarazo por consumo de alcohol. Estas mujeres ($n= 830$), recibieron la intervención educativa basado en el MTT de un proveedor de planificación familiar y apoyo de costos para LARC y el GC solo recibió información. Para este estudio se planteó la hipótesis que la intervención afectaría los procesos de cambio conductuales y experienciales tanto de alcohol como de la anticoncepción en este orden, para reducir el consumo, aumentar la anticoncepción efectiva y el cambio de las dos conductas para reducir el embarazo adolescente.

El modelo de anticoncepción efectivo tuvo dos vías: 1) grupo tratamiento, procesos experimentales de control de natalidad a los tres meses, procesos conductuales de control de la natalidad a los nueve meses, anticoncepción ineficaz y 2) grupo de tratamiento > anticoncepción. Los autores reportaron que todos los índices de los modelos indicaron un buen ajuste ($X^2=12.94$, $p=.38$; $RMSEA=.00$; $TLI=1.0$). El modelo de anticoncepción se asoció positivamente con los procesos experienciales en el punto de tiempo de tres meses y con los procesos de comportamiento a los nueve meses.

Dempsey et al. (2011) en 1245 mujeres menores de 25 años en etapa de preparación que compartían patrones de equilibrio decisional y autoeficacia las clasificaron en tres grupos: 1) pros y confianza altos/ contras bajos, 2) altos pro y confianza/altos contras, 3) bajos pros y confianza. Posterior a recibir instrucciones estandarizadas para tomar píldoras más un paquete de hormonales orales a su inscripción, posterior el médico indicaba la marca y el suministro adicional de pastillas, para lo cual se dio un seguimiento de tres y seis meses para evaluar la continuidad de la píldora. Las mujeres del segundo grupo tenían casi un 50% de probabilidades de informar que continuaron con la píldora a los seis meses que las del grupo tres ($OR=1.48$, IC 95% [1.08, 2.04], $p<.05$).

En relación con las puntuaciones en los procesos de cambio se observó que variaron de 10.4 para alivio dramático a 13.4 para autoliberación, tomando en cuenta que la puntuación de proceso de cambio es de 3 a 15, los discontinuadores obtuvieron un puntaje más elevado que los continuadores en los procesos de cambio, excepto en la reevaluación ambiental. El análisis multivariado de la varianza demostró que el uso del proceso difería significativamente entre los conglomerados ($F(22, 301)=8.72$), $p<.001$, $\eta^2=.06$). El análisis de seguimiento de la varianza reveló diferencias significativas entre los conglomerados en cada proceso de cambio ($\eta^2=.03-.07$, $p<.001$).

En cuanto al ajuste de la frecuencia, los participantes se involucraron en los procesos de cambio a medida de que adoptaron el uso de la píldora, lo que contribuyó a la explicación del modelo final ($X^2=46.18$, $p<.001$), cuatro procesos de cambio (Alivio dramático, control de estímulos, contracondicionamiento y reevaluación ambiental) fueron significativos en el modelo ajustado, las probabilidades de continuar con el uso de la píldora a los seis meses disminuyeron en un 2% por cada unidad de aumento en la

puntuación de alivio dramático ($OR=.98, p<.05$). Con respecto al control de estímulos ($OR=.98, p<.05$) aumentaron en un 3% por cada unidad de aumento en la reevaluación ambiental ($OR=1.03, p<0.01$) y en un 2% para cada unidad de contracondicionamiento ($OR=1.02, p<.05$).

La evidencia muestra que posterior a una intervención educativa para incrementar la anticoncepción primero se activan los procesos de cambio experienciales y posterior los conductuales y en adolescentes en etapa de preparación con pros, confianza y contra altos tienen mayor probabilidad de realizar un cambio conductual dirigido a la anticoncepción en donde se involucra de forma significativa procesos de cambio experienciales y conductuales de forma positiva (reevaluación ambiental y contracondicionamiento) y negativa (alivio dramático y control de estímulos).

Balance decisional anticonceptivo perinatal

Prat et al. (2012) estudiaron 619 universitarios para examinar la relación entre el equilibrio decisional y las etapas de cambio para el uso constante del condón con la pareja afectiva heterosexual actual, demostrando que los pro superaron a los contras en la etapa de contemplación y preparación en las mujeres, en tanto que para los hombres esto ocurrió en la etapa de acción y mantenimiento ($p<.001$), mientras que las personas en etapas de acción y mantenimiento tenían puntuaciones más elevadas en el test de balance decisional que en la precontemplación ($p<.001$) y que las mujeres percibieron más pros del uso de preservativos que los hombres ($p<.001$).

Así mismo, los autores encontraron diferencias significativas entre el balance decisional y etapas de cambio ($F(2, 53) = 18.10, p<.001; \eta^2 = .064$), con respecto a la diferencia entre las etapas de cambio y los contras ($F(2.54) = 3.92, p < .05; \eta^2 = 0.014$). Las pruebas de Scheffé de seguimiento indicaron que los contras fueron significativamente menores entre los participantes en la etapa de acción y

mantenimiento ($M=48.79$), en comparación con los de la etapa precontemplación ($M=51.38$, $p<.05$).

Lauby et al. (1998) entre otros propósitos de su estudio evaluaron las relaciones de la autoeficacia y equilibrio decisional, etapas de cambio con el uso de condón en 4036 mujeres con riesgo de contraer virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El análisis indicó que las puntuaciones de autoeficacia aumentaron significativamente con la etapa de cambio ($p<.05$) en todos los casos. A través de la prueba Scheffe, indicaron que la autoeficacia para el control de la natalidad era significativamente menor para las mujeres en etapas de precontemplación y contemplación. A través del análisis multivariado de varianza las medidas de equilibrio decisional mostraron diferencias significativas por etapa de cambio para control de la natalidad, uso del condón con la pareja principal y con otras parejas ($p<.001$).

Tung et al. (2009), exploraron los comportamientos sexuales, los pros y contras del uso de condones en 279 estudiantes universitarios y resolvieron a través de ANOVA unidireccional y pruebas Tukey que las etapas de cambio eran significativamente diferente entre las puntuaciones medias de dos ítems de beneficios percibidos: El uso de preservativos lo hacía sentirse más responsables ($M=3.28$, $DE=1.6$ vs $M=4.24$, $DE=1.0$); $F(3,12)=3.06$, $p=.031$) y la sensación de que protegían a sus parejas tanto como a sí mismos ($M=3.43$, $DE=1.6$ vs $M=4.65$, $DE=.5$, $F(3,12)=3.14$, $p=.028$), los participantes en etapas de acción y mantenimiento mostraron una puntuación más alta para los beneficios percibidos que los ubicados en etapa de precontemplación.

Otro hallazgo fue que los participantes en precontemplación ($M=2.76$, $DE=1.5$) y contemplación ($M=2.73$, $DE=1.4$) reportaron una puntuación significativamente mayor para las barreras percibidas al uso de preservativos que aquellos en acción/mantenimiento ($M=1.59$, $DE=1.1$) basado en la creencia de que el uso del condón

haría enojar a su pareja, ($F(3,12) = 4.12, p = .008$). Los participantes en la acción/mantenimiento ($M = 3.88, DE = 1.3$) reportaron una puntuación significativamente mayor para las barreras percibidas al uso del preservativo que aquellos en la precontemplación ($M = 2.83, DE = 1.5$) al creer que el uso de un preservativo depende de la cooperación de la pareja, ($F(3,12) = 2.74, p = .046$).

Los resultados muestran que el análisis del balance decisional para el uso del anticonceptivo se relaciona significativamente con las etapas de cambio y autoeficacia, esta relación es con respecto a la percepción de mayores pros en las etapas de acción y mantenimiento, mientras que la percepción de barreras se asocia significativamente con las etapas de precontemplación y contemplación.

Autoeficacia anticonceptiva perinatal

Santos et al. (2018) realizó un estudio descriptivo correlacional para estudiar los predictores del uso de anticonceptivos $n = 1946$ estudiantes, donde encontró que la autoeficacia para el uso del condón se asoció a opciones anticonceptivas más seguras ($p < .001$).

Flores et al. (2017) evaluaron la correlación de la autoeficacia y el uso de métodos de planificación familiar en población heterosexual mexicana y reportaron que existe una correlación significativa entre la variable de interés y el uso de anticonceptivos ($r = .158, p = .045$).

Villalobos et al. (2017) al describir el comportamiento sexual de adolescentes mexicanos, identificaron que la falta de autoeficacia y negociación se asoció con el no uso anticonceptivos de entre las mujeres de esta población $OR = 3.1, IC\ 95\% [1.1, 8.2]$.

En síntesis, una elevada autoeficacia se relaciona positivamente con el uso anticonceptivos, mientras que puntuaciones bajas se asocian con el no uso del mismo en poblaciones jóvenes.

Uso de anticonceptivo perinatal

Sackeim et al. (2019) determinaron el efecto de la elección de un contraceptivo en el ERR y revelaron que las mujeres que presentaron un ERR tuvieron menos probabilidad de usar un anticonceptivo LARC $OR=.45$, IC 95% [.24, .85], $p=.014$ en el periodo posparto.

Guzzo et al. (2018) analizaron la relación entre uso de AC al post parto, y el tipo de intención de un nuevo embarazo (clasificado en: a tiempo, demasiado tarde, un poco inoportuno, seriamente inoportuno y no deseado). El resultado fue que las adolescentes con embarazos a tiempo o demasiado tardío tienen mayor probabilidad para elegir un método altamente efectivo ($RR=1.9$, $p<.001$) y las adolescentes que tienen embarazos gravemente inoportunos o no deseados tienen una probabilidad similar ($RR=1.7$, $p<.01$).

Singh et al. (2021) Realizaron un análisis de 13,233 adolescentes casadas en la India para evaluar la prevalencia de anticonceptivos modernos y su asociación con determinantes sociodemográficos. Los resultados fueron que las adolescentes que usaron más métodos anticonceptivos modernos fueron aquellas con 10 años de educación ($OR=1.55$, IC 95% [1.02, 2.19], $p<.05$).

Las clasificadas en el quintil más rico ($OR=.82$, IC 95% [1.21, 2.73], $p<.05$), con al menos un hijo $OR=2.72$, IC 95% [2.22, 3.33], $p<.05$, las que tuvieron contacto con un trabajador de la salud y discutieron sobre AC ($OR=3.0$, IC 95% [2.1, 4.2], $p<.05$). Dentro de los datos descriptivos los autores comentan que, aunque hubo un incremento de uso de AC modernos 10% vs 5% de los métodos tradicionales, casi una cuarta parte de las adolescentes tenía una necesidad insatisfecha.

La evidencia muestra que las adolescentes que planean sus embarazos tienen mayor probabilidad de usar un AC en comparación con los no planeados, la adopción de LARC aumenta la probabilidad de prevenir un ERR, las características demográficas

que se asocian al uso de métodos modernos son adolescentes con ingresos económicos y educativos elevados, así como las que discuten el uso de AC con un trabajador de la salud.

Stevens et al. (2017) estudiaron a adolescentes, entre la semana 28 de gestación y novena posterior al parto ($n=598$), les brindaron durante 18 meses la intervención de nombre opciones de adolescentes para prevenir el embarazo (TOPP) por sus siglas en inglés, que incluyó: 1) asesoría telefónica basadas en EM y visitas en el hogar por enfermeras capacitadas; 2) acceso a una clínica anticonceptiva de tiempo parcial; 3) asistencia de transporte y 4) asistencia de trabajadores sociales: La dosis consistió en EM individual principalmente por teléfono, en ocasiones en persona, una vez al mes. A los seis meses post intervención el uso de LARC fue más común en el grupo TOPP ($M=35.9$ vs $M=21.9$, $DM=14$, IC 95% [5.3, 22.8]; $p=.002$).

A los 18 meses el informe de ERR fueron ($M= 20.5$ vs $M=38.6$, $DM=-18.1$, IC 95% [-26.6, -9.5], $p< .001$), sobre los nacimientos repetidos fueron menores en el grupo intervención respecto al grupo control ($DM -10.3$, IC 95% [-18.0, 2.6], $p=.009$) por tanto, el grupo TOPP demostró mayor eficacia en la reducción del ERR en comparación del GC.

Black et al. (2006) implementaron una intervención de tutoría en el hogar basado en la teoría cognitiva social y centrado en las habilidades de negociación interpersonal, el desarrollo personal de la adolescente y la crianza de sus hijos, el programa fue impartido por madres universitarias, solteras y de raza negra quienes servían como mentoras “hermanas mayores”, asistían a los domicilios en interacción cara a cara, cada dos semanas hasta el primer cumpleaños del bebé, para un máximo de 19 visitas, ($n=149$, 70 al GI y 79 grupo GC). Los resultados mostraron que las madres del GC tenían 2.5 veces más probabilidad de haber dado a luz a un segundo hijo (24% vs 11%

$OR=2.45$ IC 95% [1.003, 6.03], $p<.05$). La probabilidad de no tener un segundo hijo aumentó con el umbral de adherencia ($OR=3.6$, IC 95% [3.1, 7.2]) a las cuatro visitas y ($OR=4.3$, IC 95% [3.0, 8.3]) a la sexta visita. Las adolescentes que tuvieron un segundo hijo tuvieron mayor probabilidad de tener prácticas sexuales de riesgo, ($OR=2.6$, IC 95% [1.0, 6.8], $p<.05$).

Cox et al. (2019) emplearon una intervención para fortalecer las habilidades para la vida de la madre adolescente en cinco módulos interactivos, utilizando conferencias informativas, discusión, reflexión, planificación de carrera, abuso de sustancias, violencia interpersonal y comunitaria impartida por una enfermera y un trabajador social durante los primeros 15 meses de vida del bebé.

Los primeros 10 adolescentes recibieron la intervención en grupo de dos a cuatro participantes en 12 sesiones, posterior se modificó a cinco sesiones individuales cara a cara, entregadas semanalmente $n=140$ mujeres, 78 en el GI y 68 GC, las variables de interés se midieron a los 12, 24 y 36 meses. A los 12 meses las participantes que utilizaron un LARC en el GI fueron (61.1% vs 43.5% del GC, $p=.059$), a los 24 y 36 meses no hubo diferencias en cuanto al uso de anticonceptivos. Con respecto al ERR reportaron que 29.1% del GC presentaron un embarazo vs 12.9% del GI, ($OR=.25$, IC 95% [.07, .92], $p=.037$), a los 24 meses ($OR=.24$, IC 95% [.07, .86], $p=.029$), y a los 36 meses ($OR=.20$, IC 95% [.06, .75], $p=.17$).

Las intervenciones para fortalecer el uso de AC en periodo posparto se han desarrollado en países de ingresos altos, en contexto comunitario, con visitas domiciliarias entre 12 y 18 meses, los componentes empleados abarcan la salud materna e infantil. Entre los resultados encontrados destaca el uso de anticonceptivos de larga duración. Un estudio con seguimiento a los 12 meses mostró que la probabilidad de éxito de la intervención incrementa con el umbral de adherencia. En contraste, otros autores que realizaron seguimiento de 36 meses y comentaron que a partir del mes 24 no

se observaron diferencias significativas en cuanto al uso de anticonceptivos, pero sí al número de ERR.

Intervenciones orientadas al uso de anticonceptivos basadas en el MTT

Robling et al. (2016) realizaron su estudio, con adolescentes en entorno comunitario $n=1645$, fueron reclutadas a las 25 semanas de gestación, la intervención se nombró Family Nurse Partnership (FNP) la cual consistió en 64 visitas domiciliarias estructuradas de 60 minutos cara a cara.

El contenido de la intervención radicó en temas del uso de tabaco, embarazo subsecuente, lesiones infantiles, accidentes que requirieron admisión a urgencias o a un hospital, no especifica el intervalo de entrega. En sus resultados muestran que la proporción de un segundo embarazo dentro de los 24 meses posteriores al nacimiento de su hijo no difirió entre los grupos FNP 66% y atención habitual (66%) con un ($OR=1.01$; IC 95% [.77, 1.33]).

Lee y Yen (2007) evaluaron el efecto de un programa interactivo de educación sobre salud sexual posparto (IPSHEP) basado en la MTT, con un GI ($n=68$) y un GC ($n=65$) al primero le brindaron la intervención IPSHEP que consistió en una charla de 15 minutos de planificación familiar posparto, abarcando tres aspectos: anticoncepción; fisiología sexual postparto, psicología y un manual interactivo “Happy Mother’s Sex” para que las adolescentes lo estudiaran en casa. El manual contenía dos componentes; anticoncepción y ajuste sexual postparto el cual se entregó posterior al parto, dando oportunidad a que las participantes cuestionaran sobre el contenido en donde los instructores enfatizaban los elementos que ellas necesitaban fortalecer a través del autoestudio. Cabe destacar que la intervención de enseñanza del GI se adaptó de acuerdo con la etapa de cambio identificada en las pacientes. Al segundo se le administró enseñanza rutinaria después del parto. La post evaluación se realizó a los tres días y ocho semanas, para conocimiento de la salud sexual posparto, el efecto fue

($F(1,44) = 120.85, p < .01$ y GC $F(1,44) = 66.58, p < .001$). Con respecto a la actitud al tercer día ($F(1,43) = 5.96, p < .05$) y a la octava semana ($F(1,43) = 4.67, p < .05$) y la autoeficacia sexual fue más elevada para el GI, ($t = 2.135, p < .05$).

No obstante, la autoeficacia anticonceptiva del GI no tuvo diferencia significativa con el GC, ($t = 1.546, p > .05$). Los autores sugieren que la educación en salas posparto puede ayudar a las enfermeras a crear un papel en la educación sexual y sugieren evaluar las etapas del MTT para adaptar las estrategias de educación a cada etapa mejorando la eficacia sanitaria.

Kamalikhah et al. (2015) evaluó la efectividad de una intervención educativa, basada en información sobre los principios y uso correcto de métodos de planificación familiar, utilizaron estrategias educativas como conferencias, discusión cara a cara, preguntas y respuestas, discusiones grupales y rotafolios entregada a mujeres jóvenes. Después de 45 días se les entregó un folleto sobre los métodos modernos, el enfoque de la intervención fue comunitario $n = 96$, basada en el MTT, a través de un diseño cuasiexperimental, en el cual observaron que las participantes del GI incrementaron el uso de anticonceptivos ($Mdn = .77, RIC = 0, p < .01$) mientras que en el GC ($Mdn = .46, RIC = 1, p = 1$).

En cuanto a las variables de estudio, todas incrementaron la puntuación en el posttest con respecto del pretest en el GI; conocimientos ($M = 9.6, DE = 5.7$ vs $M = 17.1, DE = 3.5, p < 0.01$), actitudes ($M = 3.9, DE = 3.9$ vs $M = 19.5, DE = 3.7, p < .01$). Con respecto al uso de anticonceptivos (43.2% vs 77.3%, $p < .001$), barreras percibidas ($M = 8.45, DE = 2.4$ vs $M = 9.8, DE = 2.1, p < .01$), autoeficacia ($M = 13.6, DE = 1.2$ vs $M = 14.4, DE = 1.2, p < .01$). Cabe mencionar que las personas que se encontraban en etapas de precontemplación, contemplación y preparación cambiaron a mantenimiento posterior a la intervención ($Mdn = 3.84, RIC = 1.5, p < .01$), este cambio no se observó en el GC ($Mdn = 3.17, RIC = 4, p = 7$).

De acuerdo a la evidencia, El MTT ha resultado ser una buena guía para demostrar cómo evoluciona el cambio de conducta en las adolescentes. A pesar de que las estrategias, componentes e intervenciones difieren, el modelo mantiene su valor empírico permitiendo correlacionar sus constructos en la evolución de las etapas en las adolescentes con conductas sexuales de riesgo. Las estrategias o componentes educativas adaptadas a la etapa de cambio mejoraron la eficacia de las intervenciones.

Intervenciones orientadas al uso de anticonceptivos basadas en la TCP

Armitage y Talibuden (2010), probaron una intervención diseñada para cambiar la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido, a través de mensajes enviados por mail-box el contenido se dirigía a conocimientos, ventajas y desventajas sobre el uso del condón (actitud), factores que pueden inhibir o llevar condones (control conductual percibido) y personas que están de acuerdo o en desacuerdo para que el participante utilice condones (norma subjetiva). La intervención para el GC consistió en brindar información sobre la historia del condón manteniendo la similitud de formato con la información brindada al GI. El objetivo fue corroborar la relación entre las cuatro variables independientes y la intención, ya que cualquier efecto en la intención podría mediar las actitudes, norma subjetiva y control conductual percibido.

El diseño fue controlado aleatorio mixto 2x2, (n=288) adolescentes. Los autores reportaron que el GI aumentó significativamente el procesamiento de mensajes ($DM=.73$, IC 95% [.40, 1.06,] $d=.52$), aceptación del mensaje ($DM=.82$, IC 95% [0.57, 1.07], $d=.77$), norma subjetiva la diferencia del pre y posttest del GI ($F(1,14) = 27.10$, $p<.01$, $\eta^2_p=.16$, $d=.38$) pero no el GC en ($F(1,139) = .02$, $p=.88$, $\eta^2_p= <.01$, $d=.01$). Al posttest la diferencia entre los dos grupos fue significativa ($F(1,284) = 15.08$, $p < .01$, $\eta^2_p=.05$, $d=.37$). Con respecto a la intención, hubo un aumento significativo en ambos grupos en diferencia del pre y posttest GI ($F(1,143) = 25.71$, $p<.01$, $\eta^2_p=.15$, $d=.31$) vs GC ($F(1,139) = 4.76$, $p<.05$, $\eta^2_p= < 0.03$, $d=.10$). Sin embargo, la prueba de ANCOVA confirmó que las intenciones en el GI fueron más altas ($F(1,284) = 4.52$, $p<.05$,

$\eta^2_p=.2$, $d=.20$). Por lo tanto, los efectos de la intención en el GI estuvieron mediados solo por las normas subjetivas.

Gibson et al. (2020) compararon la norma subjetiva, intención, autoeficacia, uso de condón y comportamiento sexual riesgoso en adolescentes con el objetivo de examinar los mecanismos de respuesta de dos intervenciones con apoyo empírico: EM y entrenamiento de habilidades conductuales, $n=156$ adolescentes, 78 para cada grupo. La primera basada en forma abierta, afirmativa, no crítica, empática, resaltando la ambivalencia en torno al comportamiento sexual de riesgo. La segunda se enfocó, a la educación, instrucción, modelado y ensayo. Para reforzar las metas conductuales a corto plazo, el logro exitoso de la meta fue recompensado con refuerzos positivos \$1 que otorgaron en efectivo al cierre de cada sesión. Todos los jóvenes recibieron dos sesiones de una hora de EM o habilidades conductuales separados por una semana.

Se estimó un modelo analítico de ruta de grupo cruzado para probar si la relación entre los valores posteriores a la prueba en los mediadores y el uso de condones de seguimiento diferían según la condición sobre la base de las teorías previas, también estimaron rutas directas e indirectas desde las actitudes hacia el uso del condón y la autoeficacia hasta el comportamiento sexual de riesgo.

El ajuste del modelo fue adecuado con ($X^2=1.35$, $gl=2$, $p=.5$, $CFI=1.000$, $RMSEA=.000$, IC 90% [0, .161]). Las actitudes, intenciones y autoeficacia sobre el uso de condón. Para el grupo de habilidades conductuales hubo un camino directo significativo en desde las actitudes al uso del condón a los tres meses $r=.282$, $p<.05$, pero no de la autoeficacia al comportamiento $r=-.168$. Para el grupo de EM las actitudes posteriores a la prueba se asociaron con la intención y la intención se correlacionaron significativamente pero no las normas y autoeficacia. No hubo caminos directos entre las actitudes y autoeficacia al uso de condón $r=.163$ y $r=-.101$ respectivamente. Por lo tanto, el ajuste de los dos modelos no fue significativamente diferente. Para el grupo de habilidades conductuales $r=.720$, $p<.001$ vs el grupo EM, $r=.770$, $p<.001$.

Brown et al. (2018) realizaron un ECA piloto en jóvenes de 14 a 24 años ($n=85$) para evaluar una intervención digital para apoyar la formación de un plan de acción para tres comportamientos de salud sexual: Contratiempo con los anticonceptivos, condones autoinformados y medidas de autocontrol. La intervención fue un programa web personalizado, creado en adobe captivate, adaptado para el género y el método seleccionado (píldora o preservativo), los hombres fueron direccionados al condón y las mujeres tuvieron la opción de una tarjeta de planificación donde escribían su plan de acción. El resultado mostró que el control conductual percibido fue la única variable que se correlacionó con la variable contratiempos $p < 0.01$.

Darabi et al. (2017) probaron la efectividad de los programas educativos basados en TCP + el control parental percibido (CPP) en 578 estudiantes de secundaria y 397 padres de familia. La intervención consistió en capacitación, un folleto impreso adaptado para los adolescentes y un taller de dos horas sobre conductas de alto riesgo y temas relacionados a la salud sexual dirigido a los padres. Las estrategias didácticas fueron conferencias, juegos de roles, animación, entretenimiento y discusión de grupos. Las medias de todos los constructos fueron significativas en favor del GI a los seis meses de seguimiento: Conocimientos ($M=85.3$, $DE=11.0$ vs $M=55.3$, $DE=20.8$, $p > .001$), actitudes ($M=93.3$, $DE=6.3$ vs $M=76.6$, $DE=11.2$, $p > .001$), normas subjetivas ($M=93.9$, $DE=7.3$ vs $M=77.5$, $DE=12.2$, $p < .001$), control conductual percibido ($M=94.9$, $DE=5.0$ vs $M=77.0$, $DE=10.9$, $p < .001$), control parental percibido ($M=93.1$, $DE=8.6$ vs $M=76.1$, $DE=14.0$, $p < .001$) e intención ($M=94.2$, $DE=7.2$ vs $M=75.7$, $DE = 10.9$, $p < .001$).

La mayoría de las intervenciones presentadas basadas en la TCP han demostrado eficacia en incrementar los constructos conocimientos, actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido vs el GC. También se ha observado asociación positiva y significativa entre el control conductual percibido y los contratiempos para usar

preservativos. En referencia a la intención se demostró efecto positivo al postest, así como una relación significativa y positiva con la actitud.

Intervenciones orientadas al uso de anticonceptivos basadas en Computer Assisted Motivational Interview (CAMI)

Barnet et al. (2009) desarrolló el estudio que originó el CAMI, la intervención se dirigió a 235 adolescentes, las cuales fueron aleatoriamente asignadas a tres grupos: 1) CAMI + visita domiciliaria mejorada $n=80$ la cual consiste en visitas quincenales para impartir temas de alimentación, crecimiento, juegos de sexo seguro, negociación.

2) CAMI donde se ofrecía solo EM $n=87$ y 3) atención habitual estándar $n=68$. Los dos grupos intervención que recibieron CAMI iniciaron a las seis semanas posparto, continuaron trimestralmente hasta los 24 meses posparto, cara a cara, con duración de 20 minutos cada sesión para un total de nueve sesiones CAMI a intervalos, los algoritmos del software CAMI estaban basados en el MTT y calculaban la etapa de cambio de la adolescente, así como una impresión de la clasificación del riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual, la intervención contó con tres componentes: evaluación del riesgo, entrevista motivacional y plan anticonceptivo seguro. A los 24 meses el grupo CAMI+ mostró una reducción del 44% de los nacimientos repetidos y presentaron más probabilidad de aplazar un ERR ($RR=.45$; IC 95% [.21, .98], $p<.05$).

Las conclusiones ofrecidas por los autores versan sobre la posibilidad de que esta intervención sea adaptada a otros contextos, otros comportamientos de alto riesgo en adolescentes incluso para adolescentes vistos en entornos de práctica clínica utilizando tecnologías interactivas de cambio de comportamiento con retroalimentación personalizada podrían coordinarse con intervenciones comunitarias. También comentaron que al menos dos sesiones CAMI reducen las conductas de riesgo en adolescentes de bajos ingresos.

Gold et al. (2016) realizaron una ECA en 286 adolescentes reclutadas en una clínica de planificación familiar para comparar la intervención CAMI con el asesoramiento educativo didáctico para reducir las relaciones sexuales sin protección. El CAMI se aplicó durante seis meses con tres sesiones de consejería de 30 minutos, cara a cara. Mientras que el grupo de consejería educativa didáctica recibió tres sesiones de consejería, de 30 minutos al final crearon su plan SAFE (sexo, abstinencia, retroalimentación y educación) incluyó razones para el plan, pasos específicos, identificación de barreras, plan de soluciones, así como un plan de las adolescentes para establecer el compromiso hacia el cambio.

En los resultados primarios se observó la aceptabilidad de CAMI en 69.8%, el resultado secundario consistió en la reducción del ERR e infecciones de transmisión sexual utilizando un calendario de nueve meses. En el efecto del tratamiento a los tres meses ($OR=.46$ IC 95% [.20, 1.06], $p > .05$) y a los seis meses ($OR=.74$, IC 95% [0.30, 1.80], $p > .05$) fueron direccionalmente consistentes con la hipótesis de investigación, pero no fueron estadísticamente significativas. Además, al tratar el tiempo como un efecto lineal, encontraron un tratamiento estadísticamente significativo por el efecto de interacción del tiempo lineal ($OR=0.89$; IC 95% [.80, .98], $p < .05$), los autores concluyeron que la intervención CAMI, en comparación con el asesoramiento didáctico, aumentó significativamente la probabilidad de tener relaciones sexuales totalmente protegidas con condones en esta población.

Los autores concluyen que el diseño de la intervención podría proporcionar una orientación futura para las directrices de asesoramiento hacia la reducción de ITS y embarazos no planeados en una etapa vulnerable como es la adolescencia. La reciente adaptación cultural y de contexto más reciente del CAMI, fue realizada por Manjarres (2020), la adaptación tuvo lugar con adolescentes mexicanas del norte del país.

La intervención se realizó con un diseño de ECAP con una duración de seis semanas, incluyó dos sesiones de 30 minutos, modalidad cara a cara e individual, en

visita domiciliaria, la primera sesión fue a los 30 días postparto y la siguiente sesión al mes de la primera. Se observó que pertenecer al CAMI-Spa ($\beta = 1.78, p < .10$), tener intención de uso de un anticonceptivo ($\beta = .62, p < .05$), conocimientos en anticoncepción ($\beta = .29, p < .05$) y ventajas al uso del condón con la pareja principal ($\beta = -0.29, p < .05$) actúan como predictores para la conducta anticonceptiva. Las adolescentes que participaron en el CAMI-Spa reportaron incremento en la conducta anticonceptiva, ($F(2,39) = 3.29, p < .05$), así como una mayor activación de los procesos de cambio para el uso de anticonceptivos, ($F(2,37) = 3.86, p < .05$) y una mayor autoeficacia anticonceptiva ($F(1,38) = 2.99, p < .10$). CAMI-Spa resultó ser factible y aceptable con modificaciones en futuros estudios, entre los que sugiere valorar su replicación en otros escenarios incluyendo nuevas variables e instrumentos para demostrar su eficacia preliminar.

Las intervenciones que han utilizado CAMI mostraron sinergia con el MTT, la duración de las intervenciones fue variada, desde seis semanas hasta 24 meses, pero con efectos positivos en los conceptos del modelo. No obstante, se observó un mayor efecto en la medición post intervención a diferencia del seguimiento. Los autores sugieren nuevas adaptaciones de otros contextos y conductas de riesgo en adolescentes, adicionalmente que los cambios de conducta se han observado con dos sesiones CAMI Intervenciones principales y de refuerzo para el uso de anticonceptivos basadas en m-Health.

Tebb et al. (2021) diseñaron una aplicación para ayudar a los jóvenes a tomar decisiones anticonceptivas, durante el proceso conformaron varios grupos focales donde los adolescentes proporcionaron comentarios sobre los atributos del diseño y contenido, posterior fue probada en una prueba piloto y resultó ser aceptable por las adolescentes además mostraron mejoría en conocimientos e intenciones anticonceptivas.

Una vez concluida la prueba piloto, se implementó en la práctica clínica, guiada por la Teoría de la difusión de la innovación de Rogers para su aplicación, inicialmente

se realizaron reuniones con líderes y personal clínico para registrar enfoques de implementación, necesidades técnicas y resolver desafíos. La intervención creada fue una aplicación nombrada Health-E You interactiva, para ser utilizada como un extensor clínico, basada en la teoría cognitiva social. Comienza con la evaluación de conocimientos y experiencias, posterior la aplicación recomienda un anticonceptivo en función de las respuestas, el usuario elige el método y puede obtener más información específica, el usuario envía la información de la aplicación y consentimiento informado a una impresora inalámbrica, que puede ser consultada por el proveedor de salud para posterior tener un encuentro cara a cara en el consultorio.

Fue implementada en 18 centros escolares, se asignaron nueve escuelas al GC a quienes se les brindó la asistencia habitual y nueve al GI en 1360 adolescentes latinas, las evaluaciones se realizaron inmediatamente después de la aplicación, tres y seis meses, evaluando conocimientos, autoeficacia y uso de anticonceptivo. El conocimiento elevó a las 48 horas $p < .001$, la autoeficacia también incrementó posterior a la consulta y a los 3 meses obtuvo diferencia con el GC ($OR=3.29$, IC 95% [1.04, 10.36]) y a los seis meses ($OR=5.54$, IC 95% [1.70, 18.06]). Con respecto al uso de anticonceptivo más usuarios del GI aceptaron un método a los tres meses ($OR=10.58$, IC 95% [4.93, 22.70], $p < .001$) vs GC ($OR=3.22$, IC 95% [1.04 - 9.98]), $p = .04$), a los seis meses ($OR=2.34$, IC 95% [0.86, 6.43], $p < .01$) vs GC ($OR=2.34$, IC 95% [0.86, 6.43], $p < .10$).

Con respecto a la aceptabilidad, la aplicación mejoró la calidad de la visita (70%), los adolescentes comentaron que les ayudó a elegir un anticonceptivo (69%), hablar con el proveedor sobre la anticoncepción 67%, el 93% comprendió la información, el 85% la recomendaría a un amigo. Los autores resolvieron que la Health-E You es una contribución significativa para el apoyo en la toma de decisiones sobre anticonceptivos en latinas. Sin embargo, se requiere más investigación para comprender mejor y desarrollar intervenciones culturalmente específicas para abordar las disparidades.

Chernick et al. (2017) evaluaron la viabilidad y aceptabilidad de una intervención de mensajería basado en el modelo de creencias en salud para aumentar la anticoncepción en adolescentes de 14 a 19 años, que acudían al departamento de emergencias $n=100$, 50 de ellos recibieron 33 mensajes de texto educativos y motivacionales unidireccionales, por cinco días, durante tres meses, de 12:00 a 21:00 horas. A los 50 participantes del GC recibieron una tarjeta de billetera que anunciaba una clínica de planificación familiar sin cita previa y un monólogo estandarizado brindado por médicos de urgencias.

En los resultados se reportó que el uso de condón en la última relación sexual fue (GI 32.7% vs GC 24.5%) y la intención de embarazo (GI 10.2% vs GC 6.1%). La tasa de inscripción fue de 78.8%, 75.6% leyó más de la mitad de los mensajes y 87.8% mencionó que le gustaría recibir mensajes a futuro. Los autores señalaron que el uso de mensajes más complejos podría haber mejorado la aceptabilidad. No obstante, la literatura reciente sugiere que enviar mensajes de texto no interactivos con información repetitiva y demasiada frecuencia podría causar desinterés. Por lo tanto, el futuro de las intervenciones de texto puede radicar en mensajes innovadores, bidireccionales y personalizados que permitan el cambio de conducta al crear una interacción.

Bull et al. (2016) diseñaron el programa de alcance para adolescentes (TOP), el cual incluye 25 horas de sesiones en el aula, más 20 horas de aprendizaje de servicio comunitario y adicionaron el programa todos los jóvenes comprometidos (YAE) por sus siglas en inglés, el cual integra constructos tradicionales de las ciencias sociales y del comportamiento para el diseño de mensajes de texto. Los participantes recibieron entre cinco y siete mensajes semanales, durante 25 semanas, para un total de los 75 mensajes de los cuales el 40%, mientras que el GC solo recibió el programa TOP, entre sus resultados destaca que los participantes hispanos del GI tuvieron menos embarazos en el seguimiento en comparación del GC (1.79% vs 6.72%, $p=.02$), por lo tanto, YAE es factible, de bajo costo y podría tener beneficios potenciales para los jóvenes hispanos.

En esta intervención los mensajes de texto potencializaron el efecto de la intervención TOP, los investigadores refirieron que, aunque el tamaño de efecto calculado fue pequeño, los efectos positivos pequeños en esta población secundarios a la exposición de esta tecnología permiten posibilidades de reforzar y ampliar el alcance.

Smith et al. (2015) realizó una revisión sistemática con objetivo de evaluar los efectos de las intervenciones basadas en teléfonos móviles para mejorar el uso de anticonceptivos, incluyeron ECA's que utilizaron los móviles para enviar mensajes de texto, mensajes de voz, videos y aplicaciones con comunicación unidireccional o bidireccional. La búsqueda se realizó de 1993 a octubre 2014, sin restricción de idioma.

Dentro de sus resultados encontraron que un ensayo en los EE. UU reportó mejor continuación de los anticonceptivos orales (AO) de forma autoinformada, a los seis meses de una intervención que comprendió una variedad de mensajes de texto unidireccionales e interactivos ($RR = 1.19$, IC 95% [1.05, 1.35]). Un ensayo en Camboya informó un aumento en el uso auto informado de anticonceptivos efectivos cuatro meses después del aborto a partir de una intervención que incluyó mensajes de voz interactivos automatizados y apoyo de un consejero telefónico ($RR=1.39$, IC 95% [1.17, 1.66]).

Concluyeron que los mensajes de voz interactivos y el apoyo de un consejero pueden mejorar la anticoncepción postaborto, y que una combinación de textos educativos unidireccionales e interactivos pueden mejorar la adherencia a los contraceptivos hormonales. En contraste reportaron que la rentabilidad y los efectos electrónicos a largo plazo siguen siendo desconocidas.

Las intervenciones m-Health mostraron efectos positivos y significativos en el uso de anticonceptivos en adolescentes y prevención del ERR, así como en el incremento de conocimientos y autoeficacia al post y al seguimiento en su forma de refuerzo. Es importante mencionar que el efecto en la conducta se obtuvo con mensajes tanto unidireccionales como bidireccionales en un rango de envío de tres a seis meses.

Sin embargo, en su forma principal el incremento en la intención no mostró significancia estadística.

Estudios de adaptación

Klein et al. (2017) llevaron a cabo el programa de la salud sexual impartido por computadoras a mujeres, Conciencia sexual para todos (SAFE) por sus siglas en inglés, el cual se entregó de forma individual y fue adaptada para ser aplicado en grupo y posterior se realizó un ensayo clínico aleatorizado piloto en 321 latinas, (GI $n=164$ y GC $n=157$) que asistían a una clínica de salud familiar para probar la eficacia preliminar en la reducción del riesgo de salud sexual. La intervención SAFE, constó de tres sesiones, con una duración de tres a cuatro horas, basado en un marco teórico híbrido que combinó elementos del modelo de reducción del riesgo de síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la teoría social cognitiva.

En el proceso de adaptación se realizaron entrevistas a la población objetivo, se crearon guiones gráficos de actividades y escenarios adicionales, se programó un prototipo para cada sesión y se aplicó a 20 latinas. Las pruebas de usabilidad revelaron que las pacientes preferían dos sesiones, en dispositivos móviles y computadora de escritorio, posterior se nombró C-SAFE, los participantes sugirieron que en esta nueva versión se incluyera una serie de videos al estilo telenovela.

El resultado de la adaptación de C-SAFE se conformó por una intervención grupal de nueve a 12 horas, cara a cara con lenguaje accesible, juegos y videos estilos telenovela. A los seis meses 278 mujeres completaron la evaluación, con una retención de 86% para C-SAFE y 87.3% para el GC.

No se observaron diferencias significativas entre C-SAFE y el GC en ninguna de las variables dentro de los resultados primarios (número de parejas sexuales en los últimos 30 días y seis meses, uso de condón en el último encuentro sexual, sexo anal), ni en las variables psicosociales mediadoras (conocimientos, actitudes sobre ITS, autoeficacia en el uso de anticonceptivos, comunicación con la pareja - salud mental)

también mencionaron que no hubo suficientes participantes con ITS al inicio del estudio para evaluar el cumplimiento de los protocolos de tratamiento de las ITS.

Dentro de los hallazgos encontrados fue que las participantes C-SAFE informaron que las alteraciones en su salud mental se presentaron en menor frecuencia ($p=.02$). La evaluación de C SAFE fue positiva en comparación con la entregada al GC presentación de la información ($p=.053$), la claridad de los temas ($p=.002$), aprendizaje ($p<.001$) y utilidad de la información ($p=.058$).

Akinola et al. (2019) desarrollaron una aplicación móvil de opciones anticonceptivas para mujeres jóvenes afroamericanas y latinas de 15 a 24 años basado en el MTT y TCP para valorar la autoeficacia, intención y balance decisional anticonceptivo. La aplicación miPlan se desarrolló refinando una aplicación prototipo previo llamado PreCounselor, culturizado para afroamericanas y latinas. El diseño final de PreCounselor incluía información sobre anticonceptivos y una pantalla para comparar métodos.

A petición de las adolescentes se incluyó la percepción y experiencia de los hombres con respecto a los anticonceptivos y dos videos con pacientes afroamericanos y latinos que describían su experiencia tanto positiva como negativa con el uso de LARC. La prueba al usuario final se realizó en 27 adolescentes, los investigadores documentaron la experiencia del evaluador, investigando las expectativas frente a la experiencia real de uso de la aplicación. Se abordó el texto, información gráfica, videos, estos último se modificaron, se incluyeron a actores jóvenes los cuales realizaron monólogos que abordaban pros y contras de los LARC con una duración de 52-57 minutos.

Una vez adaptada se le denominó miPlan, el cual fue sometido a un ECA para determinar sus efectos sobre la intención y selección de anticonceptivos. Se reclutaron 220 jóvenes en cuatro clínicas de planificación familiar urbanas y comunitarias, las participantes elegibles se asignaron al azar; GC visita clínica sola y GI aplicación más

visita clínica, los resultados solo incluyeron al GI, $n=110$. Se les proporcionó una tableta programada con miPlan e instrucciones, se aplicó el pretest, las pacientes navegaron en la aplicación de 10 a 20 minutos, se aplicó el posttest al término y a los tres meses. La encuesta de seguimiento incluyó la evaluación de calidad. En las mediciones pre y post la autoeficacia incrementó ligeramente $p=.33$, las ventajas percibidas disminuyeron, ($p=.042$) y las desventajas percibidas aumentaron de 12.2 a 12.9 ($p=.64$), miPlan fue aceptado en 97.3% y el 96.4% informó que la aplicación fue un uso apropiado del tiempo de espera antes de la visita clínica y el 88.8% respondió que la aplicación es útil para aprender sobre salud sexual y reproductiva en un entorno clínico.

Los estudios de adaptación mostraron que las intervenciones fueron aceptadas por la población de estudio, útiles, recomendables y con buena presentación de información los cuales son parte de indicadores de factibilidad y viabilidad. Sin embargo, no mostraron cambios significativos en las variables resultado ni mediadoras.

En síntesis, la mayoría de las intervenciones para incrementar el uso de anticonceptivos o prevención de un ERR fueron entregadas a adolescentes y mujeres jóvenes no embarazadas cara a cara en un contexto comunitario guiadas por teorías conductuales las cuales fueron reportadas con efectos positivos para incrementar conocimientos, autoeficacia, intención y actitudes así como relación positiva con procesos de cambio, balance decisonal y etapas de cambio en el caso de aquellas basadas en el MTT. En contraste, las intervenciones entregadas de forma digital se han dirigido en su mayoría a contextos clínicos como extensores o refuerzo a la intervención principal con resultados positivos en su eficacia preliminar pero también dirigidas a adolescentes no embarazadas.

No obstante, en los dos tipos de entrega y contexto las variables de interés han sido medidas con autoinformes solo Sackeim et al. (2019) verificó la colocación del AC al posparto. Por otro lado, de las intervenciones mostradas en esta sección el CAMI muestra potencial para ser implementada en otro contexto ya que ha demostrado eficacia

preliminar en adolescentes mexicanas, los autores comentan que a partir de dos sesiones CAMI se han observado efectos significativos en el uso de anticonceptivos. Con respecto a los m-Health las dosis tienen un amplio margen, los autores refieren que hace falta más investigación para definir este aspecto, pero sobre todo se debe considerar su adaptación cultural.

Así mismo la mayoría de las intervenciones para prevenir el ERR fueron de tipo educativas enseguida las conductuales y por último las motivacionales, por lo cual se observa un vacío de conocimiento en las intervenciones motivacionales realizadas en adolescentes embarazadas, en entornos clínicos con seguimiento al posparto para verificar la colocación del método. Por lo tanto, el periodo perinatal representa un momento ideal para abordar la prevención de un ERR dado que las adolescentes reanudan la actividad sexual dentro de los seis semanas posparto, además de que mujeres de otras edades que han sido expuestas a intervenciones anticonceptivas durante la etapa prenatal o postparto fueron más propensas a usar AC (Reyes-Lacalle et al., 2020).

Objetivos

Evaluar la eficacia preliminar de la intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico para el uso de anticonceptivos en adolescentes en etapa perinatal.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las adolescentes participantes.
2. Establecer la factibilidad de la intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico a través de la descripción de la implementación de la intervención, contexto de aplicación, cualificación del intervencionista, fidelidad de la intervención, recursos materiales, barreras de la

comunicación, periodo de reclutamiento, alcance, tasa de obstáculos para la participación y tasa de aleatorización.

3. Determinar la aceptabilidad de la intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico en el uso de anticonceptivos por adolescentes en etapa perinatal por medio de la satisfacción de la intervención, tasa de reclutamiento y terminación.

4. Comparar los resultados al pretest del grupo intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico con el pretest del grupo control.

5.- Comparar los resultados del pre y postest del grupo intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico.

6. Comparar los resultados del pre y postest del grupo control.

7. Comparar los resultados del postest del grupo intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico con el postest del grupo control.

8.- Determinar la significancia clínica de las variables de estudio de ambos grupos al postest

Hipótesis

H₁. Las adolescentes que reciban la intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico presentan en el postest un incremento en el uso de anticonceptivos en comparación con aquellas que reciban el tratamiento control.

H₂. Las adolescentes que reciban la intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico al postest aumentan el nivel del saber contraceptivo perinatal en comparación con el grupo control.

H₃ Las adolescentes que reciban la intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico al posttest aumentan el grado de disposición contraceptiva perinatal en comparación con el grupo control.

H₄. Las adolescentes que reciban la intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico al posttest incrementan el nivel de los procesos de cambio en comparación con las participantes del grupo control.

H₅. Las adolescentes que reciban la intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico al posttest incrementan el balance decisional anticonceptivo perinatal, en comparación con el grupo control.

H₆. Las adolescentes que reciban la intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico al posttest demuestran un aumento en la autoeficacia anticonceptiva perinatal en comparación con aquellas que reciban el tratamiento control.

H₇. Las adolescentes en etapa perinatal que reciban la intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico al posttest demuestran un aumento en la preparación hacia el uso de anticonceptiva perinatal en comparación con aquellas que reciban el tratamiento control.

H₈. Las adolescentes en etapa perinatal que reciban la intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico al posttest manifiestan una mejor comunicación anticonceptiva perinatal en comparación con aquellas que reciban el tratamiento control.

Definición de Términos

Factibilidad

Se refiere a la idoneidad de la logística, recursos y procedimientos para llevar a cabo la intervención, así como de las dificultades para aplicar los componentes y actividades de la intervención, según lo planificado desde la cualificación del intervencionista, recursos materiales. Sus indicadores fueron las barreras de

comunicación percibidas en el entorno clínico y para recibir los mensajes m-Health, obstáculos de la participación, alcance, período de contratación y aleatorización, los cuales se enuncian a continuación.

Barreras de la comunicación en el contexto clínico. Número de interrupciones durante la sesión, así como expresar los motivos por los cuales no recibió los mensajes m-Health, lo anterior se registró en las notas clínicas.

Obstáculos para la participación. Fueron las dificultades referidas por la adolescente que reunieron los criterios de inclusión.

Período de contratación. Fue el periodo para acumular el número total de la muestra calculada desde el inicio del reclutamiento hasta el último participante.

Alcance. Accesibilidad al hospital sede en términos de tipo de transporte y tiempo que invirtió el participante para trasladarse desde su hogar al hospital.

Tasa de aleatorización. Fue la proporción obtenida del total de participantes aleatorizados entre el total de participantes elegibles.

Aceptabilidad. Fue la percepción de satisfacción y uso continuo de la intervención por parte de las adolescentes: el cual fue medido a través de la escala de aceptabilidad Akinola et al. (2019), la tasa de reclutamiento y tasa de terminación, a continuación se describen:

Satisfacción con la intervención. Evaluación que otorgó la adolescente hacia el nivel de agrado, utilidad, expectativas y probabilidad de recomendar la intervención.

Tasa de reclutamiento. Es el número de adolescentes que aceptaron participar en el estudio sobre el total de las adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión

Tasa de terminación. Es el número de adolescentes que terminaron la intervención hasta el postparto inmediato entre el número de adolescentes que iniciaron la intervención.

Comunicación anticonceptiva perinatal. Es una forma de comunicación basada en el respeto, confianza y autonomía entre los proveedores de salud y las adolescentes que permite un diálogo colaborativo hacia el uso de anticonceptivos, el cual fue medido con el instrumento comunicación anticonceptiva, adaptado del instrumento Evaluación de los Proveedores y Sistema de Atención de Salud de Weech et. al. (2012).

Saber contraceptivo perinatal. Es la comprensión de la información de la estructura y función del aparato reproductor de las adolescentes, así como las reacciones secundarias y contraindicaciones de los anticonceptivos, este fue medido con el cuestionario Evaluación del Conocimiento Anticonceptivo de Haynes et al. (2017).

Disposición contraceptiva perinatal. Está conformada por los pensamientos y posturas de la adolescente con respecto al uso de los anticonceptivos al final del embarazo y fue evaluado con la Escala de Actitud Anticonceptiva de Black (2011).

Precontemplación anticonceptiva perinatal. Es cuando la adolescente no percibe la necesidad de utilizar un anticonceptivo y no tiene la intención de utilizarlo durante el periodo perinatal, valorada con la dimensión Intención de Uso de Anticonceptivos, del Instrumento de Evaluación del Uso de Anticonceptivos de Manjarres et al. (2021).

Contemplación anticonceptiva perinatal. Es cuando la adolescente reconoce el riesgo reproductivo y está pensando en cambiar dentro de un futuro predecible, comienza el cambio hacia una predisposición positiva hacia los anticonceptivos, pero aún no concreta la adopción de uno. Debido a que esta variable se refiere a la evolución de la intención de uso de anticonceptivos, fue medida con la dimensión Intención de Uso de Anticonceptivos, del Instrumento de Evaluación del Uso de Anticonceptivos de Manjarres et al.(2021).

Procesos de cambio anticonceptivo perinatal. Son 10 experiencias y actividades realizadas por las adolescentes mientras intentan progresar a través de las

etapas de cambio anticonceptivo perinatal para usar un anticonceptivo al final del embarazo. Las cuales se clasifican en cinco experienciales: concientización, alivio dramático, auto-reevaluación, reevaluación del entorno y liberación social anticonceptiva anticonceptivos perinatales, medidos con la dimensión Procesos Experienciales de la Escala Procesos de Cambio de Parrish et al. (2016), cinco conductuales: autoliberación, contracondicionamiento, manejo de recompensas, control de estímulos, relación de ayuda anticonceptivas perinatales evaluados con la dimensión Procesos de Conductuales de la misma escala.

Concientización anticonceptiva perinatal. Es el proceso inicial cognitivo donde la adolescente reconoce los beneficios de usar un anticonceptivo, comienza a buscar información formal e informal sobre los mismos.

Alivio dramático anticonceptivo perinatal. Se refiere a la disposición negativa que experimenta la adolescente para usar un anticonceptivo y al mismo tiempo visualiza a futuro la satisfacción de cuidar de su salud, prolongando el periodo intergenésico, además de la posibilidad de alcanzar sus metas personales a futuro.

Auto-reevaluación anticonceptiva perinatal. Es el proceso donde la adolescente genera una imagen positiva, adquiere seguridad para manifestar su interés por usar un anticonceptivo y llevar su maternidad o sexualidad con mayor disfrute.

Reevaluación del entorno anticonceptivo perinatal. Es aquella que realiza la adolescente sobre cómo podría ser su vida familiar con y sin la utilización de los anticonceptivos.

Autoliberación anticonceptiva perinatal. Es la sensación y pensamiento de la adolescente de un mayor conocimiento sobre los anticonceptivos, elimina mitos sobre el uso de estos, por lo tanto, se siente capaz de usar un anticonceptivo al final de su embarazo.

Contracondicionamiento anticonceptivo perinatal. La adolescente sustituye la conducta de procrastinación de uso de anticonceptivo por una conducta anticonceptiva

responsable y consciente ejercida en el periodo posparto estableciendo sus metas personales a futuro.

Manejo de recompensas anticonceptivas perinatal. Es cuando la adolescente satisface su necesidad de ser escuchada y comprendida en sus necesidades anticonceptivas lo que le permite identificar y corregir percepciones erróneas adquiridas en el pasado.

Liberación social anticonceptiva perinatal. La liberación social anticonceptiva perinatal visualiza de forma positiva de retomar sus planes personales familiares y/o escolares a futuro posterior a la adopción de un anticonceptivo.

Control de estímulos anticonceptivo perinatal. Es cuando la adolescente, dialoga con los proveedores de salud sobre sus dudas y temores hacia los anticonceptivos, además discute o negocia su uso con las personas significativas de su entorno.

Relaciones de ayuda anticonceptiva perinatal. Se refiere al establecimiento de una relación terapéutica basada en la confianza con los proveedores de salud situación que le permite tomar una decisión anticonceptiva segura y de acuerdo con sus necesidades.

Balance decisional anticonceptivo perinatal. Es la evaluación de las conveniencias o inconveniencias de todos los métodos anticonceptivos o de aquel que sea de su interés con una visión interna, estado de salud y situación familiar lo que le permite visualizar el tipo de anticonceptivo que utilizará en el posparto inmediato, medido con la Escala de Balance Decisional del instrumento Validación de Medidas de Uso de Condón y otros Anticoceptivos ente Mujeres de Alto Riesgo de VIH y embarazo no deseado Galavotti et al. (1995).

Autoeficacia anticonceptiva perinatal. Es cuando la adolescente se siente capaz de usar un anticonceptivo en pro de su salud sexual, reproductiva al final de su embarazo, medido con la dimensión Escala de Autoeficacia Anticonceptiva del

instrumento Validación de Medidas de Uso de Condón y otros Anticonceptivos ente Mujeres de Alto Riesgo de VIH y embarazo no deseado Galavotti et al. (1995).

Preparación hacia el uso anticonceptivo perinatal. Es cuando la adolescente tiene la intención firme de adoptar un anticonceptivo, externa preocupaciones personales con respecto a la salud reproductiva, la efectividad, duración, dolor al momento de la instalación, miedos de los efectos adversos y reversibilidad. A pesar de lo anterior la adolescente visualiza los beneficios de usar un anticonceptivo. Esta variable fue medida con la dimensión Intención de Uso de Anticonceptivos de la Escala de Evaluación de Uso de Anticonceptivos de Manjarres et al. (2021).

Uso de anticonceptivo perinatal. Es cuando la adolescente usa un anticonceptivo dentro de las primeras 24 horas posparto en consideración a sus motivaciones y metas futuras, dicha variable fue medida con la dimensión Uso de Anticonceptivos del Instrumento Evaluación del Uso de Anticonceptivos de Manjarres et al. (2021).

Capítulo II

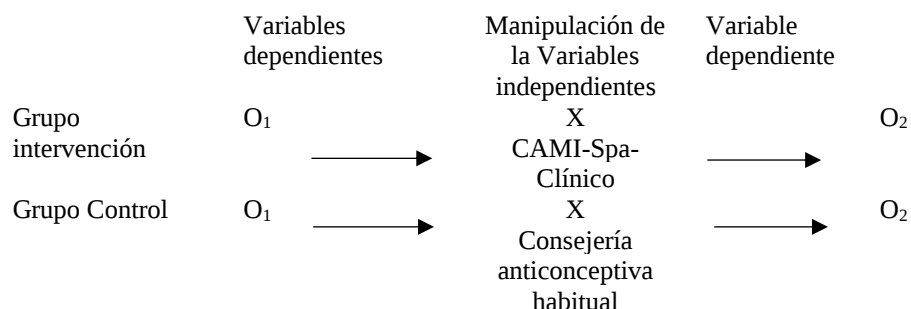
Metodología

En el presente apartado se describe el diseño del estudio, la población, el cálculo de la muestra y tipo de muestreo utilizado, los criterios de selección, la estructura e interpretación de los instrumentos de medición y la descripción de la intervención CAMI-Spa-Clínico, así como la del grupo control. En seguida se detallan los procedimientos que se desarrollaron para la adaptación al contexto clínico, en la primera fase se describe lo inherente a la valoración, selección, preparación y prueba piloto. En la segunda fase, el reclutamiento, la asignación aleatoria, la entrega de la intervención, monitorización de las adolescentes hacia el posparto inmediato, el momento de finalización del estudio y por último el plan de fidelidad.

Diseño del Estudio

Se trató de un estudio de dos fases: La fase I consistió en la adaptación de la intervención CAMI-Spa al contexto clínico el cual abordó dos subestudios: el primero un acercamiento cualitativo de las experiencias y expectativas de las adolescentes y proveedores de salud sobre el uso de anticonceptivos y la consejería anticonceptiva en entorno clínico, así como del interés de los tomadores de decisiones y recursos disponibles para llevar a cabo esta intervención en la clínica sede, adaptación y validación del instrumento comunicación anticonceptiva entre el proveedor de salud y la adolescente en un contexto clínico.

En la fase dos se realizó un ensayo clínico aleatorio piloto (ECAP) con grupos paralelos para evaluar la eficacia preliminar del uso de anticonceptivo de adolescentes al posparto; con un diseño pre y post prueba entre el grupo control (GC) y grupo intervención (GI) (Grove et al., 2019, p. 220; D. Polit & Tatano, 2017) Figura 9.

Figura 9*Esquema de diseño experimental*

Nota. Secuencia de mediciones, 0= mediciones y X=Tratamiento.

Población, Muestra y Muestreo

La población objetivo estuvo conformada por adolescentes de 10 a 19 años, adscritas a la clínica sede. La muestra fue calculada en el programa n-Query advisor v 9.1, con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, una hipótesis alternativa bilateral, un tamaño de efecto .70, de acuerdo con Cohen es un efecto entre mediano y grande, y un poder de 80% dando un total de 34 para cada grupo más el 20% de atrición 83 adolescentes.

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, considerando la cantidad de adolescentes embarazadas que se integraron al censo de la red de consulta externa en el periodo abril– octubre 2022. La asignación a los grupos fue de forma aleatoria de acuerdo a la lista generada por el Software research randomizer asignando el número uno para el GI y dos GC, hasta completar la muestra (Apéndice A), (Polit & Tatano, 2017).

Criterios de Inclusión

Adolescentes de 10 a 19 años embarazadas acompañadas de su tutor legal que se encontraban entre el primer y segundo trimestre de gestación, adscritas a la clínica sede, que contaron con un celular propio o familiar, con cualquier nivel de lectura-escritura y grado académico.

Criterios de Exclusión

Adolescentes que recibieron consejería anticonceptiva un mes previo a la invitación de CAMI-Spa-Clínico.

Criterios de Eliminación

Adolescentes que presentaron parto prematuro u óbito fetal antes de concluir las sesiones CAMI-Spa-Clínico y del tratamiento control; que tuvieron su parto en otro hospital; que recibieron cualquier otro tipo de consejería anticonceptiva posterior a la intervención CAMI-Spa-Clínico y tratamiento control; adolescentes que perdieron la adscripción de forma definitiva; que presentaron limitaciones de salud para el traslado al hospital sede durante el lapso en que se administraron los cuestionarios y las sesiones de la intervención y control.

Instrumentos de Medición

Cédula de datos personales

El instrumento fue elaborado para fines del presente estudio y constó de dos secciones: 1) datos personales: edad, domicilio, escolaridad, estado civil, ocupación, medio de transporte, tiempo de traslado al hospital en total seis preguntas con opción múltiple de respuesta; 2) datos obstétricos: semanas de gestación, número de embarazo, patologías en el embarazo, y AC utilizado previó al embarazo para un total de 4 ítems, una de opción múltiple y las tres restantes fueron preguntas abiertas (Apéndice B).

Factibilidad

Fue medida a través del formato notas clínicas (Apéndice C) el cual se adaptó del instrumento notas de campo de Manjarres (2020). Este constó de tres apartados: el primero de datos generales, fecha de ingreso y término de la intervención, semanas de gestación al momento de iniciar y terminar el estudio. El segundo: datos de la sesión, fecha, hora de inicio y termino de la sesión, evaluación del riesgo de un ERR, ITS y el tercero de eventualidades clínicas: interrupciones durante la sesión, motivos de incumplimiento, dentro de este apartado se consideró una pregunta con respuesta

dicotómica del abandono de la intervención, los motivos del abandono y eventualidades obstétricas durante la sesión.

La categorización de la factibilidad se realizó conforme a lo estipulado por Sidani y Braden (2011), en cuanto a la implementación: barreras de la comunicación en el contexto clínico, obstáculos para la participación, tasa de aleatorización, periodo de contratación y alcance.

Aceptabilidad

Se midió a través de la tasa de reclutamiento, tasa de terminación y satisfacción de la intervención a través de la escala de aceptabilidad de Akinola et al. (2019), valorados en escala Likert que va desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo (Apéndice D).

Eficacia preliminar

Se consideró a partir de la variable uso de anticonceptivo perinatal como resultado principal y como resultado secundario las variables: comunicación anticonceptiva perinatal, disposición contraceptiva perinatal, saber contraceptivo perinatal, precontemplación anticonceptiva perinatal, contemplación anticonceptiva perinatal, procesos de cambio anticonceptivo perinatal, balance decisional anticonceptivo perinatal, autoeficacia anticonceptiva perinatal, preparación hacia el uso de anticonceptivo perinatal, para las cuales se contaron con instrumentos fiables y válidos con Alfa de Cronbach de moderado a elevado utilizados en adolescentes mexicanas; adicionalmente, se realizó una prueba piloto de los instrumentos para valorar su fiabilidad, comprensión y tiempo de respuesta en 30 adolescentes gestantes (Apéndice E).

Comunicación anticonceptiva perinatal. Es un instrumento adaptado y validado en adolescentes gestantes para evaluar la comunicación anticonceptiva basado en el instrumento Conjunto de elementos de competencia cultural de la evaluación del consumidor de proveedores y sistemas de atención médica (Weech-Maldonado et al.,

2012), conformado por 23 ítems y cinco dimensiones: comunicación positiva, negativa y empática, decisión compartida y confianza. Las respuestas de los 23 ítems son en escala Likert enunciadas de nunca, casi nunca, a veces, la mayoría de las veces, casi siempre y siempre; cuenta con cuatro ítems (4-7) en sentido negativo en los cuales la escala se invierte para valorar su ponderación. La calificación global se realizó a través de la transformación lineal de los elementos de 0 a 100, interpretada a mayor puntuación mejor comunicación con el proveedor (Apéndice F y G).

Disposición contraceptiva perinatal. Fue medida a través de la Escala de Actitud Anticonceptiva Black (2011), la cual estuvo conformada por 17 preguntas redactados en sentido afirmativo, sus respuestas están estructuradas en escala Likert que van desde 1 (Muy en desacuerdo) y 5 (Muy de acuerdo) y 15 en negativo y se puntúan al revés para que muy en desacuerdo reciba una puntuación de cinco y totalmente de acuerdo recibe una puntuación de uno, en los que las encuestadas indican acuerdo o desacuerdo hacia el uso de AC, para hacer un total de 32 ítems. El puntaje total se obtiene de la sumatoria de las respuestas de cada ítem, un bajo puntaje indica actitudes negativas hacia la anticoncepción. Se ha reportado una Confiabilidad test-retest de .88; y una validez de criterio de $r = .72$ con la escala de evaluación de actitud anticonceptiva premarital y un $\alpha = 0.82$ (Apéndice H).

Saber contraceptivo perinatal. Para evaluar esta variable se utilizó la herramienta de Evaluación de conocimientos en anticonceptivos de Haynes et al. (2017), contiene 25 ítems cerrados con opción de única respuesta, que permite la evaluación de la línea de base de conocimientos, así como el conocimiento posterior a la intervención.

Sus preguntas reflejan temas de fisiología reproductiva, mecanismos de acción, eficacia, efectos secundarios, contraindicaciones médicas, conceptos erróneos comunes, enfermedades de transmisión sexual y anticoncepción de emergencia, los temas están dirigidos tanto a hombres como a mujeres. Esta escala ha sido validada, la puntuación media comparado con el inventario de conocimientos sobre anticonceptivos (estándar de

oro) fue de ($M = 9.1$ vs $M = 5.8$, $p < 0.001$), la comparación entre los grupos de menor y mayor conocimiento anticonceptivo resultó de ($M = 9.1$) en pacientes vs ($M = 19.4$) en estudiantes de medicina con una $p < 0.005$, en cuanto a la prueba-test-retest no hubo diferencias en los resultados ($p = 0.667$) (Apéndice I).

Precontemplación y contemplación anticonceptiva perinatal. Estas variables se midieron con la dimensión de intención del uso de AC de Manjarres et al. (2021), su validez y confiabilidad fue descrita en la preparación anticonceptiva perinatal, debido a que estas etapas representan la no intención (precontemplación), incremento de la intención pero aún en ambivalencia de utilizar un anticonceptivo (contemplación), esperando un incremento de la misma dirigido a la preparación hacia el uso de anticonceptivo perinatal al finalizar el embarazo (Apéndice J).

Procesos de cambio anticonceptivo perinatal. Para medir los procesos de cambio se utilizó la Escala procesos de cambio de anticoncepción, la cual fue adaptada de la versión de alcohol. La adaptación involucró el consenso de expertos sobre el conjunto de elementos finales. Incluye los 10 procesos de cambio: 1) cinco experienciales: toma de conciencia, alivio dramático, reevaluación ambiental, autoevaluación y liberación social; 2) cinco procesos conductuales: manejo del reforzamiento, contracondicionamiento, relaciones de ayuda, autoliberación y control de estímulos.

La escala cuenta con 25 ítems evaluados en escala Likert de cinco puntos, 1 (nunca) a 5 (repetidamente), su fiabilidad ha sido reportada de 0.86 - 0.88. La interpretación se realiza con la suma de los ítems por dimensión y total, indicando que a mayor puntaje, mayor uso de los procesos de cambio (Parrish et al., 2016).

Posterior a la integración de los ítems de Escala basado en los trabajos de Parrish et al. (2016), Floyd et al. (2007) y Manjarres (2020, p. 120), se evaluó la consistencia interna y sus dimensiones: procesos de cambio experienciales y conductuales con un ($\alpha = 0.90$, $\alpha = 0.81$ y $\alpha = 0.83$) respectivamente (Apéndice K).

Balance decisional anticonceptivo perinatal. Esta variable fue medida con escala diseñada por Galavotti et al. (1995). Consta de tres dimensiones cada una con cinco ventajas y cinco desventajas, para hacer un total de 30 ítems, evaluados con escala Likert, 1(No importante) hasta 5 (Extremadamente importante).

La fiabilidad reportada por el autor original en la dimensión uso de anticonceptivo general fue de $\alpha=.86$ para los pros y $\alpha=0.81$ para los contras, para el uso del condón con la pareja principal $\alpha=.93$ y $\alpha=.83$, para la última dimensión uso de condones con otras parejas $\alpha=.82$ y $\alpha=.87$ respectivamente. Los modelos de ecuaciones estructurales, 1) para el uso de condones con cuatro factores (pros y contras del uso del condón con la pareja principal y otras parejas) y el uso de anticonceptivos con dos factores (pros y contras) con los 30 factores, 2) ambos modelos obtuvieron un índice de ajuste comparativo ($CFI=0.92$) (Apéndice L). El puntaje se obtiene a partir de la sumatoria de medias de los ítems por dimensión y se interpreta a mayor puntaje, mayores ventajas de uso de MAC.

Autoeficacia anticonceptiva perinatal. La creencia de la capacidad de la adolescente para elegir un AC fue medida a través de la Escala de Autoeficacia de Galavotti et al. (1995), compuesta por tres dimensiones con cinco ítems cada una, evaluadas con escala Likert que va de uno (Nada seguro) a cinco (Extremadamente seguro), el puntaje total se obtiene sumando los ítems, interpretado a mayor puntaje, mayor autoeficacia.

La fiabilidad reportada va de $\alpha=.84$ para el uso general de anticonceptivos, uso de condón con la pareja principal y con otras parejas fue de .88 y .87 respectivamente. Estos resultados fueron semejantes a los reportados por Manjarres (2020) ($\alpha=.77$, .84 y .81) para el orden antes mencionado (Apéndice M).

Preparación hacia el uso de anticonceptivo perinatal. Para esta variable se utilizó la herramienta evaluación del uso de anticonceptivos de Manjarres et al. (2021) con la dimensión intención de uso de AC con los ítems del 10 al 15. Comparte el mismo

índice de validez de contenido que la dimensión uso de anticonceptivos, estos seis ítems obtuvieron un $\alpha = .70$ a $.79$.

Los ítems se encuentran en escala numérica de intención de uso por cada anticonceptivo, con un valor de cero puntos para la no intención hasta un máximo de intención de siete puntos, su interpretación es a mayor puntuación mayor intención de uso de anticonceptivos (Apéndice J).

Uso de anticonceptivo perinatal. Fue medido con el instrumento evaluación del uso de anticonceptivos analizado en su validez de contenido, criterio y confiabilidad en adolescentes mexicanas por Manjarres et al. (2021). En su primera dimensión está constituido por nueve ítems que abordan el uso de anticonceptivo, con una configuración algorítmica para guiar la información de acuerdo a cada respuesta.

En formato de pregunta dicotómica (ítem uno), opción múltiple para seleccionar solo una respuesta (ítem dos), pregunta abierta (ítem ocho), escala Likert (ítem tres al siete) y una escala de cero a siete (ítem nueve). Cada ítem tiene un valor de siete puntos en las respuestas que indican la elección del anticonceptivo para obtener una sumatoria. El índice de validez de contenido por escala fue de 1.0 con un $\alpha=.80$.

El resultado de la conducta se interpretó a partir de la sumatoria de la puntuación asignada a los ítems uno, tres - siete de la dimensión uso de anticonceptivos, la respuesta del ítem =siete puntos; ítems tres, cuatro y cinco, sí la respuesta es nunca = siete puntos, una vez = 3.5 y tres o más veces = cero; para las respuestas de los ítems seis y siete, sí la respuesta es uno = cero puntos, dos =1.75 puntos, tres = 3.5 puntos, cuatro = 5.25 puntos y cinco = siete. Las preguntas dos y ocho no tienen puntaje asignado, su función es descriptiva (Galavotti et al., 1995; Manjarres, 2020), la interpretación de la medición es a mayor puntuación, mayor uso de anticonceptivo (Apéndice N).

Descripción de la Intervención

CAMI-Spa se fundamentó en el MTT como guía para que las adolescentes se muevan de la precontemplación a la acción (DiClemente & Prochaska, 2005) y en el

enfoque de la EM el cual es una técnica de comunicación centrada en la persona con el objetivo de evocar las motivaciones de uso de anticonceptivos y a partir de estos se generó el modelo del cambio de conducta para el uso de métodos anticonceptivos (Manjarres, 2021). En esta adaptación CAMI-Spa-Clínico se integró la TCP (Fishbein & Ajzen, 1975), la cual abordó el CCP como un elemento de comunicación inmerso en el contexto clínico que podría influir en la conducta anticonceptiva, para lo cual se diseñó un componente de comunicación digital como refuerzo motivacional hacia la intención del uso de anticonceptivos.

La adición del CCP tiene fundamento en la ciencia de la implementación la cual muestra un modelo ecológico de enfoque multinivel que incorpora varias perspectivas teóricas clave para especificar las condiciones que deben cambiarse para llevar a cabo las acciones en salud (Gitlin & Czaja, 2016; Locher et al., 2011).

Contenido de la intervención

Los elementos propuestos para adaptar al CAMI-Spa al contexto clínico tiene como base teórica el MTT y el Modelo de Cambio de Conducta para uso de anticonceptivos en adolescentes, complementada con la TCP con énfasis en el control conductual percibido.

Para mantener la fidelidad de CAMI-Spa se conservaron los elementos lógicos del cambio de conducta anticonceptiva. Considerándolo en el modelo sociológico de intervención conductual de Gitlin & Czaja {Citation} el CCP, se ubicó en el segundo nivel en segundo nivel del modelo, ya que es un factor contextual que influye en el uso de anticonceptivos en la adolescente. En las dos sesiones CAMI-Spa-Clínico se entregaron los tres componentes: evaluación del riesgo, entrevista motivacional y creación de un plan seguro y posterior en la segunda se adicionó el componente de reforzamiento m-Health.

Evaluación del riesgo

Es un cuestionario electrónico con algoritmos en lenguaje de marcas de hipertexto (HTML5) para la interfaz y preprocesador de hipertexto (PHP) para la secuencia lógica de preguntas y respuestas en la web, constó de 22 preguntas referentes al riesgo de ITS, disposición para el uso de anticonceptivos, confianza e importancia de prevenir ITS y un segundo embarazo (Apéndice Ñ) con duración de cinco minutos.

Entrevista motivacional

Es un estilo de conversación colaborativa cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio (Miller & Rollnick, 2015). Está integrado por 8 actividades basadas en el MTT: discusión de planes a futuro, revisión de experiencias sexuales y uso de anticonceptivo, revisión de la historia del uso de anticonceptivo, reflexión sobre los resultados de riesgo de infecciones de transmisión sexual, discusión de las conveniencias e inconveniencias del uso de anticonceptivos, discusión del nivel de importancia y confianza en la prevención de un embarazo y una infección de transmisión sexual. La ejecución de estas actividades tiene una duración de 20 a 30 min (Figura 10).

Creación de un plan seguro

Contiene los pasos a seguir de la adolescente a fin de lograr la elección de un anticonceptivo para ser colocado en el periodo posparto, de acuerdo con lo referido en el Manual del consejero CAMI-Spa (Barnet et al., 2019) (Apéndice O).

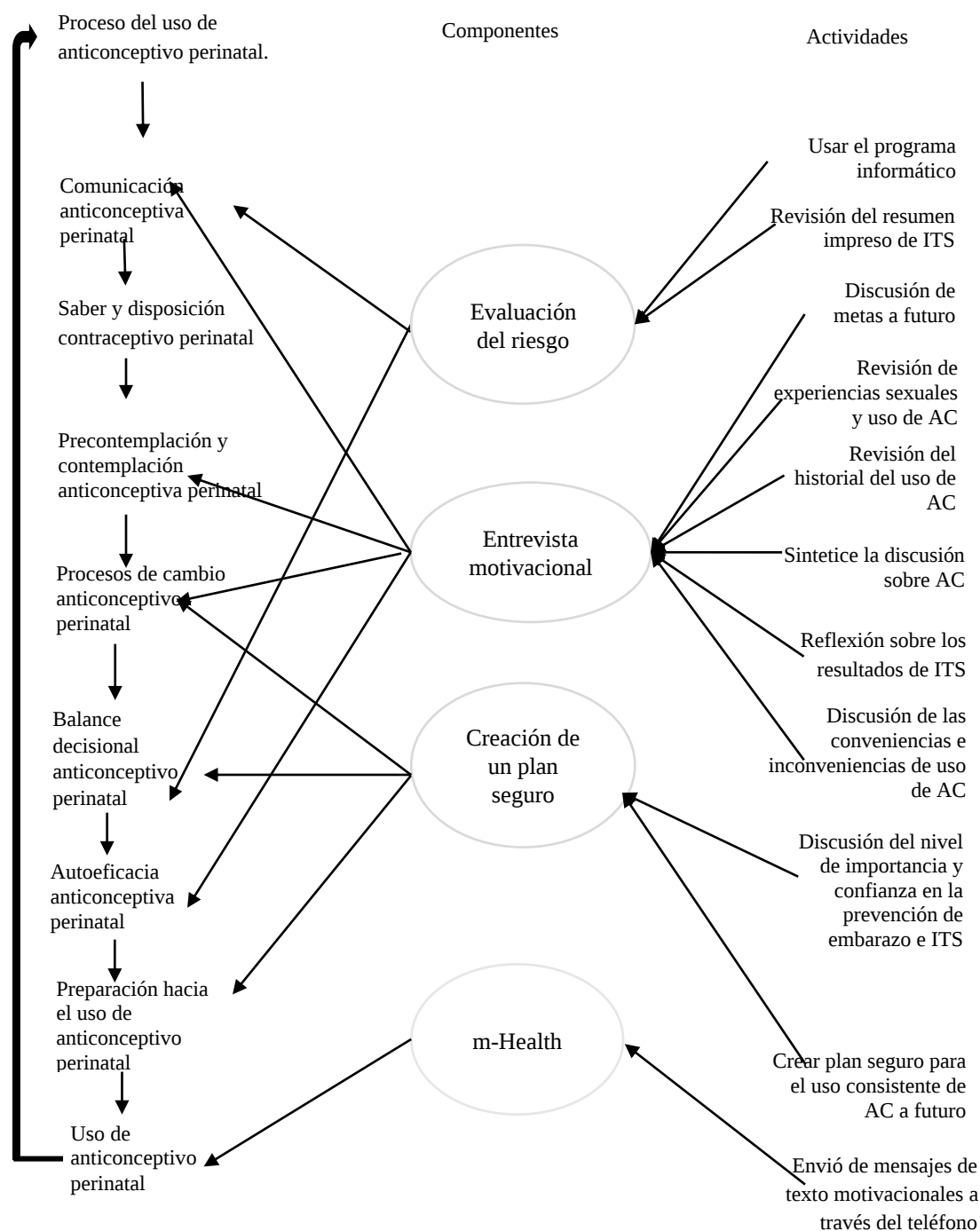
Componente m-Health

Contiene 36 mensajes motivacionales para fortalecer el control conductual percibido, ubicados en el apéndice P, elaborados conforme a la investigación de la literatura y en colaboración con dos expertas, una en la metodología e-Health y la segunda en intervenciones y embarazo adolescente. Posterior, a través de la metodología de grupo focal siete jóvenes estudiantes de secundaria adaptaron al lenguaje coloquial y digital los mensajes, cuidando no perder la idea central del mismo. Estos fueron

enviados uno cada tres días, excepto sábado y domingo a partir de la conclusión del posttest y hasta el inicio de trabajo de parto (Apéndice Q).

Figura 10

Rol del MTT y TCP como guía del CAMI-spa-Clínico adaptada de Manjarres (2020).



Nota. AC= Anticonceptivo

Duración, dosis y modalidad de entrega

La primera sesión se brindó alrededor de la semana 28, la segunda, alrededor de la semana 32, cara a cara, en un consultorio enfermería. En cada sesión CAMI se realizó: 1) introducción del consejero CAMI; 2) la aplicación de la evaluación del riesgo a la adolescente gestante; 3) interpretación del resumen reportado por la evaluación de riesgo; 4) desarrollo de las actividades de la EM y 5) elaboración de un plan seguro de acuerdo con el manual del consejero. Al término de la sesión 6) planeación de la siguiente sesión; 7) despedida y 8) envío de m-Health. El reforzamiento se realizó a la semana posterior de haber concluido el postest y hasta la semana 40 de gestación o fecha en la que ocurrió el parto.

Descripción del Tratamiento Control

La consejería de planificación familiar del GC estuvo fundamentada en la guía técnica médica para el uso de la metodología anticonceptiva del complejo hospitalario sede (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2016) que consta de dos componentes, se describen a continuación.

Evaluación del riesgo reproductivo

Los factores de riesgo se evaluaron mediante interrogatorio y exploración física, por último, se registran las acciones en el expediente clínico con una duración de 10 minutos.

Comunicación educativa basada en la guía técnica del IMSS

Es la precisión y veracidad de la información que se brinda, donde la persona pueda aclarar sus dudas y ampliar sus conocimientos. El personal de salud y el usuario interactúan a un mismo nivel, la información debe ser clara, veraz, oportuna y comprensible a fin de dar respuesta a las necesidades de las usuarias y favorecer la toma de decisión con relación a la anticoncepción (IMSS, 2016), con duración de minutos. Cabe mencionar que esta intervención fue entregada por las enfermeras especialistas en

medicina de familia de la unidad de primer nivel, en virtud de que es la forma de brindar la asesoría anticonceptiva de manera habitual.

Duración dosis y modalidad de entrega

En cada sesión se llevó a cabo la valoración del riesgo y comunicación educativa personalizada con base en los factores de riesgo obstétrico actuales, dirigida a la aceptación de un anticonceptivo en el postevento obstétrico en una sesión individual, cara a cara en el consultorio de atención de enfermería alrededor de la semana 28 de gestación con una duración de 20 minutos.

Procedimiento

Fase I. Adaptación al contexto clínico de la intervención CAMI-Spa

Una vez que se obtuvo la autorización del Comité de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de Nuevo León (FAEN) y del Comité de investigación 1006 del hospital sede donde se desarrolló la fase II, el cual está conformado de una unidad de primer nivel y un hospital de segundo nivel con independencia en su administración y en lo sucesivo se denominará clínica sede. Posterior se solicitó autorización a los directivos de la clínica sede para ingresar a dicho nosocomio y acceder a los datos de la población objetivo, es importante mencionar que dicha unidad es de primer contacto para las adolescentes embarazadas y a partir del tercer trimestre son referidas al hospital de segundo nivel para su atención en la consulta externa de obstetricia.

Valoración. Abarcó del 19 de enero al 15 de febrero de 2022, comenzó con la presentación del proyecto a los directivos de una unidad de características similares a la clínica donde se desarrolló la fase II. Se solicitó el censo de embarazadas a la jefa de enfermeras de esta unidad, dicho censo contenía datos de identificación, contacto de las adolescentes y fecha de asistencia a la consulta prenatal. Una vez identificadas en colaboración con las trabajadoras sociales, se les invitó a participar vía telefónica explicando el propósito de la entrevista, procedimiento, duración de esta y se hizo

énfasis en la libertad de retirarse en el momento que ellas decidieran. De las 17 adolescentes censadas, se logró la participación de 10.

Un día antes de la cita se les envió un mensaje vía WhatsApp para confirmar la cita en compañía del tutor legal. El día de la reunión la investigadora principal se presentó con ellos recordando los aspectos éticos de su participación, posterior se procedió firmar el consentimiento (Apéndice R) y asentimiento informado (Apéndice S).

Las guías de entrevistas (Apéndice T) previamente revisadas por expertos (Apéndice U) se realizaron en un espacio privado al interior de la unidad, durante 25 días hábiles, cabe mencionar que las entrevistas fueron grabadas y transcritas en Word por la investigadora principal, el contenido de la entrevista fue para indagar en las adolescentes aspectos sociodemográficos, experiencias, determinantes de comportamiento, expectativas de la consejería anticonceptiva, logística de la intervención, tendencias recientes m-Health y preferencias en materiales didácticos en un entorno clínico (McKleroy et al., 2006).

Posterior a esto, se realizó la comparación de las características de las adolescentes que asistían a la consulta prenatal de la clínica sede con las adolescentes participantes en la intervención CAMI-Spa y se efectuaron los ajustes pertinentes, (Tabla 2). Una vez concluida esta actividad, se abordaron a 10 proveedores de salud para solicitar su participación, se explicó el propósito del estudio, se describió el contenido de la entrevista (Apéndice V), la cual tuvo una revisión previa por expertos (Apéndice W) enseguida se agendó una cita para realizar dicha actividad.

Las citas se concretaron del 25 de enero al 5 de febrero 2022, seis participantes reprogramaron su participación hasta en tres ocasiones, alargándose el periodo de recolecta de información dos semanas más de lo planeado (15 de febrero), finalmente tres proveedores decidieron cancelar su participación (enfermera general, trabajadora social y un médico gineco-obstetra).

Finalmente se realizaron siete proveedores de salud conformados por directivos de mandos alto y medio, así como personal operativo quienes otorgaron su consentimiento informado (Apéndice X), el procesamiento de la información sucedió de la misma manera que las entrevistas a las adolescentes, los resultados de las entrevistas se encuentran en el apéndice Y. Una vez concluido este proceso, se revisó nuevamente el ajuste (Tabla 2) para adaptar las brechas entre las características presentadas en las adolescentes adscritas al complejo hospitalario, las participantes de la intervención CAMI-Spa, así como de los recursos del hospital sede.

Tabla 2

Plantilla de ajustes en las características sociodemográficas

Adolescentes CAMI- Spa.	Adolescentes embarazadas del hospital sede	Descripción de la adaptación al contexto clínico.	Justificación
Promedio de edad 16.09, 8.53 años de estudio, 90.41% eran amas de casa, 86.49% vivía en unión libre con el papá de su hijo, el 54.79% no usó un anticonceptivo previo al embarazo, 72.42% no tenían vida sexual al momento de la encuesta, promedio de embarazos 1	Promedio de edad 17.8, 9.5 años de estudio, el 100% cursaba con el primer embarazo de las cuales el 60% se encontraba en el segundo trimestre, el 85% no usó un anticonceptivo previo al embarazo y el 50% mantenía una vida sexual ($n=30$).	Aplicar la intervención a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años.	Discurso del personal de salud del hospital: “...la Secretaría de salud, el mayor número de embarazo en adolescentes”. “... es mucho menos que en un SSA, pudiera ser que el 10% de las adolescentes de... nuestra población en partos este [...] de los 18 para abajo en ocasiones ha sido menos”. Concepto la adolescencia etapa de vida entre la infancia y adultez desde los 10 a los 19 años (World Health Organization, 2019) concepto compartido con la Norma Oficial Mexicana 047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años (DOF - Diario Oficial de la Federación, 2015).

Adicionalmente esta intervención contaba con una adaptación al español y cultura de adolescentes mexicanas (CAMI-Spa) realizada en contexto comunitario donde resultó eficaz para activar los procesos de cambio, incrementar la autoeficacia, las ventajas el uso de anticonceptivos en general y del condón con otras parejas, disminuir las desventajas del uso del condón con otras parejas, pero no obtuvo esta evidencia para la variable intención de uso de anticonceptivo y conducta anticonceptiva (Manjarres, 2020).

Por lo que se consideró que el CAMI-Spa se podría adaptar al contexto clínico, considerando que existe escases de intervenciones motivacionales eficaces, basadas en teoría en este contexto para incrementar el uso de AC en adolescentes mexicanas en etapa prenatal (Frederiksen et al., 2018; Manjarres-Posada et al., 2022) así mismo se valoró la pertinencia de adicionar un componente de reforzamiento para optimizar el resultado primario (Gittlin & Czaja, 2006).

Cabe mencionar que para esta fase se solicitó la colaboración de expertos en EM pertenecientes al Latino Alcohol and Health Disparities Research and Training Center de la Universidad del Paso Texas, intervenciones conductuales de la Universidad de Guanajuato, expertos en salud sexual y reproductiva de adolescentes de la Secretaría de Salud, la autora de CAMI-Spa y un experto en bioética.

Con respecto a las primeras, revisaron los elementos y pasos de CAMI-Spa y mencionaron que cuenta con las herramientas básicas, espíritu de cambio, procesos y elementos esenciales para promover la plática de cambio y disminuir la reactancia psicológica.

Las expertas en intervenciones valoraron la pertinencia de modificar la instrucción de los pasos 3,5,8, y 9 considerando que en esta ocasión la adaptación comprende la etapa prenatal. Por otro lado, mencionaron que es importante hacer énfasis en el uso de anticonceptivos previo al embarazo actual. Así como, tomar en consideración las narrativas del personal de salud y no modificar de forma profunda los

elementos centrales de la intervención y los expertos en salud sexual y reproductiva en adolescentes sugirieron incluir infografías o formas ilustrativas en los materiales de educación.

Ante la consejería anticonceptiva directiva que externaron los proveedores de salud al momento asesorar a las adolescentes, motivó al experto en bioética a recomendar la adición del consentimiento informado institucional al plan seguro como una forma de evidenciar la elección de un AC por parte de la adolescente y evitar la consejería directiva.

De acuerdo a la evidencia mostrada sobre la eficacia del CAMI, recomendaciones de los expertos y lo dispuesto en el desarrollo de intervenciones por la ciencia de implementación, se seleccionó el CAMI-Spa, para adaptarla al contexto clínico.

Preparación. En esta etapa se valoró la pertinencia de utilizar los recursos de infraestructura (consultorios) y materiales didácticos del complejo hospitalario, en diálogo con los responsables del programa de atención al adolescente se ubicaron diversos materiales didácticos que cubrían las sugerencias de los expertos y las necesidades expresadas por las adolescentes en la fase de valoración.

Cabe mencionar que los componentes y actividades de la intervención CAMI-Spa no se modificaron. Sin embargo, se identificó un factor de interacción contextual en el entorno clínico que podría influir en la variable resultado principalmente, este factor fue la consejería anticonceptiva prescriptiva y directiva que se practica de forma habitual.

Para controlar esta situación se adaptó el instrumento de Evaluación del Consumidor a Proveedores y Sistemas de Atención Médica (CAHPS) Conjunto de elementos de Competencia Cultural de Weech et al. (2012). Lo anterior en concordancia con la ciencia de la implementación, donde refiere que los factores ambientales y de comportamiento ejercen una influencia poderosa y grande en la salud y el bienestar

(Gitlin & Czaja, 2016), como es el caso de la comunicación anticonceptiva prescriptiva y directiva la cual fue un resultado evocado de las entrevistas cualitativas en la etapa de valoración. En el entendido que las intervenciones ocurren dentro de un contexto que incluye múltiples niveles: el individuo, el entorno en el que se lleva a cabo la intervención, dado que existen interacciones significativas entre estos niveles, es más probable que las intervenciones tengan éxito y sean sostenibles si consideran las características de cada nivel y las interacciones entre ellos.

Por lo tanto, la variable comunicación anticonceptiva perinatal que inicialmente surgió en la literatura científica como una posible influencia para que la adolescente usara un anticonceptivo (Carvajal et al., 2017, 2019; Castro & Erviti, 2015; De la Vara-Salazar et al., 2018) coincidió con los resultados cualitativos de la etapa de valoración por lo que se decidió emplearla como un determinante contextual. Ante la situación de comunicación en el contexto clínico y tomando en cuenta que los mensajes de texto son el método de comunicación preferida de los adolescentes (Guerrero et al., 2020; Tebb et al., 2019) y mejoran el sentido de conexión con el personal de la clínica (Irons et al., 2015) se enviaron los m-Health con frases motivacionales hacia el uso de los AC.

Por último, referente al proceso de la adaptación al contexto clínico, en la tabla 3 se muestra las reuniones y acuerdos realizados con los directivos de la clínica sede, así como la forma en que se derivó la información al personal operativo de la institución.

Prueba Piloto. Se realizó en una unidad de primer nivel con características similares a la clínica sede donde se aplicó la fase II, previa autorización (Apéndice Z). Para iniciar el reclutamiento se solicitó información a las trabajadoras sociales posterior las adolescentes fueron convocadas vía telefónica para recibir pláticas de educación para la salud de forma general, actividad programada mensualmente por las trabajadoras sociales.

Tabla 3*Plantilla de adaptaciones al contexto clínico del CAMI-Spa*

Componente	Actividad/Contenido CAMI-Spa	Descripción de la adaptación al contexto clínico	Justificación
Manual del consejero CAMI	Paso 3 Revise la información generada en la evaluación de riesgo de embarazo, etapa de cambio y riesgo de ITS.	Se modificó la instrucción del paso 3, de la siguiente forma: Revise la información generada en la evaluación de riesgo de ITS.	En esta versión, la adolescente se encuentra en periodo prenatal, por tanto, no es posible evaluar el riesgo de embarazo ni la etapa de cambio.
	Paso 5 Revise las experiencias sexuales y uso de anticonceptivos recientes de la participante basándose en la evaluación de riesgo.	Se modificó la instrucción de la siguiente forma: Revise las experiencias sexuales y uso de anticonceptivos en el pasado reciente, antes al embarazo actual, así como intención de uso AC posterior embarazo.	El (96.7%) de las adolescentes gestantes de la muestra piloto manifestaron no haber utilizado un anticonceptivo previo al embarazo actual. Sin embargo, los expertos mencionaron que es importante profundizar en el uso de AC incluso antes al embarazo para conocer sus creencias sobre los AC y los motivos de no usarlo para de esta forma ir construyendo la EM.
	Paso 8 Revise los resultados de las evaluaciones de riesgo de embarazo e ITS.	Paso 8 Revise los resultados de las evaluaciones de riesgo de ITS e intenciones de un 2do embarazo.	El 50% de las adolescentes manifestaron que mantienen vida sexual durante el embarazo.
	Paso 9 Sintetice la discusión acerca de las evaluaciones ITS.	Paso 9 Sintetice la discusión acerca de las evaluaciones ITS.	El vivir en pareja las mantiene sexualmente activas se ha reportado que tener < 25 años se asocia con la reanudación sexual, antes de seis semanas postparto (Sridhar & Salcedo, 2017). La evaluación del riesgo citado en la versión CAMI-Spa, evalúa el riesgo de embarazo en participantes que se encuentran en etapa posparto.

(Continúa)

Tabla 3*Plantilla de adaptaciones al contexto clínico del CAMI-Spa (Continuación)*

Componente	Actividad/Contenido CAMI-Spa	Descripción de la adaptación al contexto clínico	Justificación
			En esta versión las pacientes se encuentran en etapa prenatal, por lo cual solo se puede valorar el riesgo de ITS y discutir sobre la intención de un segundo embarazo.
Materiales	Material didáctico Ficha con el mapa temático de anticonceptivos fichas informativas y muestrario sobre cada anticonceptivo basado en guías de la OMS Diseño de mapa temático y fichas informativas sobre ITS, basadas en información de la CDC y OMS. 2 sesiones presenciales de 30 a 60 minutos, en etapa postnatal	Material didáctico diseñado y distribuido por el Hospital sede Kit de sexualidad: con muestra de todos los anticonceptivos disponibles en el hospital sede. Rotafolio: salud sexual y reproductiva Pizarrón tamaño carta y plumones	La utilización de los materiales didácticos institucionales para promocionar los AC familiar facilitó la adopción de la intervención a futuro en este hospital. La experta en salud reproductiva mencionó que las adolescentes tienen preferencia por las infografías y formas gráficas como facilitadores del aprendizaje. Las adolescentes refieren que les gustaría aprender de carteles explicativos, así como tocar los anticonceptivos.
Entrega de la intervención	Comenzar el reclutamiento a la semana de gestación 20 y comenzar el llenado de instrumentos, a la semana 24 terminar con el proceso posterior brindar la primera sesión cercana a las 28 semanas y las segunda a lo más cercano a la semana 32, es decir 2 sesiones presenciales de 30 a 60 minutos en etapa prenatal.	Retomar las características de la intervención CAMI Multicomponente, primera versión	En la intervención CAMI, las pacientes se reclutaron a las 24 semanas de gestación y se aleatorizaron a la semana 32, involucrar a la paciente poco después de reclutamiento, minimizar retrasos en las citas genera confianza en las madres adolescentes (Barnet et al., 2009)

(Continúa)

Tabla 3*Plantilla de adaptaciones al contexto clínico del CAMI-Spa (Continuación).*

Componente	Actividad/Contenido CAMI-Spa	Descripción de la adaptación al contexto clínico	Justificación
	Modo de entrega -Cara a cara, individualmente en el domicilio de la adolescente.	Cara a cara, individualmente en un consultorio prenatal	Otros autores han empleado la EM para prevenir el embarazo subsecuente desde las 28 semanas de gestación (Stevens et al., 2017)
	Sin instrumento para controlar la comunicación anticonceptiva en un contexto clínico.	Adaptación del instrumento para controlar la comunicación anticonceptiva en un contexto clínico.	Para las adolescentes infraestructura y aspecto del consultorio, vestimenta del proveedor de salud no es importante. Sin embargo, les gustaría que fuera limpio y organizado.
	No aplica	Se diseñó y adicionó un componente de reforzamiento motivacional a través de mensajes m-Health.	Los proveedores mencionaron que es necesario que la unidad cuente con un espacio digno que guarde la privacidad de paciente al momento de la consejería. Los proveedores de salud evocaron frases sobre consejería prescriptiva” (Apéndice Q) Los resultados de la prueba piloto mostraron que el 96% de las adolescentes en una $n=30$ tenían un celular propio y el resto un celular familiar en el cual podían recibir mensajes motivacionales

(Continúa)

Tabla 3*Plantilla de adaptaciones al contexto clínico del CAMI-Spa (Continuación)*

Componente	Actividad/Contenido CAMI-Spa	Descripción de la adaptación al contexto clínico	Resultados
			Además de que el tiempo que desean recibir este tipo de mensajes osciló entre 1 y 2 meses tres veces a la semana, descartando los sábados y domingos. Se obtuvo oficio de autorización de ingreso y acceso a la información a la unidad médica de primer nivel de atención (Apéndice Y). Colaboración e involucramiento de los proveedores de la clínica.
Preparación de la clínica y/o agencia	No aplica	Reunión con los directivos del hospital sede. Coordinación con el departamento de trabajo social y asistentes médicas para invitar a las adolescentes a participar con el equipo de investigación CAMI-Spa-Clínico y de esta forma colaborar con estos departamentos en cuanto a los indicadores de capacitación en planificación familiar de las adolescentes. Presentación de la intervención a los directivos del Hospital sede. Se consideró la inclusión del instrumento consentimiento informado institucional para incluirlo a las hojas de trabajo del plan seguro. Difusión de la intervención de forma escalonada a los subjeses, jefes de piso, especialistas y enfermeros generales	La jefatura de enfermería del hospital sede emitió un oficio de apoyo para implementar solo dos mediciones pre y post, se descartó el seguimiento. (Apéndice Z) Se acordó que los datos de identificación de las adolescentes se registrarían en los formatos de capacitación anticonceptiva institucional. Se giraron oficios de apoyo a la implementación de la intervención CAMI-Spa-Clínico y se difundieron por admisión de tococirugía y tococirugía (labor, quirófanos y sala de recuperación).

Una vez reunidas, se hizo la invitación para participar en la prueba piloto, explicando los objetivos, procedimiento, haciendo énfasis en que su participación era voluntaria y su decisión no afectaría de ninguna manera en la atención de salud de esta clínica, además de que todos los datos recabados serían manejados exclusivamente por la investigadora principal y de forma confidencial.

Las ocho adolescentes que asistieron a la cita aceptaron participar, posterior a su aceptación, su tutor legal firmó el consentimiento informado (Apéndice AA) y ellas el asentimiento informado (Apéndice BB), enseguida se aplicó la primera medición de instrumentos al finalizar con este procedimiento, se les brindó una cita que fuera compatible con su próxima visita al hospital (toma de laboratorios, ultrasonido, consulta médica, nutrición y vacunas). Dichas citas se programaron a los siete días respecto a la primera reunión.

Las dos adolescentes faltantes para completar la muestra requerida para esta fase $n=10$ se buscaron en la sala de espera de la consulta externa durante cinco días. Se identificaron cuatro adolescentes a quienes se les invitó a participar, solo dos aceptaron y se siguió el mismo procedimiento comentado en el párrafo anterior.

La intervención se implementó del siete al 11 de marzo en horarios matutino y vespertino, los mensajes m-Health se enviaron al día siguiente de la sesión CAMI-Spa y posterior cada tercer día hasta completar tres mensajes, enviados a las 18:00 horas, concluyendo el 15 de marzo. El posttest se aplicó el día 28 de marzo, día que estaban citadas las adolescentes para recibir información inherente al embarazo de alto riesgo en el departamento de trabajo social, lo referente a los resultados de esta fase cuatro se muestran en el apéndice (Apéndice CC).

Fase II Procedimiento ensayo clínico aleatorizado piloto

Posterior a observar cambios al posttest en todas las variables de la prueba piloto se consideró que inició el proceso de adaptación, enseguida se dio seguimiento a la calidad de la entrega y monitoreo continuo para garantizar la fidelidad a través de un ECAP (McKleroy et al., 2006) , acorde a este planteamiento, se denominó CAMI-Spa-Clínico y se dio inicio la fase II.

Esta fase comenzó con la capacitación a un asistente de investigación egresado de la licenciatura de enfermería sobre el proyecto de investigación, instrumentos, plan de fidelidad y las funciones a desempeñar en estos procesos, posterior comenzó la fase de reclutamiento que a continuación se describe con el resto de los procedimientos hasta llegar a la conclusión de la recolecta de datos.

Reclutamiento e inscripción al estudio. Esta etapa inició el 1 abril al 15 de octubre 2022 se monitorizó el ingreso de adolescentes gestantes a la consulta médica a través de la plataforma red local de consulta de la clínica sede de manera mensual, se extrajeron los datos de las adolescentes de nuevo ingreso hasta completar la muestra calculada. En el mes de abril posterior a la extracción de los datos de las adolescentes embarazadas, se presentó al equipo de investigación identificándose con los oficios de autorización (Apéndice DD) ante las jefaturas de asistentes médicas y trabajo social para que el personal a su cargo brindara la información de las adolescentes, las primeras, facilitaron la fecha de la próxima cita prenatal y las segundas refirieron a las adolescentes de 10 a 19 años con el equipo de investigación.

El asistente de investigación se presentó el día y hora de la consulta prenatal para realizar la invitación a participar. Si la adolescente no acudía con el tutor se le invitaba a participar y a su vez a que en la próxima consulta prenatal se presentara en compañía del tutor, una vez que ambos se presentaron se formalizó su participación se explicaron los objetivos, detalles del procedimiento, aspectos éticos y legales. En el caso de las adolescentes de 18-19 años se realizó la invitación explicándoles de forma clara el

objetivo y procedimientos sin requerir la firma del tutor, ya que legalmente tienen reconocimiento como adultos.

Las adolescentes fueron registradas en la bitácora de reclutamiento (Apéndice EE) y el asistente de investigación verificó que las pacientes cumplieran con los criterios de inclusión por medio del cuestionario filtro, (Apéndice FF), al cubrir los requisitos de ingreso y aceptar participar en el estudio se procedió a la firma del consentimiento (Apéndice GG) y asentimiento informado (Apéndice HH) para la fase II, las adolescentes de 18 y 19 años solo firmaron consentimiento informado (ver Apéndice II) con apego a las consideraciones éticas de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud [SSA], 2014).

Una vez que se les informó sobre el objetivo del estudio y el procedimiento se hizo énfasis en que su participación era voluntaria y en caso de no aceptar no se afectaría su atención médica, posterior se verificó que las adolescentes estuvieran entre la semana 20-26 de gestación para aplicar los primeros cinco cuestionarios: (cédula de identificación, saber contraceptivo perinatal, disposición contraceptiva perinatal, procesos de cambio anticonceptivo perinatal y preparación hacia el uso de anticonceptivo perinatal).

Las adolescentes que tuvieron problemas de lectoescritura contaron con la asistencia de los miembros del equipo de investigación, al terminar se agendó su próxima cita corroborando la fecha en la tarjeta de citas y con la asistente médica para continuar con la aplicación del resto de cuestionarios (autoeficacia anticonceptiva perinatal, balance decisional, y uso de anticonceptivo perinatal).

Asignación aleatoria. Una vez que las participantes cumplieron con los criterios de inclusión, firmaron el consentimiento y asentimiento informado, además de contestar los seis cuestionarios el asistente de investigación las asignó al grupo control (GC) o grupo intervención (GI) de acuerdo a la lista generada por el Software research randomizer, asignando el número uno al grupo control GI y dos para el GC (Apéndice

A), sin mencionar a la adolescente ni al tutor legal el grupo asignado (Polit & Tatano, 2017).

Posterior, se monitorizaron las citas prenatales con la asistente médica de cada consultorio al cual pertenecían las adolescentes tomando en cuenta las semanas de gestación y se programó la primera sesión de consejería tanto del GC como el GI lo más apegado a la semana 28 y emparejada con el horario de su consulta médica prenatal, se tomaron en cuenta las opiniones de la adolescente y tutor para programar la hora (antes o después de la consulta médica). Una vez establecida la fecha y hora de la cita se registró en la agenda del equipo de investigación por separado.

El acceso a la agenda del GI fue exclusivo para el consejero CAMI y el asistente de investigación, la cual contiene datos del nombre, fecha y hora de la cita, semanas de gestación, fecha probable de parto, número y horario de atención del consultorio médico.

La agenda del GC fue controlada solo por el asistente de investigación, el cual se encargaba de notificarle a la enfermera especialista en medicina de familia el nombre de la adolescente, fecha y hora de cita. En cada cita el asistente de investigación esperaba a las adolescentes en la sala de espera del consultorio correspondiente y las dirigía al consultorio de atención de enfermería el cual se encontraban dentro del mismo edificio de la unidad médica de primer nivel en el caso del GC.

Para el GI el consejero CAMI-Spa-Clínico acudió al consultorio médico y por medio de la asistente médica identificaba a la adolescente, una vez identificada, el consejero se presentaba con la adolescente y el familiar acompañante, para después dirigirlos al consultorio CAMI ubicado en otro edificio a 100 metros aproximadamente de la unidad médica de primer nivel, se le pidió al familiar que aguardará en la sala de espera.

Para controlar que otro proveedor de salud brindara consejería anticonceptiva se informó a la adolescente sobre sus derechos reproductivos y se le pidió el apoyo para

evitar otro tipo de consejería posterior a las sesiones CAMI y hasta su parto, misma información recibieron las adolescentes del GC por parte del asistente de investigación.

La siguiente sesión se programó a las tres o cuatro semanas posteriores a la primera sesión, cuidando lo más apegado a la semana 32 además de seguir la metodología CAMI-Spa-Clínico, se firmó el consentimiento informado institucional debidamente requisitado, se anexó a su cartilla de citas y se brindó el contacto telefónico del equipo de investigación por el cual se enviarían los m-Health.

Las aplicaciones de los instrumentos en el posttest se realizaron en las siguientes dos consultas (saber contraceptivo, disposición contraceptiva, comunicación, procesos de cambio, balance decisional, autoeficacia anticonceptiva perinatal). El instrumento uso de anticonceptivo se evaluó en las primeras 24 horas posteriores al parto o cesárea en el servicio de obstetricia de la clínica sede.

En la primera parte de aplicación del posttest se les recordó que al ingresar a la clínica sede para la atención de parto notificaran al número de contacto del equipo de investigación. Como medida de control todos los días por la mañana el equipo de investigación revisó el censo de ingresos del servicio de admisión de tococirugía en búsqueda de las adolescentes de ambos grupos. Al tener conocimiento del ingreso de una adolescente, por cualquiera de las dos vías (aviso por parte la adolescente o censo de tococirugía), un integrante del equipo se presentó a la clínica para verificar su ingreso y consentimiento informado, si no contaba con él, se realizaba nuevamente y anexaba en la tarjeta de citas, el trabajo de parto se monitorizó de forma externa y al egreso de recuperación se verificó el anticonceptivo colocado. Al día siguiente se hizo la visita en piso para aplicar los últimos dos instrumentos: uso de anticonceptivo y aceptabilidad, por último, se les entregó el obsequio de cuidado para el bebé y se agradeció su participación.

Entrega de la intervención CAMI-Spa-Clínico

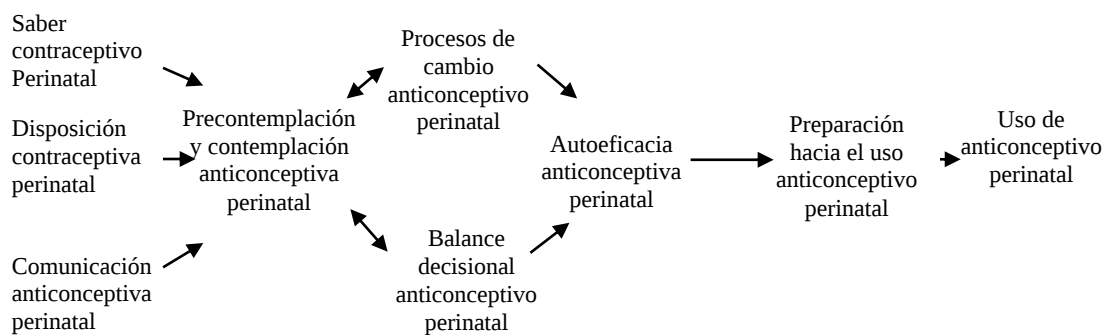
CAMI-Spa-Clínico, es una intervención motivacional, adaptada al contexto clínico considerando la relevancia que tiene la comunicación en este entorno, guiada por los conceptos del MTT, modelo de cambio de conducta hacia el uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes y la TCP como se muestra en la (Figura 11), dirigida a adolescentes gestantes de 10-19 años, el extenso del mapeo se encuentra en el Apéndice JJ.

Cada sesión de CAMI-Spa- clínico se desarrolló de la siguiente forma:

1. Evaluación del riesgo, (ver Apéndice L), con duración de (5 minutos).
2. Entrevista motivacional, estilo de conversación colaborativa cuyo propósito fue motivar el compromiso de la persona con el cambio (Miller & Rollnick, 2015), está integrado por ocho actividades basadas en el MTT y MCC-MAC previamente mencionadas.
3. Creación de un plan seguro, contiene los pasos a seguir de la adolescente a fin de lograr una decisión anticonceptiva.
4. m-Health, envío de mensajes texto adaptados al lenguaje de los adolescentes como componente de refuerzo, los cuales fueron enviados a través de un móvil de forma unidireccional tres veces a la semana.

Figura 11

Mapeo de la intervención CAMI-Spa-Clínico



Entrega del tratamiento control

La consejería anticonceptiva del GC se fundamentó en la guía técnica médica para el uso de la metodología anticonceptiva (IMSS, 2016) y consta de dos componentes.

El primero basado en la evaluación de riesgo y el segundo en la estrategia de comunicación, a continuación, se detallan:

1. Evaluación del riesgo reproductivo, los factores de riesgo se evaluaron mediante interrogatorio y exploración física, por último, se registran las acciones en el expediente clínico (10 minutos).
2. Comunicación educativa, es la precisión y veracidad de la información que se brinda, es decir, que la persona pueda aclarar sus dudas y ampliar sus conocimientos. El personal de salud y el usuario interactúan a un mismo nivel, al reconocer la información debe ser clara, veraz, oportuna y comprensible a fin de dar respuesta a las necesidades de las usuarias y favorecer el uso de anticonceptivos (10-15 minutos) (Ver Apéndice KK).

Duración dosis y modalidad de entrega. Se realizó una sesión, en la que se llevó a cabo la valoración del riesgo y comunicación educativa, personalizada con base en los factores de riesgo obstétrico actuales, dirigida a la aceptación de un anticonceptivo de alta continuidad en el postevento obstétrico en sesiones individuales, cara a cara en el consultorio de atención de enfermería, brindada alrededor de la semana 28 de gestación con una duración de 20-25 min.

Monitorización

Después del postest se monitorizó diariamente el censo de ingresos del servicio de admisión de tococirugía el ingreso a la clínica y también se estuvo al pendiente de las notificaciones telefónicas de las adolescentes. Al momento de identificar a una participante en el censo de admisión, la conducta fue expectante por parte del equipo de investigación, hasta verificar el ingreso al servicio de tococirugía.

Al ingreso a dicho servicio se verificó que el consentimiento informado institucional estuviera correctamente requisitado. Posterior se monitorizó el egreso de la adolescente del servicio de tococirugía, se verificó el anticonceptivo adoptado y se registró en las notas clínicas (Apéndice C).

Finalización del estudio

El estudio se dio por terminado a las 24 horas posparto, una vez resuelto los últimos dos cuestionarios: Evaluación del Uso de Anticonceptivos, ver apéndice N y aceptabilidad, ver apéndice D. Se agradeció su participación y se entregó un regalo para el cuidado del recién nacido. Los instrumentos generados durante esta investigación se clasificaron, archivaron y resguardaron bajo llave por el investigador principal.

Fidelidad de la Intervención

Se llevó mediante el plan de fidelidad (Apéndice LL), el cual se diseñó para monitorizar la documentación, interpretación y análisis de la entrega de la intervención, adicionalmente se utilizó la lista de verificación de fidelidad de la entrega CAMI-Spa, (Manjarres, 2020), (ver Apéndice MM), la encuesta de aceptabilidad de Akinola (2019), (ver en apéndice D) y la lista de verificación de m-Health (Apéndice NN).

Consideraciones Éticas

Las intervenciones en salud, en especial las que modifican algún aspecto físico, psicológico, genético o cualquier otra índole en el ser humano que acepta participar en una investigación, requiere apegarse a los estándares de calidad y respeto a los derechos humanos, debido a que los métodos de la ciencia pugnan por las buenas prácticas en salud.

Es por ello que éste estudio enmarca la entrevista motivacional en los postulados del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (SSA, 2014) en los siguientes artículos y fracciones:

Artículo 3, Fracción III, dónde hace referencia que la investigación para la salud comprende las acciones que contribuyan a la prevención y control de los problemas en

salud. Este trabajo contribuye a la generación de conocimiento en materia de prevención de embarazos subsecuentes en adolescente, por lo tanto, se atiende lo referido en dicho artículo.

En el artículo 13 y 14, de lo dispuesto en las bases I, II, IV, V, VI, VII, VIII, donde se aborda la integridad, confidencialidad y legalidad con la que deberán ser tratadas las adolescentes ya que en todo momento se brindó protección a los datos personales tanto en los instrumentos como en todos los formatos de registro, se otorgó un folio a cada participante y solo el investigador principal y asistente de investigación tuvieron acceso a la información.

Cabe mencionar que esta investigación fue diseñada por profesionales de la salud con asesoría de expertos en investigación en conductas sexuales de riesgo en adolescentes. Así mismo se contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y del complejo hospitalario, se hizo hincapié la seguridad de salud, no fue necesario suspender ninguna sesión. Sin embargo, se tuvo disponible el servicio médico y psicológico del hospital sede, para brindar la asistencia necesaria.

Por tratarse de un diseño experimental, se asumió lo estipulado en los artículos 15, 16 y 17, con respecto a evitar cualquier riesgo o daño a las adolescentes, para lo cual se le brindó detalle los procedimientos de la intervención y se hizo hincapié en que se podía retirar en el momento que ella o su tutor legal lo decidieron, sin ninguna repercusión para su asistencia sanitaria del hospital sede.

Con respecto a la privacidad de las adolescentes, la entrevista motivacional se brindó en un consultorio exclusivo, evitando las intromisiones de personas externas al estudio y se resguardó el material de recolección de datos, además de que los datos personales se protegieron bajo la asignación de folios. Cabe mencionar que se verificó los efectos positivos de la entrevista motivacional en las conductas de los adolescentes, motivo por el cual se decidió adaptarla a otros contextos.

Fracción III, del Artículo 17 en virtud de que se brindó un tratamiento a los participantes, esta investigación se clasificó en riesgo mayor al mínimo pues implicó la aplicación de entrevista motivacional para incrementar el uso de anticonceptivos y al tratar temas susceptibles e íntimos la adolescente podría incomodarse o sufrir alguna alteración psicológica, además de que se requirió un método aleatorio de asignación al esquema terapéutico.

Con respecto a los artículos 20, 21 y 24, se hizo referencia al derecho de las participantes y tutores legales a ser informados ampliamente sobre los objetivos y procedimientos del estudio, se les dio libertad de retirarse cuando así lo decidieran, además de que se le brindó información actualizada, aunque esto implicara abandono de la investigación.

Todas las participantes fueron adscritas a la clínica sede, la disponibilidad de tratamiento en caso de alguna alteración se tuvo disponible de acuerdo con los protocolos institucionales y en monitoreo continuo por parte del investigador principal.

En cuanto al consentimiento informado éste fue obtenido por un asistente de investigación, el cual se presentó a la adolescente con ropa de civil para evitar subordinación dentro de un contexto clínico.

Al artículo 22, el cual especifica que el consentimiento informado debe realizarse por escrito y aprobado por el comité de ética, firmado por el participante, dos testigos y tutor legal, se extendió una copia al tutor legal y a la adolescente.

Los participantes considerados en este proyecto fueron adolescentes de 10 a 19 años, por lo cual se alinea al capítulo III, artículos 34 y 35. Es decir que, se brindó a las adolescentes todas las garantías éticas para salvaguardar su integridad solicitando el consentimiento informado a los tutores legales, excepto con los adolescentes de 18 y 19 años.

Con respecto al artículo 35, el investigador principal reunió información científica relevante para evidenciar que la intervención implementada resultó eficaz en

la salud reproductiva de los adolescentes. En concordancia con el artículo 38 se respetó en todo momento el deseo de participar o no participar a través de plasmar su autorización en el asentimiento informado, así como la firma del tutor legal.

Por último, del capítulo V, Artículo 57 de la investigación a grupos subordinados, entre los que se encuentran las adolescentes, que al ser derechohabientes se pueda influenciar su participación en el estudio. Para evitar esta situación, la participación se solicitó en presencia de su tutor legal para que no se sintiera aludida por el solicitante, se hizo énfasis en que su participación era voluntaria conservando sus derechos de atención en salud independientemente de su decisión de participación.

Análisis de Datos

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico Social Package for the Social Sciences versión 26. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, con la primera se logró determinar las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las participantes a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y variabilidad. Con respecto a la evaluación de la confiabilidad de los instrumentos se utilizó el Alfa de Crobach, se calcularon índices y sumatorias de los instrumentos.

La evaluación de normalidad de las variables se ejecutó a través de la prueba de Kolmogórov-Smirnov, con corrección de Lilliefors lo cual determinó el uso de estadísticos paramétricos o no paramétricos de acuerdo a la normalidad de los datos. Debido, a que la mayoría de las variables no obtuvieron una distribución normal se empleó la estadística no paramétrica.

En relación con el objetivo uno que indica la descripción de las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las adolescentes participantes, se realizaron frecuencias, medias y proporciones.

Para el segundo objetivo que plateó establecer la factibilidad del CAMI-Spa-Clínica través de la descripción de la implementación de la intervención, contexto de aplicación, cualificación del intervencionista, fidelidad de la intervención, recursos

materiales, barreras de la comunicación, tasa de obstáculos para la participación, periodo de reclutamiento, alcance y tasa de aleatorización, los cuales se calcularon por medio de proporciones e intervalos de confianza del 95%.

En cuanto al objetivo tres que buscaba la determinación de la aceptabilidad del CAMI-Spa-Clínico en el uso de anticonceptivos por adolescentes en etapa perinatal por medio de la satisfacción de la intervención, tasa de reclutamiento y terminación se calcularon a través de proporciones e intervalos de confianza del 95%.

Con respecto al objetivo cuatro que indica la comparación de los resultados al pretest del grupo CAMI-Spa-Clínico con el pretest del grupo control se realizaron con las pruebas *U* de Mann Whitney y *t* de Student para muestras independientes.

En referencia al objetivo cinco que indica la comparación de los resultados del pre y posttest del CAMI-Spa-Clínico se ejecutaron los cálculos a través de las pruebas de Rangos de Wilcoxon y *t* de Student para muestras relacionadas.

En el Objetivo seis que menciona la comparación de los resultados del pre y posttest del grupo control se utilizaron las pruebas de Rangos de Wilcoxon y *t* de Student para muestras relacionadas.

En cuanto al objetivo siete que refiere la comparación de los resultados del posttest del CAMI-Spa-clínico con el posttest del grupo control se efectuó por medio de la prueba *U* de Mann Whitney y *t* de Student para muestras independientes.

Con respecto al objetivo ocho el cual indica la determinación de la significancia clínica de las variables de estudio de ambos grupos al posttest se realizó la estimación de las medias y desviación estándar en el software Microsoft Excel.

Cabe mencionar que para el análisis de los objetivos anteriores se estableció como significancias estadísticas $p < 0.05$ y < 0.10 , ya que al ser un estudio de factibilidad cuenta con una muestra pequeña y su relevancia radica en el reporte de los métodos para valorar el diseño de un ECA (Abbott, 2014).

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados que surgieron de la implementación de la intervención adaptada CAMI-Spa-Clínico. En primer lugar, se describe la secuencia de reclutamiento, elegibilidad, aleatorización y seguimiento de las adolescentes que conformaron parte de este estudio. En seguida lo inherente a los datos sociodemográficos y gineco-obstétricos de las adolescentes, como tercer aspecto se muestra lo referente a los objetivos de factibilidad y aceptabilidad de la intervención CAMI-Spa-Clínico.

Posterior, se muestran los resultados de las pruebas de normalidad de los datos y de la confiabilidad de los instrumentos empleados para medir las variables de interés, como quinto apartado se exponen los resultados de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteadas de acuerdo al orden en el cual fueron presentadas. Como últimos apartados se presentan los CMI para determinar la significancia clínica de la intervención adaptada CAMI-Spa-Clínico para concluir con los resultados de la eficacia preliminar de este estudio.

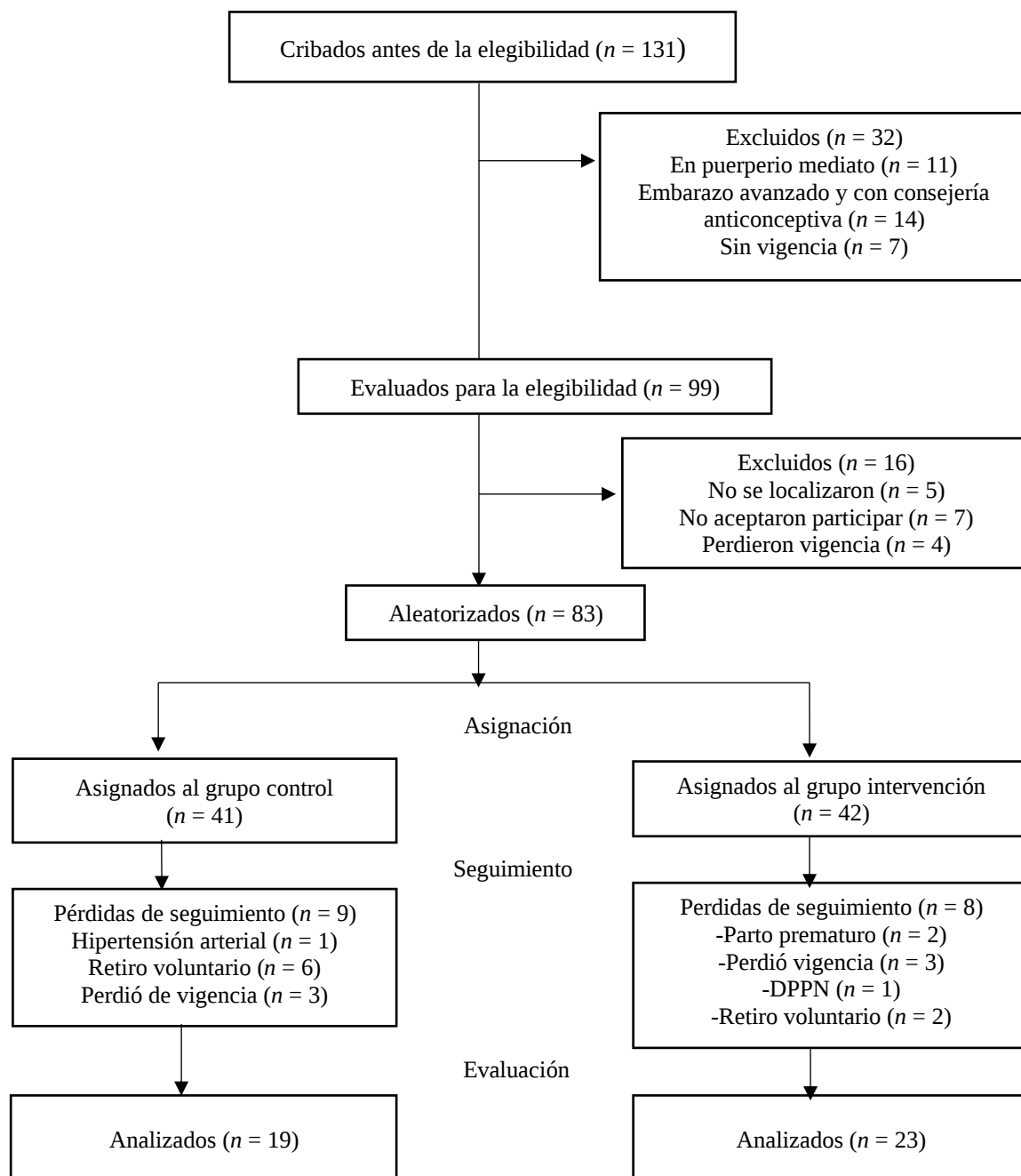
Secuencia de implementación

De las 131 adolescentes localizadas en los censos de la red de consulta prenatal 32 fueron excluidas debido a que la mayoría ya había culminado con el embarazo, el resto había perdido vigencia, de los 99 restantes para elegibilidad la mayoría no se pudieron localizar o perdieron vigencia de atención, por lo que restaron 83 las cuales se aleatorizaron y se asignaron a los grupos de tratamiento.

Posterior a la asignación, en el seguimiento la pérdida de participantes obedeció a complicaciones de embarazo y pérdida de vigencia por lo que finalizaron 42 participantes de los cuales a continuación se presentan los resultados (Figura 12).

Figura 12

Diagrama de flujo CONSORT del ensayo clínico piloto CAMI-Spa-Clínico



Nota. DPPN = Desprendimiento prematuro de placenta normoincerta

Características Sociodemográficas

En respuesta al objetivo específico uno, describir las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las adolescentes. La edad de las 42 participantes fue de 17.60 ($DE = 1.5$), los años de estudio fueron de 9.69 ($DE=1.6$) que equivalen al primer semestre de preparatoria, la situación conyugal prevalente fue unión libre 30 (71.4%), como ocupación destacó ser estudiante 17 (40.7%) y ama de casa en el mismo porcentaje (Tablas 4 y 5).

Tabla 4

Características sociodemográficas de las adolescentes (variables intervalares)

Características	CAMI-Spa-Clínico ($n = 23$)				Grupo control ($n = 19$)			
	Val				Val			
	Min	Max	M	DE	Min	Max	M	DE
Demográficas								
Edad	14.0	19.0	17.5	1.3	14.0	19.0	17.6	1.6
Escolaridad	5.0	12.0	9.2	2.2	6.0	13.0	10.2	2.1

Nota. Min = Mínimo, Max = Máximo, Val = Valor, DE = Desviación estándar

Tabla 5

Características sociodemográficas de las adolescentes (variables nominales).

Características	CAMI-Spa-Clínico ($n = 23$)		Control ($n = 19$)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Situación conyugal				
Soltera	1	4.3	2	10.5
Unión libre	18	78.3	12	63.2
Casada	4	17.4	5	26.3
Ocupación				
Ama de casa	10	43.5	7	36.8
Estudiante	11	47.8	6	31.6
Comerciante	1	4.3	2	10.5
Empleada	1	4.3	4	21.1

Nota. *f* = Frecuencia, % = Porcentaje

Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, al momento del primer contacto contaban en promedio con 23.48 ($DE=2.6$) semanas de gestación, la edad de menarca fue $M=11.38$ ($DE=1.6$), el inicio de vida sexual fue reportada en promedio de

15.52 años, ($DE=1.4$), 27 adolescentes (64.3%) mencionaron no haber utilizado un AC previo al embarazo y 13 (23.8%) utilizaron condón y la complicación más frecuente fue la infección de vías urinarias (15.8%) (Tablas 6 y 7).

Tabla 6

Características gineco-obstétricas de las adolescentes (variables intervalares)

Características	CAMI-Spa-Clínico ($n = 23$)				Grupo control ($n = 19$)			
	Val				Val			
	Min	Max	M	DE	Min	Max	M	DE
Menarca	8.0	13.0	11.6	1.3	8.0	15.0	11.1	1.9
Inicio de vida sexual	12.0	18.0	15.3	1.5	14.0	18.0	15.7	1.3
SDG	18.0	28.0	23.1	2.8	18.0	29.0	23.8	2.3
Gesta	1.0	3.0	1.3	0.5	1.0	2.0	1.2	0.4

Nota. Min = Valor mínimo, Max = Valor máximo, DE = Desviación estándar, M = Media, DE = Desviación estándar.

Tabla 7

Características gineco-obstétricas de las adolescentes (variables nominales)

Características	CAMI-Spa-Clínico ($n = 23$)		Grupo control ($n = 19$)	
	f	%	f	%
Complicaciones				
Ninguna	17	74.0	14	73.0
Infección de vías urinarias	1	4.3	3	15.8
Amenaza de aborto	1	4.3	0	0.0
Amenaza de parto prematuro	2	8.7	0	0.0
Cervicovaginitis	2	8.7	0	0.0
Diabetes gestacional	0	0.0	1	5.3
Preeclampsia	0	0.0	1	5.3
Enfermedades previas				
Fibrosis quística pulmonar	1	4.3	0	0.0
Quistes uterinos	0	0.0	1	4.3
Uso de anticonceptivo previo				
Si	10	43.4	7	36.8
No	13	56.6	2	63.2
Anticonceptivo usado				
Condón	5	21.4	5	21.6
Hormonal oral	4	17.4	0	0.0
DIU	1	4.3	1	5.3
Parches hormonales	0	0.0	1	5.3

Nota. f = Frecuencia, % = Porcentaje, APP = Amenaza de parto prematuro, DIU = Dispositivo intrauterino, FQP = Fibrosis quística pulmonar

Factibilidad de CAMI-Spa-Clínico

Para responder al objetivo específico número dos, establecer la factibilidad de la intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico a través de la descripción de la implementación de la intervención, contexto de aplicación, cualificación del intervencionista, fidelidad de la intervención, recursos materiales, barreras de la comunicación, periodo de reclutamiento, alcance, tasa de obstáculos para la participación y tasa de aleatorización.

Previo al reclutamiento, al inicio de cada mes se solicitó el censo de vigilancia prenatal a la jefa de enfermeras del hospital sede, para verificar el número de adolescentes que se incorporaban a la atención prenatal de dicha unidad. El primer censo entregado estuvo conformado por 38 adolescentes de las cuales 10, (28.9%) ya no se encontraba embarazada (dato corroborado en la tarjeta de vigilancia de control prenatal). Lo anterior, debido a que el censo arrojado por la plataforma red local de consulta externa tenía un atraso de aproximadamente un mes con respecto a las pacientes que se incorporan a la consulta prenatal, por lo que este procedimiento se modificó.

Para captar un mayor número de adolescentes gestantes, se recurrió a la revisión del censo de admisión de tococirugía, además de monitorizar los ingresos hospitalarios en donde se identificaron a las adolescentes que asistieron a revisión por cualquier problema obstétrico del cual se extrajeron datos como nombre y afiliación para posteriormente buscarlas en la consulta externa a través del expediente electrónico e identificar la unidad de adscripción, número de consultorio, turno y fecha de la próxima cita e invitarlas a participar en el estudio. También se solicitó la colaboración de las jefaturas de asistentes médicas y trabajo social de la clínica sede para notificar al equipo de investigación sobre las adolescentes gestantes de nuevo ingreso al control prenatal.

Implementación de la intervención

Las 83 adolescentes fueron reclutadas en promedio a las 22.2 SDG ($DE= 4.0$), con un $Min = 16$ y $Max= 29$, por lo que el procedimiento de implementación se modificó

debido a que algunas adolescentes iniciaron su derechohabencia posterior a las 24 SDG como parte de las políticas de la institución, en virtud de que se tenía programado entregar dos sesiones de EM con intervalo de cuatro semanas. Se solicitó a las adolescentes de reciente incorporación que tenían entre 26 a 29 SDG (34% en el GI y 23.9% GC), 15-20 minutos extra de su tiempo antes o después de la consulta prenatal de acuerdo con la disponibilidad de sus actividades para responder los seis cuestionarios en una cita. De éstas, sólo siete adolescentes y tutores aceptaron responder, el resto refirió no disponer de tiempo ya que dependían del transporte público o del tiempo de sus padres o acompañantes adultos. Por lo que las sesiones se adecuaron a la asistencia de las adolescentes por otros motivos al hospital sede, ejemplo: citas al nutriólogo, rayos x, ultrasonido, laboratorios, trabajo social, odontólogo, psicólogo, ginecólogo, vacunas y farmacia con el objetivo de dar continuidad al procedimiento de implementación y acortar el tiempo para la aplicación del pre y postest en ambos grupos, datos que se pueden apreciar en la (Tabla 8).

Tabla 8

Semanas de gestación de las adolescentes a la implementación del CAMI-Spa-Clínico

Etapas del procedimiento	CAMI-Spa-Clínico (n=23)				Grupo control (n=19)			
	Min	Max	M	DE	Min	Max	M	DE
Término de aplicación del pretest	22.0	28.0	24.9	2.2	20.0	31.0	25.7	2.7
Primera sesión	25.0	31.0	28.6	1.7	26.0	35.0	29.3	2.6
Segunda sesión ^a	30.0	36.0	33.0	1.8				
Término de aplicación del postest	34.0	38.0	36.1	1.3	29.0	38.0	33.4	2.9

Nota. Min = Valor mínimo, Max = Valor máximo, M = Media, DE = Desviación estándar

^a No se muestran resultados de la segunda sesión en el grupo control ya que la intervención estándar se compone de una sesión.

La entrega de las sesiones CAMI-Spa-Clínico y GC transcurrieron conforme a lo planeado en el modo de entrega: individual, cara a cara en un consultorio de enfermería, durante 30 minutos. La implementación de ambas intervenciones en consultorio de

forma privada evitó la carga de participación de las adolescentes, durante la sesión los padres o tutores legales permanecieron en la sala de espera.

Con respecto a la entrega de los mensajes motivacionales las 23 adolescentes del GI prefirieron el envío por WhatsApp, debido a que contaban con el servicio de internet en sus domicilios y no se requería respuesta al m- Health lo cual no implicó costo para la participante.

Para corroborar la recepción de los m-Health se solicitó a las 18 participantes que escribieran una opinión acerca del contenido de los mensajes (ver Apéndice ÑÑ). De las cinco adolescentes que no recibieron los m-Health: una adolescente refirió pérdida del celular, la segunda cancelación de la línea de internet en el domicilio, la tercera bloqueó del WhatsApp al equipo de investigación y las dos restantes tuvieron un parto de forma prematura (32 y 35 SDG).

Las pacientes que notificaron su ingreso al servicio de admisión de tococirugía de la clínica sede fueron 12 (28.6 %) de las cuales cinco fueron del GC y siete del GI. El ingreso a dicho servicio para trabajo de parto de las 30 adolescentes restantes se monitorizó a través de la revisión diaria del censo de admisión a tococirugía, cabe mencionar que parte del procedimiento institucional de las pacientes obstétricas de alto riesgo consistía en enviarlas a revisión al servicio de admisión de tococirugía a partir de la semana 36-38 de gestación, para verificar frecuencia cardiaca fetal, actividad uterina y signos de alarma, situación que facilitó la monitorización del ingreso hospitalario de las adolescentes por parte del equipo de investigación ya que ésta revisión queda registrada en el censo con los siguientes datos: nombre, edad, afiliación, diagnóstico médico y observaciones donde se registró el ingreso a un servicio o el alta a domicilio.

De las adolescentes que ingresaron por trabajo de parto en el turno matutino o vespertino, 38 (90.4%) contaban con su consentimiento informado institucional ya que la presencia de este era relevante para que el personal de salud no brindara consejería

anticonceptiva a la adolescente, en las cuatro restantes se requirió el consentimiento nuevamente.

Posteriormente se monitorizó a la adolescente hasta su egreso del servicio de tococirugía para verificar la colocación del método anticonceptivo en la libreta de egresos de tococirugía y nota médica del expediente clínico. A las adolescentes que ingresaron en el turno nocturno no se verificó el consentimiento informado institucional. Sin embargo, como medida de control el consentimiento informado institucional, se engrapó a la tarjeta de citas de las adolescentes, ya que ésta es un documento indispensable para brindar la atención.

Una vez que la paciente pasó al servicio de obstetricia un integrante del equipo acudió a preguntar que horario sería más confortable para contestar los últimos dos cuestionarios y emitir la opinión por escrito de los m-Health. El 100% de las participantes contestaron los cuestionarios en ese momento, al final se les entregó el obsequio de cuidado para el bebé y se agradeció su participación. Por lo tanto, se consideró que el procedimiento fue adecuado con las modificaciones realizadas durante su implementación.

Contexto de aplicación de CAMI-Spa-Clínico

La presente investigación se llevó a cabo en una clínica que ofrecía servicios de salud de primer y segundo nivel de atención. En los primeros se llevó a cabo el reclutamiento y administración de instrumentos, ya que ofrece servicios de salud preventivos en medicina familiar, atención de enfermería especializada en medicina familiar, servicios preventivos de enfermeras auxiliares, odontología, trabajo social, clínica de planificación familiar y nutrición.

Dentro de la atención de segundo nivel se contaba con servicios de consulta externa de especialidades propias de este tipo de hospital. Con respecto a los servicios de atención médica continua, cuenta con servicio de urgencias adulto, urgencias pediátricas, área de shock, admisión de tococirugía, tococirugía, cinco quirófanos de

especialidad, central de equipos y esterilización (CEyE). Cuenta con 200 camas censables y servicios de cuidado especializado como hemodiálisis, y diálisis ambulatoria, terapia intensiva neonatal y terapia intensiva adulto. El consultorio asignado para el GI se encontraba en la planta baja, con características similares al consultorio del GC.

Cualificación del intervencionista

La consejera recibió entrenamiento en línea sobre EM en octubre 2020, posterior en noviembre asistió al entrenamiento nivel uno de EM y en enero 2021 al entrenamiento nivel dos, impartido por expertos adscritos al Motivational Interviewing Training Consulting (MITC) con sede en Nuevo México. Así mismo realizó una estancia académica del 1 marzo al 11 de junio 2021 en el Latino Alcohol and Health Disparities Research and Training Center de la Universidad del Paso Texas, obteniendo constancia con nivel de pericia elevada.

Fidelidad de la intervención

También se dio cumplimiento al plan de fidelidad de la intervención CAMI-Spa-Clínico (Apéndice LL), con la lista de verificación de la intervención CAMI-Spa-Clínico (Apéndice MM) la cual se cumplió con el 100% de las sesiones. Con respecto al paso dos, se modificó en el 100% de las sesiones ya que se utilizó una tablet para realizar la evaluación de riesgo. Debido a que no se encontró un experto en EM en el contexto donde se desarrolló la intervención se buscó un experto externo para evaluar los audios de la EM, al respecto sólo 11 (43.5%) del GI aceptaron que se grabaran las dos sesiones, éstas fueron aleatorizadas y la mitad de los audios fueron enviados a evaluación por expertos del MINT cuidando los aspectos de confidencialidad.

Los aspectos evaluados y puntuaciones de los audios se encuentran disponibles en la Tabla 9. Cabe mencionar que la puntuación máxima en los cuatro rubros fue de cinco de acuerdo con el instrumento Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI), la cual es una escala de observación diseñada y validada para calificar la

fidelidad en cinco componentes: evocación, colaboración, autonomía y empatía (Whitaker et al., 2015) (Apéndice OO). Sin embargo, en la conducta el resultado se refiere al número de confrontaciones que se realizaron al momento de brindar la EM, el 100% de los audios obtuvo cero confrontaciones.

Tabla 9

Evaluación de los audios de entrevista motivacional por expertos del MINT

Audio	Habilidades		Espíritu		Resumen		Conducta
	Plática de cambio	Plática de permanencia	Colaboración	Empatía	Índice R-P	RC (%)	Confrontar
1	3	4	4	3	1.30:1	55	0
2	4	4	4	3	0.39:1	56	0
3	4	4	4	3	0.42:1	56	0
5	3	4	4	3	0.50:1	20	0
6	3	4	3	4	1.00:1	80	0
8	3	4	3	3	0.40:1	38	0
9	3	4	3	4	0.50:1	63	0
10	3	4	3	3	0.90:1	33	0
12	3	4	3	4	0.50:1	29	0
14	5	4	4	4	1.14:1	75	0
20	3	4	5	3	0.38:1	20	0

Nota. Índice R-P = Índice Reflejo-Pregunta, RC=Reflejos complejos.

Recursos materiales

Debido a que la EM es la herramienta principal para para cultivar el cambio en la conducta, los materiales de apoyo utilizados fueron un kit de sexualidad el cual contenía: un ejemplo en físico de cada uno de los métodos anticonceptivos que ofrecía la clínica sede: DIU, Implante, condones masculinos, condones femeninos, hormonales orales, inyectables y en parche, además dos modelos anatómicos de órganos sexuales externos masculinos y femeninos el cual se utilizó en las sesiones donde la adolescente concedió su autorización de mostrarle el uso correcto del preservativo.

También se utilizó un rotafolio que contiene información de los AC, estos materiales fueron de propiedad y autoría de la institución de seguridad social en donde se desarrolló la intervención, así como un pizarrón, por lo tanto, no tuvieron costo para el consejero. Por otra parte, para explicar e ilustrar el mecanismo de acción de los

anticonceptivos se utilizó un pizarrón blanco tamaño carta y plumones, éstos fueron adquiridos por el investigador. Los materiales de apoyo fueron adecuados, ya que las adolescentes tuvieron la oportunidad de observar y manipular los AC para verificar su forma y consistencia.

Barreras de la comunicación en el contexto clínico

Representada por el número de interrupciones durante las sesiones de entrevista motivacional, para el grupo intervención ($n= 22$) solo se presentaron dos interrupciones en la primera sesión y una en la segunda sesión, la causa obedeció a interrupciones por el personal de salud que solicitaba el ingreso para extraer material del consultorio. En las sesiones del GC ($n=19$), no se reportaron interrupciones, esto se debió a que los consultorios de enfermería tienen a su ingreso un control de asistentes médicas y un filtro de enfermeras auxiliares, el primero tiene la función de agendar citas, tomar somatometría y resolver dudas de los usuarios y personal de salud, las segundas orientan a la población sobre los servicios que se ofrecen en los consultorios de enfermería, no obstante el consultorio para brindar la EM no contaba con estos filtros.

Período de reclutamiento

El reclutamiento de adolescentes comenzó el 1 de abril 2022, con llamadas al teléfono celular de las adolescentes registradas en el censo de la red local de consulta externa, de las 38 adolescentes iniciales solo cinco (13.6%) contestaron la llamada posterior a dos intentos.

Por lo que se cambió la estrategia, la cual fue comentada en la descripción de la implementación de la intervención. La conjunción de la búsqueda de adolescentes en la base de datos, consultorios, censo de ingresos a la tococirugía, apoyo de asistentes y trabajo social tuvo un mejor resultado por lo que se mantuvo hasta coleccionar el total de la muestra el 15 de octubre del 2022.

Alcance

Se determinó en base a los aspectos de la accesibilidad a la clínica sede; el tipo de transporte que utilizaron las adolescentes y el tiempo invertido para el traslado, de las 83 participantes reclutadas para este estudio, la mayoría reportó que invirtió 30 minutos en llegar a la clínica y el medio de transporte más utilizado fue el público. Por lo que se consideró que el alcance de la intervención es adecuado debido a que las participantes invierten recursos económico y tiempo para asistir a la consulta prenatal al menos dos veces al mes con un mínimo de tiempo de 15 minutos y un máximo de más de 60 minutos, tal como se muestra en la Tabla 10.

Tabla 10

Accesibilidad de las adolescentes al hospital sede

Inversión en tiempo y transporte	CAMI-Spa-Clínico (n=42)		Grupo Control (n=41)		Total (n=83)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Tiempo de traslado						
15 minutos	12	28.6	4	9.8	16	19.3
30 minutos	19	45.2	20	48.8	39	47.0
45 minutos	5	11.9	10	24.4	15	18.1
60 minutos	5	11.9	5	12.2	10	12.0
> 60 minutos	1	2.4	2	4.9	3	3.6
Transporte						
Carro particular	11	2.6	2	4.9	13	15.7
Transporte público	26	61.9	36	87.8	62	74.7
Uber	2	4.8	1	2.4	3	3.6
Caminando	3	7.1	2	4.9	5	6.0

Nota. *f* = Frecuencia, % = Porcentaje

Tasa de obstáculos para la participación

En este apartado se consideraron las dificultades para asistir a las citas programadas referidas por las adolescentes (n=83), calculado entre el total de participantes y el total que presentaron un obstáculo para asistir al hospital sede.

Los datos se obtuvieron de los registros del asistente de investigación y la investigadora principal durante el periodo de recolecta de datos y entrega de la intervención, a su vez fueron clasificadas en obstáculos institucionales, familiares y

escolares. La tasa de obstáculos observada fue de (34%, IC 95% [0.23, 0.44]), es importante mencionar que las sesiones para ambos grupos se programaron de acuerdo a la preferencia de la adolescente y su tutor legal, 30 minutos antes a su cita de control prenatal o al término de esta el 95% prefirió la segunda.

Por lo tanto, la inasistencia o un evento no previsto en la consulta médica prenatal tuvo un impacto en las sesiones de ambos grupos. Entre los obstáculos que presentaron las adolescentes para asistir a la consulta médica destacaron: los obstáculos institucionales, ocho (9.6%) adolescentes llegaron un minuto tarde a la cita médica programada, situación que implicó la cancelación de la cita, con dos opciones: 1) reagendar la cita o 2) envío a la unifila, la segunda opción consiste en acudir al módulo de unifila, entregar la tarjeta de citas para registrarse y esperar a que uno de los consultorios médicos del hospital sede cancele una consulta o avance rápido en la atención de pacientes para que aparezca en el sistema un horario disponible, el cual se asigna conforme al orden de registro de los pacientes de unifila, esta situación puede tardar hasta dos horas de espera, por lo que la mayoría de las veces las adolescentes reagendaron su cita afectando de esta forma la asistencia a las sesiones del GI y GC.

Otro obstáculo relevante fue la pérdida de la derechohabencia del hospital sede, la cual ocurrió cuando la adolescente que contaban con la seguridad social por parte de sus padres, al cumplir 16 años automáticamente era dada de baja del sistema y para recuperarla debía presentar una constancia de estudio. Sin este comprobante las adolescentes eran dadas de baja, mientras que el núcleo familiar conservaba su derechohabencia situación que se presentó en 10 (12%) participantes, de las cuales cuatro de ellas lograron tramitar la prórroga de atención hasta el final del embarazo, las seis restantes que no lograron realizar este trámite y fueron eliminadas del estudio.

Las cuatro adolescentes con prórroga de atención autorizada por el consejo técnico de la institución experimentaron tiempos largos de espera por que se encontraban en estatus de baja del expediente electrónico, por lo tanto, se les negaba la

atención hasta que el coordinador médico autorizaba la consulta. La repetición de este trámite en cada consulta prenatal obstaculizaba la atención por lo que una adolescente decidió cambiar la atención prenatal a otra institución.

El siguiente obstáculo fue la negación de la asistencia médica en dos (2.3%) ocasiones debido a que la adolescente no acudió a la cita médica acompañada de su tutor legal, causando la inasistencia a la sesión del GI. Aún que no fue común esta situación la situación resultó molesta para las adolescentes que no cuentan con el apoyo familiar para esta actividad, situación que se enlaza con el siguiente obstáculo.

Obstáculos familiares. Seis (7.2%) de las adolescentes no se presentaron a la primera sesión de EM, manifestaron que sus tutores o familiares adultos no disponían de tiempo o permiso laboral para acompañarlas a la consulta, por lo que tuvieron que reprogramar la sesión y a su vez la consulta médica. Una adolescente faltó en tres ocasiones continuas a la consulta médica, la primera por enfermedad de su hija y las otras dos por enfermedad grave del esposo.

Dentro de los obstáculos escolares dos de ellas mencionaron que el horario de la sesión estaba cercano del horario de entrada a la preparatoria, por lo que dieron mayor prioridad a la asistencia escolar, además, de que refirieron que los profesores no eran muy accesibles con las inasistencias y el trámite para justificar la falta y entregar las tareas de ese día era muy complejo, por lo que faltaron a la consulta.

Tasa de aleatorización

Se determinó de acuerdo con la proporción obtenida del total de participantes aleatorizadas entre el total de pacientes elegibles, el resultado fue (93% IC 95% [.72, 1.15]). La aleatorización se ejecutó de acuerdo a lo previsto con la lista generada en el Software randomizer research (Apéndice A), una vez que se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión, se firmaron los consentimientos y asentimientos informados además de haber culminado con el pretest el asistente de investigación asignó a las 83 adolescentes al GC o GI sin informarle el grupo asignado.

Aceptabilidad del CAMI-Spa-Clínico

Para dar respuesta al objetivo número tres, determinar la aceptabilidad de la intervención motivacional asistida por computador en español y adaptada al contexto clínico en el uso de anticonceptivos por adolescentes en etapa perinatal por medio de la satisfacción de la intervención, tasa de reclutamiento y terminación. Se calculó la satisfacción de la intervención a través del instrumento de Akinola et al. (2019), el 100% las adolescentes del CAMI-Spa-Clínico calificaron la intervención como agradable, el 21 (91.3%) recomendaría esta intervención, consideraron que fue una buena inversión de tiempo y aprendieron cosas nuevas de los anticonceptivos, de igual forma 22 de ellas (97.5%) consideraron que la información que se les brindó la utilizarán en el futuro. El GC obtuvo puntajes menores en todos los rubros por lo que se consideró que la intervención CAMI-Spa-Clínico tuvo una mejor satisfacción entre las adolescentes (Tabla 11).

Tabla 11

Satisfacción de la intervención por grupo de intervención

Ítem	CAMI-Spa-clínico ^a (n = 23)								Control (n = 19)			
	DA		MDA		EDA		N-AD		DA		MDA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Agradable			23	100	1	5.3	1	5.3	06	31.6	11	57.9
Recomendable	2	8.7	21	91.3	1	5.3	0	0.0	10	52.6	8	42.1
Buena inversión de tiempo	2	8.7	21	91.3	0	0.0	4	21.1	6	31.6	9	47.4
Materiales interesantes	3	13.0	20	87.0	0	0.0	6	31.6	6	31.6	7	47.4
Información a futuro	1	4.3	22	95.7	0	0.0	3	15.8	7	36.8	9	47.4
Aprendizaje	2	8.7	21	91.3	0	0.0	1	5.3	9	47.9	9	47.4

Nota. f = frecuencia, % = porcentaje, EDA = En desacuerdo; N-DA = Ni en acuerdo ni desacuerdo, DA = De acuerdo, MDA = Muy de acuerdo. En las celdas vacías no hay dato aplicable.

^a El grupo CAMI-Spa-Clínico no obtuvo puntuaciones en EDA y N-DA, motivo por el cual se omitieron dichas columnas.

Tasa de reclutamiento

Se calculó a partir del total de adolescentes que aceptaron participar sobre el total de adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión. De las 99 adolescentes elegibles, siete no aceptaron participar y cinco no se localizaron posterior a dos llamadas realizadas a su móvil y búsqueda en dos ocasiones en el consultorio médico asignado. Cuatro de ellas perdieron la derechohabencia, por tanto, se obtuvo una tasa de reclutamiento de forma general de (87%, IC 95% [80.0, 94.0]), correspondiente a 83 adolescentes.

Tasa de terminación

Se obtuvo del total de adolescentes que aceptaron participar entre el total de adolescentes que finalizaron el estudio. De forma general se reportó de 51% (IC 95% [.40, .62]), para el grupo CAMI-Spa-Clínico dicha tasa se encontró en 55% (IC 95% [.39, .70]) y para el GC 46% (IC 95% [.30, .62]). Las causas de no terminación en el GI fueron las complicaciones del embarazo adolescente, situación inversa en el GC (Tabla 12).

Tabla 12

Características perinatales de terminación del binomio en ambos grupos

Características	CAMI-Spa Clínico (n=19)		Grupo control (n=23)	
	f	%	f	%
Retiro voluntario	2	4.8	6	9.8
Desprendimiento prematuro de placenta	1	2.4	0	0.0
Perdida de vigencia	3	7.3	3	7.3
Interrupción embarazo s/a preeclampsia	1	2.4	1	2.4
Parto	13	26.2	9	14.6
Cesárea	6	9.5	6	14.6
Cesárea + hemorragia obstétrica	1	2.4	3	7.3
Cesárea + preeclampsia	0	0.0	1	2.4
Parto prematuro	2	4.8	0	0.0
Parto + hemorragia obstétrica	1	2.4	0	0.0
Estado del recién nacido				
Aparentemente sano	20	47.6	17	41.7
Malformaciones congénitas	1	2.4	1	2.4

(Continúa)

Tabla 12*Características perinatales de terminación del binomio en ambos grupos (Continuación)*

Características	CAMI-Spa Clínico (n=19)		Grupo control (n=23)	
	f	%	f	%
Prematuro	4	9.5	1	2.4
Prematuro extremo	2	4.8	0	0.0
Anticonceptivos (aceptados)				
Ninguno	0	0.0	2	4.9
Parches	0	0.0	1	2.4
DIU	15	35.7	12	29.3
Implante	06	14.3	4	9.8
Condón	02	4.8	0	0.0
Anticonceptivos (proporcionados)				
Ninguno	01	2.4	13	31.7
DIU	17	28.6	5	14.6
Implante	03	2.4	1	12.1
Condón	02	4.8	0	0.0
Motivo de no otorgamiento				
Hemorragia obstétrica	00	0.0	2	4.9
Desconocimiento del personal	00	0.0	1	2.4
No acepto la colocación	01	2.4	10	24.4

Nota. f = frecuencia, % = porcentaje, DIU = Dispositivo intrauterino, + = Indica una patología agregada al evento obstétrico, s/a = Secundario a.

Pruebas de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors

Sé realizó la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors al pretest en donde se mostró que las variables saber contraceptivo perinatal, las dimensiones de balance decisional: ventajas uso de anticonceptivos en general, ventajas del uso de condón con la pareja principal, ventajas y desventajas de uso condón con otras parejas; las dimensiones de autoeficacia anticonceptiva perinatal: uso de anticonceptivos, uso de condón con la pareja principal, uso de condón con otras parejas y preparación para el uso de anticonceptivo perinatal mostraron una distribución no normal. Caso contrario para la disposición contraceptiva perinatal, procesos de cambio anticonceptivo perinatal y sus dimensiones, balance decisional anticonceptivo perinatal y sus dimensiones desventajas del uso de AC en general y la autoeficacia anticonceptiva perinatal (Tabla 13).

Tabla 13*Estadística descriptiva y prueba Kolmogorov Smirnov al pretest*

Variables	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Da</i>	<i>p</i>
Disposición contraceptiva perinatal	122.6	123.5	15.0	98.0	155.0	.118	.157
Saber contraceptivo perinatal	10.0	9.5	4.4	03.0	019.0	.154	.014*
Procesos de cambio AC perinatal	87.3	89.0	13.1	64.0	117.0	.083	.200
Procesos de cambio experienciales	40.0	40.0	06.9	23.0	55.0	.072	.200
Procesos de cambio conductuales	47.2	48.5	9.1	23.0	67.0	.106	.200
Balance decisional AC perinatal	3.1	3.1	0.5	01.8	4.2	.084	.200
Ventajas del uso de AC en general	3.9	4.0	0.8	2.0	5.0	.128	.082
Desventajas del uso de AC en general	1.9	1.8	0.9	1.0	4.6	.164	.006*
Ventajas del uso condón con la pareja principal	4.3	4.6	0.7	2.0	5.0	.207	.000*
Desventajas del uso de condón con la pareja principal	1.9	1.8	0.8	01.0	4.8	.131	.070
Ventajas uso de condón con otras parejas	4.4	4.6	0.7	01.8	5.0	.260	.000*
Desventajas uso de condón con otras parejas	2.2	2.0	1.0	01.0	4.8	.141	.033*
Autoeficacia anticonceptiva perinatal	45.4	49.0	18.4	15.0	75.0	.119	.144
Uso de anticonceptivos en general	13.6	14.0	6.4	5.0	25.0	.142	.033*
Uso del condón con la pareja principal	16.4	18.0	6.3	5.0	25.0	.141	.035*
Uso del condón con otras parejas	15.3	17.0	7.7	5.0	25.0	.162	.007
Preparación hacia el uso anticonceptivo perinatal	18.3	21.0	10.2	0.0	35.0	.135	.053
Uso de anticonceptivo perinatal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	NA	NA

Nota. $n = 42$, *M* = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *Min* = Valor mínimo, *Max* = Valor máximo, AC = Anticonceptivo, *Da* = Prueba de normalidad con corrección de Lilliefors; NA = No aplica, * $p < .05$ distribución sin normalidad de la variable.

En cuanto a la distribución en el posttest la disposición contraceptiva perinatal, saber contraceptivo, procesos de cambio y sus dimensiones, balance decisional perinatal, desventajas de uso de anticonceptivos y desventajas del uso de condón con

otras parejas, autoeficacia anticonceptiva perinatal; uso de anticonceptivos en general mostraron una distribución normal (Tabla 14).

Tabla 14

Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov Smirnov al postest.

Variables	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Da</i>	<i>p</i>
Disposición contraceptiva perinatal	126.3	130.0	15.6	91.0	156.0	.116	.177
Saber contraceptivo perinatal	13.6	14.0	3.7	5.0	020.0	.111	.200
Procesos de cambio AC perinatal	95.1	95.0	14.4	55.0	118.0	.088	.200
Procesos de cambio experienciales	52.7	54.5	8.8	25.0	67.0	.105	.200
Procesos conductuales	42.3	42.6	6.8	26.0	51.0	.130	.073
Balance decisional AC perinatal	3.2	3.2	0.3	2.5	4.7	.089	.200
Ventajas del uso de AC en general	4.2	4.4	0.6	2.6	5.0	.145	.026*
Desventajas del uso de AC en general	1.9	1.8	0.9	1.0	5.0	.183	.001*
Ventajas del uso del condón con la pareja principal	4.5	4.7	0.5	3.0	5.0	.242	.000*
Desventajas del uso del condón con la pareja principal	1.9	1.8	0.7	1.0	4.0	.154	.013*
Ventajas del uso del condón con otras parejas	4.4	4.8	0.6	1.0	4.0	.231	.000*
Desventajas del uso del condón otras parejas	2.1	21.0	0.8	1.0	4.0	.107	.200*
Autoeficacia anticonceptiva perinatal	51.2	52.5	18.3	15.0	75.0	.130	.070
Uso de anticonceptivos	14.3	15.5	6.5	5.0	25.0	.096	.200
Uso del condón con la pareja principal	17.9	19.0	6.0	5.0	25.0	.132	.064
Uso del condón con otras parejas	18.0	19.5	6.9	5.0	25.0	.171	.003*
Preparación hacia el uso de AC perinatal	20.8	21.0	9.1	0.0	42.0	.158	.010*
Uso de anticonceptivo perinatal	10.5	14.0	9.1	0.0	33.0	.337	.000*
Comunicación anticonceptiva perinatal	83.1	89.1	15.5	43.0	100.0	.358	.000*

Nota. *n* = 42, *M*= Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *Min* = Valor mínimo, *Max* = Valor máximo, AC = Anticonceptivo, *Da* = Prueba de normalidad con corrección de Lilliefors, **p* <.05 distribución sin normalidad de la variable.

Análisis de Consistencia Interna de los Instrumentos

La confiabilidad general de los instrumentos se mostró en parámetros aceptables al pretest en el que destaca el instrumento de Autoeficacia y de comunicación

anticonceptiva perinatal con un Alfa de Cronbach de .954 y .944 respectivamente. Mientras que el de evaluación de conocimientos anticonceptivos fue el más bajo con $\alpha=.719$.

En el posttest los instrumentos para evaluar la intención de uso de AC y comunicación anticonceptivo disminuyeron ligeramente su confiabilidad, mientras que el saber contraceptivo perinatal y balance decisional AC perinatal presentaron un descenso mayor de un $\alpha = .824$ a $\alpha = .714$ y $\alpha = .879$ a un $\alpha=.711$ respectivamente sin embargo los valores se encuentran en parámetros de confiabilidad interna moderada. En cuanto a las dimensiones del balance decisional: ventajas del uso de AC en general, ventajas del uso del condón con la pareja principal y desventajas del uso del uso de condón con la pareja principal obtuvieron una fiabilidad interna baja con respecto al pretest (Grove et al., 2019, p. 392) (Tabla 15).

Tabla 15

Consistencia interna de los instrumentos al pretest y posttest

Instrumento de medición	Número de reactivos	Pretest	Posttest
		α	α
Evaluación de Conocimiento Contraceptivo	25	.824	.714
Escala de Actitud Contraceptiva	32	.719	.876
Procesos de Cambio: Anticoncepción	25	.817	.849
Procesos Experienciales	14	.779	.736
Procesos Conductuales	11	.644	.757
Escala de Balance Decisional	30	.879	.711
Ventajas del Uso AC en general	5	.809	.645
Desventajas del Uso AC en general	5	.747	.700
Ventajas del uso del condón con la pareja principal	5	.634	.644
Desventajas del uso del condón con la pareja principal	5	.765	.628
Ventajas del uso del condón con otras parejas	5	.808	.768
Desventajas del uso del condón otras parejas	5	.789	.743

(Continúa)

Tabla 15*Consistencia interna de los instrumentos al pretest y posttest (Continuación)*

Instrumento de medición	Número de reactivos	Pretest	Posttest
		α	α
Escala de Autoeficacia	15	.954	.973
Uso de Anticonceptivos	5	.830	.973
Uso del Condón con la Pareja Principal	5	.908	.924
Uso del Condón con Otras Parejas	5	.933	.953
Intención de Uso de AC	6	.771	.704
Uso de Anticonceptivo	9	NA	.759
Comunicación Anticonceptiva perinatal	23	.944	.936

Nota. Mdn = mediana NA= No aplica, α = Coeficiente Alfa de Cronbach, AC = Anticonceptivo.

Con respecto al objetivo cuatro que fue la comparación de los resultados al pretest del grupo CAMI-Spa-Clínico con el pretest del grupo control. Los valores basales de ambos grupos presentaron medias similares por tanto no se observaron diferencias significativas al pretest (Tabla 16).

Tabla 16

Comparación de las variables de estudio de ambos grupos al pretest mediante la prueba t de Student para muestras independientes

Variables	CAMI- Spa- Clínico (n = 23)		Control (n = 19)		t	p
	M	DE	M	DE		
Disposición contraceptiva perinatal	124.9	15.5	119.9	14.3	1.07	.297
Procesos de cambio AC perinatal	88.1	12.9	86.3	16.4	0.40	.691
Procesos experienciales	40.2	7.3	39.8	06.6	0.16	.867
Procesos conductuales	47.8	8.2	46.4	10.3	0.50	.616
Balance decisional AC perinatal	3.1	0.5	3.1	00.5	-0.97	.923
Ventajas del uso de AC en general	3.8	0.8	3.9	00.9	-0.10	.919
Desventajas del uso del condón con la pareja principal	1.9	0.7	1.9	00.8	0.09	.924
Desventajas del uso del condón con otras parejas	2.1	1.1	2.3	01.0	-0.60	.548
Autoeficacia anticonceptiva perinatal	49.0	19.4	40.9	16.4	1.44	.157
Uso del condón con otras parejas	16.0	8.3	014.4	07.1	0.65	.520

Nota. M = Media, DE = Desviación estándar, AC = Anticonceptivo, t = Prueba t de Student, **p < 0.05, * p < .10.

Situación similar ocurrió al comparar las medianas de saber contraceptivo perinatal pero no en la preparación para el uso de anticonceptivo perinatal ya que el GC

mostró mayor puntaje hacia la intención de usar un AC ($Mdn=17.0$ vs $Mdn=21.0$, $p<.10$) (Tabla 17).

Tabla 17

Comparación de las variables de estudio en ambos grupos al pretest a través de la U de Mann Whitney

Variables	CAMI-Spa-Clínico (n=23)		Control (n=19)		Z	p
	Mdn	Rango	Mdn	Rango		
Saber contraceptivo perinatal	8.0	14.0	10.0	16.0	-.418	.676
Desventajas del uso de AC en general	1.8	3.6	01.8	02.4	-.115	.908
Ventajas del uso del condón con la pareja principal	4.6	3.2	04.6	03.0	-.243	.808
Ventajas del uso del condón con otras parejas	4.6	3.2	04.6	03.0	-.210	.834
Uso de anticonceptivos en general	18.0	20.0	12.0	17.0	-2.35	.180
Uso del condón con la pareja principal	18.0	20.0	16.0	20.0	-.887	.375
Preparación hacia el uso anticonceptivo perinatal	17.0	32.0	21.0	33.0	-1.90	.057**

Nota. M = Media, DE = Desviación estándar, AC = Anticonceptivo, * $p < .10$, ** $p < 0.05$.

De acuerdo con el quinto objetivo, que correspondió a la comparación de los resultados del pre y posttest del grupo CAMI-Spa-Clínico. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el pre y posttest de las siguientes variables: saber contraceptivo perinatal ($Z=-4.02$ $p<.001$) y la preparación hacia el uso de anticonceptivo perinatal ($Z=-2.53$, $p=.011$).

La variable que determinó el cambio de la conducta anticonceptiva fue el uso de anticonceptivo perinatal el cual mostró un incrementó notablemente de ($Z=-4.52$, $p<.001$). En las dimensiones del balance decisional anticonceptivo perinatal; las ventajas del uso de AC en general fueron ($Z=-2.74$, $p=.006$); ventajas de uso de condón con la pareja principal ($Z=-2.53$, $p=.016$). En la dimensión de autoeficacia anticonceptiva perinatal, uso de condón con otras parejas ($Z=-2.74$, $p=.006$) (Tabla 18).

Tabla 18

Comparación de las variables de estudio al pre y postest en el grupo CAMI-Spa-Clínico mediante la prueba de Rangos de Wilcoxon

Variables	Pretest		Posttest		Z	p
	Mdn	Rango	Mdn	Rango		
Saber contraceptivo perinatal	8.0	14.0	14.0	13.0	-4.02	.000**
Ventajas del uso de AC en general	4.0	3.0	4.4	2.4	-2.74	.006**
Desventajas del uso de AC en general	1.8	3.6	1.6	4.0	-.114	.909
Ventajas del uso del condón con la pareja principal	4.6	2.0	4.8	1.4	-2.42	.016**
Desventajas del uso del condón con la pareja principal	1.8	2.8	1.8	3.0	-1.30	.896
Ventajas del uso del condón con otras parejas	4.6	3.2	5.0	2.0	-.553	.581
Desventajas del uso del condón con otras parejas	1.8	3.8	2.0	3.8	-.627	.531
Uso de anticonceptivos en general	18.0	20.0	18.0	20.0	-1.48	.138
Uso del condón con la pareja principal	18.0	20.0	22.0	20.0	-1.64	.100
Uso del condón con otras parejas	19.0	20.0	24.0	20.0	-2.74	.006**
Preparación hacia el uso anticonceptivo perinatal	17.0	32.0	21.0	39.0	-2.53	.011**
Uso de anticonceptivo perinatal	0.0	0.0	14.0	33.0	-4.52	.000**

Nota. Mdn = Mediana, AC = Anticonceptivo, $n = 23$, * $p < .10$, ** $p < .05$

La comparación en el tiempo a través de la prueba *t de Student* para muestras relacionadas mostró una diferencia estadísticamente significativa entre el pre y postest de las siguientes variables: disposición contraceptiva perinatal ($M=124.9$, $DE=15.5$ vs $M=130.0$, $DE=14.6$, $t=2.85$, $p=.009$). En los procesos de cambio anticonceptivo perinatal se observó una mayor diferencia entre las medias ($M=88.1$, $DE=12.9$ vs $M=55.9$, $DE=6.8$, $t=7.02$, $p<.001$) y la dimensión de esta variable: procesos experienciales ($M=88.13$, $DE=12.9$ vs $M=101.3$, $DE=11.3$, $t=7.02$, $p<.001$), la segunda dimensión obtuvo significancia estadística $p<.10$. Así mismo, se observó entre las variables balance decisional anticonceptivo perinatal y autoeficacia anticonceptivo perinatal ($M=3.1$, $DE=0.5$ vs $M=3.3$, $DE=0.3$, $t=2.26$, $p=.034$ y $M=88.13$, $DE=12.9$ vs $M=101.3$, $DE=11.3$, $t=7.02$, $p = .001$) (Tabla 19).

Tabla 19

Comparación de medias al pre y postest en el grupo CAMI-Spa-Clínico a través de la prueba t de Student para muestras relacionadas

Variables	Pretest		Postest		t	p
	M	DE	M	DE		
Disposición contraceptiva perinatal	124.9	15.5	130.0	14.6	02.85	.009**
Procesos de cambio AC perinatal	88.1	12.9	101.3	11.3	07.02	.000**
Procesos experienciales	40.2	07.3	55.9	06.8	11.75	.000**
Procesos conductuales	47.8	08.2	45.5	05.6	-1.75	.093*
Balance decisional AC perinatal	03.1	00.5	03.3	00.3	02.26	.034**
Autoeficacia AC perinatal	49.0	19.4	55.5	19.5	03.33	.003**

Nota. M = Media, DE = Desviación estándar, AC = Anticonceptivo, n = 23, * p < .10, ** p < .05.

En respuesta al objetivo seis que estableció la comparación de los resultados del pre y postest del grupo control, se observó que sólo dos variables y una dimensión de autoeficacia alcanzaron una diferencia estadísticamente significativa, la variable principal uso anticonceptivo perinatal ($Z=-2.63$, $p=.008$), saber contraceptivo perinatal ($Z=-2.59$, $p=.010$) y una de las dimensiones de la autoeficacia anticonceptiva perinatal: uso de anticonceptivo en general ($Z=-1.69$, $p=.090$) y en la dimensión desventajas del uso de condón con otras parejas de la variable balance decisional anticonceptivo perinatal ($Z=-1.73$, $p=.083$). El resto de las dimensiones de balance decisional y autoeficacia anticonceptiva perinatales no obtuvieron cambios significativos, los datos se muestran en la Tabla 20.

Tabla 20

Comparación de las variables de estudio al pre y postest en el grupo control mediante la prueba de Rangos de Wilcoxon

Variables	Pretest		Postest		Z	p
	Mdn	Rango	Mdn	Rango		
Saber contraceptivo perinatal	10.0	16.0	14.0	15.0	-2.59	.010**
Ventajas del uso de AC en general	04.2	03.0	04.4	02.4	-.386	.700
Desventajas del uso de AC en general	01.8	02.4	01.8	02.0	-.134	.893
Ventajas del uso del condón con la pareja principal	04.6	03.0	04.6	02.0	-1.40	.888

(Continúa)

Tabla 20

Comparación de las variables de estudio al pre y posttest en el grupo control mediante la prueba de Rangos de Wilcoxon (Continuación)

Variables	Pretest		Posttest		Z	p
	Mdn	Rango	Mdn	Rango		
Desventajas del uso del condón con la pareja principal	01.8	03.2	02.0	02.2	-1.89	.850
Ventajas del uso del condón con otras parejas	04.6	03.0	04.6	02.2	-2.11	.833
Desventajas del uso del condón con otras parejas	02.4	03.6	02.2	02.6	-1.73	.083*
Uso de anticonceptivos en general	19.0	17.0	13.0	20.0	-1.69	.090*
Uso del condón con la pareja principal	16.0	20.0	17.0	20.0	-.633	.527
Uso del condón con otras parejas	13.2	20.0	15.0	20.0	-.855	.393
Preparación hacia el uso anticonceptivo perinatal	21.0	33.3	20.0	32.0	-1.33	.182
Uso de anticonceptivo perinatal	00.0	00.0	00.0	28.8	-2.63	.008**

Nota. Mdn = Mediana, AC = Anticonceptivo, $n = 19$, * $p < .10$, ** $p < .05$.

Con respecto al efecto en el tiempo de las variables la Prueba *t de Student* para muestras relacionadas mostró que sólo las dimensiones de la variable procesos de cambio anticonceptivo perinatal: procesos experienciales y conductuales tuvieron cambios significativos $M=39.9$, $DE=6.6$ vs $M=49.0$, $DE=9.7$, $t=4.34$, $p<.001$ y $M=46.4$, $DE=10.3$ vs $M=38.5$, $DE=6$, $t=-2.89$, $p=.010$ respectivamente. Mientras que las variables disposición contraceptiva perinatal y autoeficacia anticonceptiva perinatal incrementaron su puntuación pero no alcanzaron diferencias estadísticamente significativas. El balance anticonceptivo perinatal mostró una disminución en la media al posttest por tanto su significancia estadística fue nula (Tabla 21).

Tabla 21

Comparación de medias al pre y posttest del grupo control mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas

Variables	Pretest		Posttest		t	p
	M	DE	M	DE		
Disposición contraceptiva perinatal	119.9	14.3	121.5	19.5	0.57	.573
Procesos de cambio AC perinatal	86.3	16.4	87.5	14.5	0.30	.762

(Continúa)

Tabla 21

Comparación de medias al pre y posttest del grupo control mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas (Continuación)

Variables	Pretest		Posttest		t	p
	M	DE	M	DE		
Disposición contraceptiva perinatal	119.9	14.3	121.5	19.5	0.57	.573
Procesos de cambio AC perinatal	86.3	16.4	87.5	14.5	0.30	.762
Procesos experienciales	39.9	6.6	49.0	9.7	4.34	.000**
Procesos conductuales	46.4	10.3	38.5	6.2	-2.89	.010**
Balance decisional AC perinatal	03.1	0.5	03.0	0.3	0.36	.718
Autoeficacia anticonceptiva perinatal	40.9	16.4	46.1	15.7	1.30	.207

Nota. M = Media, DE = Desviación estándar, AC = Anticonceptivo, n = 19, *p < .10, ** p < .05.

En respuesta del objetivo siete que estableció la comparación de los resultados del posttest entre el grupo control y el grupo CAMI-Spa-Clínico, se determinó que una mayor cantidad de adolescentes del grupo CAMI-Spa-Clínico incrementó el uso de anticonceptivos perinatal en comparación con el GC ($Z=-3.64$, $p=.001$), por lo que se acepta la hipótesis uno la cual indica que las adolescentes recibieron el CAMI-Spa-Clínico presentan en el posttest un incremento en el uso de anticonceptivos en comparación con aquellas que reciban el tratamiento control.

Así mismo, las adolescentes del grupo CAMI-Spa-Clínico percibieron una mejor comunicación anticonceptiva perinatal en comparación de las adolescentes que recibieron el tratamiento control ($Z=-3.81$, $p=.002$), por lo que se encuentran elementos para aceptar la hipótesis ocho que indica que las adolescentes en etapa perinatal que reciban la intervención CAMI-Spa-Clínico manifiestan al posttest una mejor comunicación anticonceptiva perinatal en comparación con aquellas que reciban el tratamiento control.

Con respecto a los resultados obtenidos en las dimensiones, las adolescentes del GI percibieron mayores ventajas de uso de anticonceptivos en general en contraste con las del GC ($Z=-2.20$, $p=.027$) y uso de condón con otras parejas del $Z=1.80$, $p=.072$), por lo que se observó una diferencia estadísticamente significativa en dos de tres

dimensiones de la variable autoeficacia anticonceptiva perinatal. En el caso del saber contraceptivo perinatal y preparación hacia el uso de anticonceptivo perinatal no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por lo que se rechaza las hipótesis dos y siete las cuales enuncia que las adolescentes que reciban el CAMI-Cpa-Clínico al posttest aumentan el nivel del saber contraceptivo perinatal y preparación hacia el uso de anticonceptivo perinatal en comparación con el grupo control (Tabla 22).

Tabla 22

Comparación al posttest del CAMI-Spa-Clínico vs el grupo control a través de la prueba

U de Mann Whitney

Variables	CAMI-Spa-Clínico (n=23)		Control (n=19)		Z	p
	Mdn	Rango	Mdn	Rango		
Saber contraceptivo perinatal	14.0	13.0	13.1	15	-.584	.559
Ventajas del uso de AC en general	4.4	2.4	4.0	2.4	-2.20	.027**
Desventajas del uso de AC en general	1.9	4.0	1.9	2.0	-.561	.575
Ventajas del uso del condón con la pareja principal	4.6	1.4	1.9	2.2	-1.60	.109
Desventajas del uso del condón con la pareja principal	4.6	1.4	4.3	2.0	-.178	.859
Ventajas del uso del condón con otras parejas	4.6	2.0	4.2	2.2	-1.38	.167
Desventajas del uso del condón con otras parejas	2.2	3.0	2.0	2.6	-.216	.829
Uso de anticonceptivos en general	16.9	20.0	13.4	20.0	-1.86	.062*
Uso del condón con la pareja principal	18.9	20.0	16.6	20.0	-1.51	.130
Uso del condón con otras parejas	19.6	20.0	16.0	20.0	-1.80	.072*
Preparación hacia el uso anticonceptivo perinatal	22.1	39.0	19.2	32.0	-.894	.371
Uso de anticonceptivo perinatal	14.3	33.0	6.0	28.0	-3.64	.000**
Comunicación anticonceptiva perinatal	91.2	42.6	77.7	54.7	-3.81	.002**

Nota. Mdn = Medina, AC = Anticonceptivo, * $p < .10$, ** $p < .05$

Con la prueba *t* de Student en el posttest entre ambos grupos se observó que la autoeficacia anticonceptiva perinatal en el grupo CAMI-Spa-Clínico ($M=55.5$, $DE=19.6$ vs $M=46.1$, $DE=15.7$), la disposición contraceptiva perinatal ($M=130.3$,

$DE=14.6$ en el GI vs $M=121.5$, $DE=15.8$ del GC) y el balance decisional anticonceptivo perinatal ($M=3.3$, $DE=0.3$ en el GI vs $M=3.0$, $DE=0.3$ del GC) alcanzaron medias mayores que el GC con diferencia estadísticamente significativa y con mayor énfasis en los procesos de cambio anticonceptivo perinatal ($M=101$, $DE=11.3$ vs $M=87.5$, $DE=14.5$, $t=3.47$, $p=.001$) así como en sus dimensiones: procesos experienciales ($M=55.9$, $DE=6.8$ vs $M=49.0$, $DE=9.7$, $t=2.69$, $p=.010$); procesos conductuales ($M=45.4$, $DE=5.6$ vs $ME=38.5$, $DE=6.2$, $t=3.76$, $p=.001$). Por tanto, se aceptan las hipótesis tres, cuatro, cinco y seis las cual expresan que las adolescentes que reciban el CAMI-Spa-clínico al postest demuestran un aumento en la disposición contraceptiva perinatal, procesos de cambio, balance decisional y autoeficacia anticonceptivas perinatales en comparación con aquellas que reciban el tratamiento control respectivamente (Tabla 23).

Tabla 23

Comparación al postest del CAMI-Spa-Clínico vs el grupo control mediante la prueba t de Student para muestras independientes

Variables	CAMI- Spa-Clínico ($n = 23$)		Control ($n = 19$)		t	p
	M	DE	M	DE		
Disposición contraceptiva perinatal	130.3	14.6	121.5	15.8	1.88	.067*
Procesos de cambio AC perinatal	101.2	11.3	87.5	14.5	3.47	.001*
Procesos experienciales	55.9	6.8	49.0	9.7	2.69	.010**
Procesos conductuales	45.4	5.6	38.5	6.2	3.76	.001**
Balance decisional AC perinatal	3.3	0.3	3.0	0.3	1.85	.071*
Autoeficacia anticonceptiva perinatal	55.5	19.5	46.1	15.7	1.71	.093*

Nota. M = Media, DE = Desviación estándar AC = Anticonceptivo, * $p < .10$, ** $p < .05$.

Significancia Clínica

Para dar respuesta al objetivo ocho, que estableció la determinación de la significancia clínica (SC) de ambos grupos al postest. Se observó que esta fue más consistente en el grupo CAMI-Spa-Clínico. El saber contraceptivo perinatal incrementó cinco puntos con respecto al pretest en el GI alcanzando al postest ($M=14$, $CMI=2.35$),

al igual que GC, pero éste con menor puntaje ($M=14$, $CMI=.35$). Con referente a la disposición contraceptiva perinatal se observó un aumento mínimo en la media de ambos grupos, motivo por el cual no reportó un CMI.

Los procesos de cambio perinatal obtuvieron un incremento de 13 puntos lo que representó una diferencia clínicamente significativa, en comparación con el GC ($M=101.3$, $CMI=6.75$), resultado similar en los procesos de cambio experienciales, superando de manera importante al GC. No obstante, esta situación no se presentó en los procesos de cambio conductuales ya que en ambos grupos se observó una disminución al posttest con mayor relevancia en el GC, ($CMI=.05$ vs $CMI=-6.5$). En el balance decisional anticonceptivo perinatal no se observó un CMI, ni en la mayoría de sus dimensiones con excepción de las ventajas del uso de anticonceptivo en general en favor del GI ($CMI=.2$ vs $CMI=-.35$) y en las ventajas del uso de condón la pareja principal ($CMI=.05$ vs $CMI=-.35$). Es importante mencionar que en las dimensiones del balance decisional anticonceptivo perinatal que abordan las desventajas, la puntuación debe disminuir, cambio que no fue observado.

Aunque en la autoeficacia anticonceptiva perinatal se mostró un aumento de seis puntos al posttest, la diferencia no mostró cambio superior a la SC ideal en el GI, situación similar ocurrió en el GC para la misma variable y dimensiones. En tanto que en la preparación hacia el uso de anticonceptivos se observó un aumento de siete puntos y una diferencia con un $CMI= 1.7$ en el GI, situación que no se logró en el GC. En el uso de anticonceptivo perinatal se obtuvo un incremento relevante en el puntaje al posttest del GI en comparación del GC, ambos grupos obtuvieron la SC con más énfasis en el GI (Tabla 24).

Tabla 24. Comparación de la significancia clínica entre los grupos de tratamiento*Comparación de la significancia clínica entre los grupos de tratamiento*

Variables	Grupo	Pretest		Posttest		Significancia clínica ^a		
		M	DE	M	DE	DE (0.5)	Ideal	CMI
Disposición contraceptiva perinatal	CAMI-Spa- Clínico	124.0	15.5	130.0	14.6	7.75	131.75	-1.75
	Control	119.9	14.3	121.5	15.8	7.15	127.05	-5.50
Saber contraceptivo perinatal	CAMI-Spa- Clínico	9.6	4.1	14.0	3.4	2.05	11.65	2.35*
	Control	10.3	4.9	13.1	4.2	2.45	12.75	0.35*
Procesos de cambio AC perinatal	CAMI-Spa- Clínico	88.1	12.9	101.3	11.3	6.45	94.55	6.75*
	Control	86.3	16.4	87.5	14.5	8.20	94.5	7.00
Procesos de cambio experienciales	CAMI-Spa- Clínico	40.2	7.3	55.9	6.8	3.65	43.8	12.05*
	Control	39.8	6.6	49.0	9.7	3.30	43.1	5.90*
Procesos de cambio conductuales	CAMI-Spa- Clínico	47.8	8.2	45.4	5.6	4.10	51.9	-6.50
	Control	46.4	10.3	38.5	6.2	5.15	51.5	-13.05
Balance decisional AC perinatal	CAMI-Spa- Clínico	3.1	0.5	3.3	0.3	0.25	3.3	- 0.05
	Control	3.1	0.5	3.1	0.3	0.28	3.3	0.28
Ventajas del uso de AC en general	CAMI-Spa- Clínico	3.8	0.8	4.4	0.5	0.40	4.2	0.20*
	Control	3.9	0.9	4.0	0.7	0.45	4.3	-0.35
Desventajas ^b del uso de AC en general	CAMI-Spa- Clínico	1.9	1.0	1.9	1.0	0.50	1.4	-0.50
	Control	1.9	0.8	1.9	0.6	0.42	01.5	-0.40
Ventajas del uso condón con la pareja principal	CAMI-Spa- Clínico	4.2	0.7	4.6	0.4	0.35	4.5	0.05*
	Control	4.3	0.7	4.3	0.7	0.35	4.6	-0.35
Desventajas ^b del uso condón con la pareja principal	CAMI-Spa- Clínico	1.9	0.7	1.9	0.7	0.35	1.5	-0.35
	Control	1.9	0.8	1.9	0.7	0.44	01.4	0.55
Ventajas del uso del condón con otras parejas	CAMI-Spa- Clínico	4.5	0.7	4.6	0.5	0.35	4.8	-0.25
	Control	4.3	0.8	4.2	0.7	0.40	4.7	-0.50

(Continúa)

Tabla 24*Comparación de la significancia clínica entre los grupos de tratamiento (Continuación)*

Variables	Grupo	Pretest		Postest		Significancia clínica ^a		
		M	DE	M	DE	DE (0.5)	Ideal	CMI
Desventajas ^b del uso del condón con otras parejas	CAMI-Spa- Clínico	2.1	1.1	2.2	0.9	0.55	1.6	0.60
	Control	2.3	1.0	2.0	0.7	0.50	1.8	0.20
Autoeficacia anticonceptiva perinatal	CAMI-Spa- Clínico	49.0	19.4	55.5	19.5	9.70	58.7	-3.20
	Control	40.9	16.4	46.1	15.7	8.20	49.1	-3.00
Uso de anticonceptivo en general	CAMI-Spa- Clínico	15.8	6.7	16.9	6.8	3.35	19.15	-2.25
	Control	11.0	5.1	13.4	5.7	2.55	13.55	-0.15
Uso de condón con la pareja	CAMI-Spa- Clínico	17.2	6.3	18.9	6.5	3.15	20.35	-1.45
	Control	15.4	6.3	16.6	5.2	3.15	18.55	-1.95
Uso de condón con otras parejas	CAMI-Spa- Clínico	16.0	8.3	19.6	6.9	4.15	20.15	-0.55
	Control	14.4	7.1	16.0	6.5	3.55	17.95	-1.95
Preparación hacia el uso de anticonceptivo	CAMI-Spa- Clínico	15.3	10.2	22.1	8.7	5.10	20.4	1.7*
	Control	22.0	9.3	19.2	9.5	4.75	23.95	-4.75
Uso de anticonceptivo perinatal	CAMI-Spa- Clínico	0.0	0.0	14.3	5.0	0.00	0.0	14.3*
	Control	0.0	0.0	6.0	8.4	0.00	0.0	6.0*

Nota. M = Media, DE = Desviación estándar, AC = Anticonceptivo, SC = Significancia clínica,
 *SC > 0.5 DE, CMI = Cambio mínimo importante

^a La SC se consideró a partir de un cambio de 0.5 desviaciones estándar al postest en función del puntaje en la media del pretest.

^b Por la naturaleza de esta dimensión, lo ideal fue que disminuyera la puntuación al postest, aunque alcanzaron una CMI este debió ser negativo, motivo por el cual no se consideró clínicamente significativa.

En respuesta al objetivo general el cual indicó la determinación de la eficacia preliminar del CAMI-Spa-Clínico para el uso de anticonceptivos en adolescentes en etapa perinatal. Se consideró como variable principal el uso anticonceptivo perinatal y como variables secundarias: saber contraceptivo, disposición contraceptiva perinatales, procesos de cambio anticonceptivo perinatal, balance decisonal anticonceptivo perinatal, autoeficacia anticonceptiva perinatal, preparación hacia el uso de

anticonceptivos y comunicación anticonceptiva perinatal. Al aceptarse seis de ocho hipótesis de trabajo (Uso de anticonceptivo, disposición contraceptiva, procesos de cambio anticonceptivo, balance decisional anticonceptivo, autoeficacia anticonceptiva y comunicación anticonceptiva perinatales).

Por otra parte, en los resultados de la significancia clínica dónde se calculó los CMI de siete variables, no se realizó este cálculo para la variable comunicación anticonceptiva perinatal porque esta no fue medida en el pretest. Por tanto, en los resultados se obtuvo que cuatro variables (saber contraceptivo perinatal, procesos de cambio anticonceptivo perinatal y una de sus dimensiones, preparación para el uso anticonceptivo perinatal y uso de anticonceptivo perinatal) mostraron significancia clínica. Este cambio también se observó en las dimensiones (ventajas del uso de AC perinatal y ventajas del uso de condón con la pareja principal). Por lo tanto, al aceptar seis de ocho hipótesis y observar significancia clínica en cuatro variables y tres de sus dimensiones se consideró que CAMI-Spa-Clínico presentó eficacia preliminar para incrementar el uso de anticonceptivos en adolescentes en etapa perinatal.

Capítulo IV

Discusión

En este Capítulo se discuten los resultados que responden a cada uno de los objetivos e hipótesis propuestas. El análisis realizado se basó en los supuestos del Modelo Transteórico de Cambio de Conducta (Prochaska & DiClemente, 2005), el enfoque de la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2015), la metodología de la adaptación e implementación de intervenciones (Gitlin & Czaja, 2016) significancia clínica (Polit, 2017), las habilidades de la EM y la evidencia científica relacionada con el fenómeno de estudio. Por último, se presentan las limitaciones, conclusiones y recomendaciones

Datos sociodemográficos

Acerca de los aspectos sociodemográficos de ambos grupos, la edad promedio de las participantes fue de 17.5 años, dato semejante a la reportada por Pérez (2022), en concordancia a la edad de las participantes de este estudio, la mayoría eran estudiantes de preparatoria, lo cual contrasta con Hubert et al. (2018) quienes reportaron una mayor prevalencia de escolaridad de nivel secundaria en su estudio, por lo que la ocurrencia de embarazo adolescente pudiera tener un margen de edades diferentes de acuerdo a la situación sociocultural de cada región del país. El número de adolescentes que vivían en unión libre fue mayor que las solteras y casadas, resultado que concuerda con Manjarres (2020), por lo que se considera que un importante número de adolescentes se encuentran en riesgo de un ERR ya que la vida en pareja las mantienen sexualmente activas (Sridhar et al., 2015).

En cuanto a los datos gineco-obstétricos la menarca la reportaron a los 11.3 años en promedio, lo cual representa un factor de riesgo para el inicio temprano de la actividad sexual (Morales et al., 2022), dato coincidente en este trabajo y el de Hubert et al. (2018) con 15.2 y 15.5 años respectivamente, por lo tanto en futuro será necesario

intervenir sobre salud sexual en adolescentes desde los 11 años con la finalidad de abordar la prevención de embarazo en la adolescencia.

Dentro de las complicaciones maternas más frecuentes en este estudio y lo reportado por otros autores fueron las infecciones de vías urinarias, cervicovaginitis y amenaza de parto prematuro (López, 2021; Maravilla et al., 2019).

A este respecto, las infecciones urinarias en el embarazo su cuidado y tratamiento debe ser minucioso por que tienden a evolucionar a pielonefritis y ésta a su vez se convierte en un factor de riesgo independiente para parto prematuro y desencadenar hipertensión, anemia y preeclampsia (López, 2021). La cervicovaginitis por su parte puede ascender a la cavidad amniótica y causar la rotura prematura de membranas, ambas patologías desencadenan consecuencias de peligro para la vida del binomio (Pradenas, 2014) .

En las características perinatales al momento de concluir el embarazo la mayoría de las adolescentes tuvieron un parto normal con un recién nacido sano. Sin embargo, se presentaron casos de prematurez y malformaciones congénitas como se ha descrito en la literatura científica (Govender et al., 2019; Maravilla et al., 2019; Norton et al., 2017) y que coinciden con las complicaciones maternas antes mencionadas. Por lo que es relevante continuar con las acciones preventivas hacia el embarazo adolescente ya que las consecuencias son trascendentales para la salud y desarrollo familiar generacionalmente (Kuri et al., 2020). En sintonía a lo anterior, otros autores comentan que la reducción de las tasas de embarazos no deseados a través de AC efectivos reduce la morbilidad y mortalidad en mujeres y a su vez tiene el potencial para beneficiar a la comunidad en general ya que puede reducir la pobreza particularmente en regiones de seguridad alimentaria (Wilson et al., 2015).

Factibilidad de la intervención CAMI-Spa-Clínico

Para dar respuesta al segundo objetivo específico, se abordó lo referente a la metodología de los estudios piloto, los cuales se centran en características prácticas para

administrar el tratamiento correctamente en el entorno previsto con indicadores como la aceptabilidad, fidelidad, adherencia y retención de participantes (Haxby, 2014), ya que estos estudios tienen como objetivo explorar la viabilidad de un ensayo a gran escala. La factibilidad en este estudio fue a partir del desarrollo de la implementación de la intervención, contexto de aplicación, cualificación del intervencionista, fidelidad de la intervención, recursos materiales, barreras de la comunicación, periodo de reclutamiento, alcance, tasa de obstáculos para la participación y tasa de aleatorización.

Implementación. Se consideró adecuada, aunque durante el periodo de la misma se realizaron modificaciones en el procedimiento de recolecta de datos y en la programación de las sesiones de consejería en ambos grupos, debido a dificultades en la afiliación de las adolescentes al hospital sede. Sin embargo, no se modificó la modalidad, tiempo de entrega y espacio físico planeado. El seguimiento realizado desde la segunda consejería hasta el postparto transcurrió conforme a lo planeado. La implementación de una intervención es un desafío, por lo que ésta debe ser flexible para descubrir que estrategias no son efectivas en el entorno de aplicación y aquellas que necesitan modificación, no obstante, no se debe perder de vista, los objetivos, metas y medidas específicas (Straus et al., 2013).

A pesar de los inconvenientes en el procedimiento planteado, el contexto clínico podría representar un espacio favorable para futuras intervenciones CAMI-Spa-Clínico o relacionadas con la EM en comparación con otros contextos en virtud de ser un espacio que cuenta con estructura física adecuada, personal sanitario calificado o susceptible de cualificación y vasto recurso material relacionado con la anticoncepción los cuales se brinda de forma gratuita.

Al respecto un estudio reciente reportó que las adolescentes con seguridad social tuvieron más posibilidad de recibir un AC en posparto en comparación con las que no tienen este servicio (De la Vara-Salazar et al., 2020) esta situación contrasta con el sistema sanitario de los países de altos ingresos donde se gestaron las intervenciones

relacionadas a la EM, las cuales se dirigieron a poblaciones en vulnerabilidad social y sin seguro médico (Wilson et al., 2015) por lo que las intervenciones comunitarias tienen mayor factibilidad ya que este tipo de usuarios enfrentan barreras para ser atendidas en entornos clínicos (Carvajal et al., 2017). Por lo tanto, el sistema sanitario nacional podría beneficiarse con la entrega de una intervención motivacional dirigida a adolescentes para incrementar el uso de AC y prevenir el ERR pues cuentan con el recurso humano y material para facilitar su viabilidad.

Sin embargo, al momento no se encontraron registros de la implementación CAMI o relacionados con la EM en contexto clínico y en adolescentes embarazadas en México y Latinoamérica (Frederiksen et al., 2018; Manjarres-Posada et al., 2022; Norton et al., 2017; Wilson et al., 2015; Zapata et al., 2018), por lo que este estudio podría ser uno de los primeros estudios en explorar este tipo de intervenciones en este contexto con atención a las directrices que brinda la práctica basada en evidencia.

No obstante, su implementación en este entorno podría tener mejoras significativas en hospitales con diferente tipo de seguridad social en donde no se tenga limitaciones con el tipo de afiliación como aquellos adscritos a la Secretaría de Salud o Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) lo que facilitaría el reclutamiento, seguimiento y terminación de las adolescentes, esta última tiene un papel relevante en la garantía al derecho de la protección de salud a las personas sin seguridad social (Gobierno de México, 2020), tal es el caso de las adolescentes embarazadas que secundario a las políticas institucionales del hospital sede perdieron la seguridad social.

El aspecto más favorable en la implementación de la intervención CAMI-Spa-Clínico fue realizar las sesiones en el consultorio a puerta cerrada durante 30 minutos, sin la presencia de familiares ni algún otro distractor, lo que permitió una mejor comunicación, confianza y garantizó la confidencialidad. Además de que se registraron pocas interrupciones del personal sanitario. Dentro de los componentes exitosos en las intervenciones clínicas para mejorar la conducta anticonceptiva en adolescentes se

considera personalizar las discusiones para satisfacer las necesidades individuales de las adolescentes (Zapata et al., 2018).

En relación con lo anterior, la atención de enfermería en consultorios favorece la atención centrada en el paciente y permite la incorporación de las cinco funciones básicas de la atención primaria que incluye la atención integral y coordinada, servicios accesibles, calidad y seguridad (Steppie & Kirchner, 2020). La asistencia a consultorios es una necesidad social, sobre todo cuando las personas tienen situaciones específicas de salud que atender, se ha documentado que en atención primaria hay una mayor frecuencia de visitas a las clínicas en específico a los módulos de enfermería con motivo de provisión de servicios de educación para la salud versus a los consultorios médicos (Hing et al., 2011). En este sentido de la necesidad de recibir atención preventiva en temas de sexualidad requiere de tres aspectos importantes: confianza, confidencialidad y comunicación con el proveedor de salud, ya que a través de la comunicación el paciente percibe la competencia clínica del proveedor y esta comunicación abierta sólo se puede brindar en un medio de confidencialidad, debido a que una de las principales preocupaciones de las personas es la divulgación de información a familiares, empleadores y aseguranzas (Hall et al., 2001). Por tanto, el entorno clínico es un espacio ideal para tratar temas que las personas perciben como íntimas como la sexualidad, la paridad o ITS.

En contraste, Manjarres (2020) al implementar la intervención CAMI-Spa en contexto comunitario encontró barreras en el aspecto de confidencialidad y percepción de carga de la intervención en las madres adolescentes, secundarias a las actividades del hogar y cuidado al hijo, que a su vez coincide con lo reportado por Barnet et al. (2009) en la intervención CAMI donde los consejeros se enfrentaron a condiciones precarias, hacinamiento, violencia al interior de los domicilios, situaciones que dificultaron la entrega de la intervención.

Otro factor no planeado que favoreció la factibilidad de este estudio fue el involucramiento del personal del hospital sede, con el paso de los días identificaron con mayor facilidad a los integrantes del equipo de investigación e incrementaron el número de referencias de adolescentes al equipo CAMI-Spa-Clínico, lo que facilitó el reclutamiento y seguimiento de las adolescentes hasta el final del embarazo. Involucrar a las partes interesadas (usuarios, trabajadores, administradores, etc.) desde el principio del proceso de desarrollo de la intervención está emergiendo como una mejor práctica (Gitlin & Czaja, 2016).

Fidelidad de la intervención. Esta fue adecuada, partiendo de que este concepto se refiere a las prácticas metodológicas utilizadas para asegurar que un estudio de investigación pruebe de manera confiable y válida una intervención clínica, aún no existe un consenso sobre sus elementos esenciales, evaluación y alcance (Gitlin & Czaja, 2016). En esta adaptación se contó con la ventaja de seguir el manual de la intervención CAMI versión español (Manjarres, 2020) donde se detalla los pasos a seguir de la intervención, por lo que este manual fue la guía metodológica.

Otro aspecto de la fidelidad fue la capacitación de la consejera por personal experto en EM, así como coaching personalizado para mejorar las habilidades de la comunicación centrada en la persona. Adicionalmente las grabaciones autorizadas por las adolescentes y tutores se enviaron con expertos en EM para su análisis, las puntuaciones obtenidas en los componentes del espíritu de la EM permanecieron arriba de la media, con cero confrontaciones entre las adolescentes y la consejera denotando que se cumplieron con los estándares de la EM.

Por último, se implementó la Lista de Fidelidad en la entrega del CAMI-Spa adaptada de Manjarres (2020), en la mayoría de las sesiones, esto debido a que durante la sesión fue complicado para la consejera estar pendiente del tiempo de la sesión para asegurar la dosis de la intervención, de la grabación, llenado la lista de cotejo, instrumento de balance decisional, hojas de trabajo de metas a futuro, cálculo del

balance de decisiones así como estar concentrada en la escucha activa y contacto directo con la adolescente.

El reporte de la fidelidad raramente se informa en estudios intervencionistas, sin embargo, el valor de éste permite desmitificar la caja negra de una intervención (Gitlin & Czaja, 2016), así como valorar la ejecución de los ingredientes activos de las intervenciones para producir los mismos resultados en diferentes contextos (Sidani & Braden, 2011), además de que es crucial para valorar su aplicabilidad en un estudio a mayor escala (Haxby, 2014).

Si bien, hasta el momento no se cuenta con un instrumento estándar para evaluar la fidelidad, los estudios CAMI (Barnet et al., 2009) y CAMI-Spa (Manjarres, 2020) han reportado que la intervención se desarrolló con adecuada calidad y fidelidad respectivamente, dato que no fue reportado por Gold et al. (2016).

Recursos Materiales. El material de apoyo utilizado en la intervención CAMI-Spa-Clínico fue adecuado ya que la mayor parte de las adolescentes refirieron que los materiales fueron interesantes. Sin embargo, los materiales empleados fueron diferentes a otras versiones CAMI. En la primer versión del CAMI se usó sólo la EM como intervención (Barnet et al., 2009), en la versión adaptada al español y cultura incluyeron fichas informativas y un muestrario de AC basado en las guías OMS (Manjarres, 2020), en esta adaptación, se utilizaron los recursos materiales del hospital sede: un muestrario de anticonceptivos, pizarrón, rotafolio y modelos anatómicos del aparato reproductor masculino y femenino, lo que favoreció para que el proyecto tuviera viabilidad ya que estos no generaron costo para el equipo de investigación.

Además de recibir información anticonceptiva las adolescentes examinaron a detalle la mayoría de los anticonceptivos, lo que permitió aclarar dudas y disminuir sus temores. Sin embargo, es importante contar con un dato más preciso de la influencia de los materiales de apoyo en el cambio de la conducta anticonceptiva. Sidani y Braden

(2021) refieren que los materiales de apoyo deben estandarizarse y anexarse al manual de la intervención esto para garantizar la fidelidad.

Barreras de la comunicación. Se presentaron solamente dos interrupciones durante la consejería, situación que podría representar una ventaja del contexto clínico vs el comunitario. Contar con el espacio y tiempo suficiente fue importante para llevar a cabo el espíritu y herramientas de la EM, pues la relación terapéutica se preocupa por mostrar empatía y calidez para hacer sentir cómodo y seguro a las personas (Doherty & Thompson, 2014; N. Sharma & Gupta, 2022), por lo que es necesario asegurar un ambiente propicio para compartir ideas, dudas y preocupaciones sin interrupciones de terceros (De la Vara-Salazar et al., 2018).

Dentro de este apartado se consideraron las barreras para recibir los mensajes m-Health, donde la mayoría de las adolescentes del GI reportaron la recepción y lectura. No obstante, no se deben minimizar los motivos de no recepción ya que estos pueden repetirse en un estudio a gran escala como en el caso de McCarthy et al. (2018) donde reportó que el 28.6% de las adolescentes no leyeron los mensajes. Los riesgos para no adherirse a la lectura de los mensajes de texto está relacionada con la preocupación de que otras personas revisen sus mensajes y no asumir que han iniciado su vida sexual por lo que Ybarra et al. (2020) sugieren instalar aplicaciones de confidencialidad.

No obstante, esta situación de sentirse apenadas por recibir mensajes sobre AC podría ser menor en las adolescentes embarazadas ya que su situación de salud sexual es diferente, además de que los mensajes enviados en este estudio fueron diseñados y adaptados al lenguaje digital de las adolescentes con un contenido motivacional hacia el uso de AC, por lo que podrían ser amigables a la vista y comprensión de otras personas.

Sin embargo, en futuros estudios se debe asegurar la recepción y lectura de estos para que se logre el objetivo planteado. Los mensajes bidireccionales y el envío en horario vespertino son buenas estrategias para mantener el interés y retención de las participantes (Chernick et al., 2021; Ybarra et al., 2020), además de que la interacción

del proveedor y usuario a través de la tecnología podrían coordinarse con los esfuerzos de las intervenciones, los resultados de Barnet et al. (2009) apoyan que el uso de tecnología interactiva de cambio de comportamiento con adolescentes y la recepción de dos sesiones CAMI reducen el riesgo de un parto posterior en madres africanas.

En el reporte cualitativo que emitieron las adolescentes sobre la recepción de estos mensajes manifestaron aspectos positivos en sentido de que los mensajes les ayudaron a tomar una decisión hacia el uso de AC (Apéndice ÑÑ) y posiblemente percibieron el acompañamiento del equipo de investigación a través de este tipo de comunicación vs el GC que no recibieron mensajes de texto y tuvieron una menor aceptación de AC al posparto. Con respecto al contacto continuo Barnet et al. (2009) refirió que la adherencia de las participantes a uno de los GI se debió al contacto mensual que mantuvo el consejero CAMI posterior a la aleatorización realizada a las 32 SDG versus el otro grupo, quienes comenzaron el contacto con el consejero posterior al parto.

Cabe mencionar que al acercarse la fecha de parto las adolescentes aprovecharon el recurso de mensajería para preguntar dudas sobre horarios de visita a la clínica posterior al parto, los requisitos para ingresar al hospital y después del egreso hospitalario los requisitos para registrar al bebé, disponibilidad de vacunas y dudas sobre el tamiz neonatal, situación que pudo favorecer la confianza con el equipo de investigación e institución no propiamente con la consejera, puesto que desconocían al emisor de los m-Health, por lo que este tipo de comunicación favorece la relación proveedor – cliente ante la situación de relación de dominación proveedor de salud/usuario predominante en las clínicas (Castro & Erviti, 2015).

Por lo que se considera que este tipo de comunicación tiene potencial para contribuir al uso de AC, opinión compartida por autores implementaron las m-Health en estudios piloto y cohortes prospectivas (Akinola et al., 2019; Chernick et al., 2017, 2021; Maslowsky et al., 2019). Además de que su viabilidad está relacionada con la

disponibilidad de un celular de uso exclusivo por las adolescentes como fue el caso de este estudio y en concordancia con lo que reporta McCarthy et al. (2020). Por otro lado, brindar un incentivo en especie o económico incrementaría la factibilidad de este recurso Bull et al. (2016) utilizaron los m-Health como extensor de la intervención principal y ofrecieron incentivos económicos mostrando que el costo este recurso incrementó sólo en un 10% de la intervención principal vs el costo de la intervención del GC, además de que el embarazo se presentó con mayor frecuencia en los adolescentes del GC por lo que sugieren que los mensajes bidireccionales podrían mejorar el compromiso y efecto.

Obstáculos de la participación. En el contexto clínico los desafíos más relevantes fueron la pérdida de la derechohabencia, límites para la reincorporación a la atención prenatal, inconveniencias en el trámite de la prórroga de atención y el sistema de unifila. Desde el punto de vista de factibilidad, los obstáculos para acceder a la anticoncepción son relevantes para mejorar las formas de atención en salud reproductiva dirigida a las adolescentes, ya que de los 22 intervenciones para el uso de anticonceptivos en entornos clínicos ninguna proporcionó información sobre las barreras que presentan los hospitales para lograr resultados positivos (Zapata et al., 2018).

Las barreras institucionales de acceso a los AC han sido descritas en su mayoría hacia la falta de capacitación de los proveedores, falta de espacios que resguarden la confidencialidad (Sychareun, 2018), información de baja calidad que desanima a las adolescentes a usar un AC (Campero et al., 2022; De Castro et al., 2018; De la Vara-Salazar et al., 2018; Machira & Palamuleni, 2017).

A pesar de que las instituciones hospitalarias cuentan con recurso material y humano para brindar atención anticonceptiva las políticas propias de las instituciones sanitarias dificulta la entrega de los servicios de anticoncepción, por lo que se requiere investigación específica del contexto y políticas en salud reproductiva dirigida a adolescentes para indagar ese vacío crítico en la provisión de servicios ya que un factor

de riesgo para el embarazo adolescente es no contar con servicios de salud, mientras que entre los factores protectores a este fenómeno se encuentran las políticas de reducción de población, leyes consistentes para garantizar el acceso oportuno y gratuito a los servicios de salud (Chung et al., 2018; Sychareun, 2018).

Desde la perspectiva de las políticas públicas en materia de salud, los obstáculos descritos en este estudio podrían representar una desatención a los derechos fundamentales de las adolescentes. De acuerdo al derecho internacional, niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se les asegure de manera prioritaria antes que los adultos en el ejercicio pleno de todos sus derechos, para tal efecto siempre se consideran de interés superior (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2016).

En este sentido, al Artículo IV de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se agregó que la salud es un derecho humano fundamental, por lo tanto, la suspensión o negación del servicio derivadas de políticas institucionales, violenta el derecho a la salud. En palabras de López y López (2015, p. 53) “la violación del derecho a la salud atenta contra la dignidad de las personas porque limita el desarrollo de sus capacidades y las excluye de las oportunidades que ofrece la vida. La pérdida de la salud provoca impotencia, desconfianza e inseguridad y toda muerte prematura, pero especialmente la de niños y embarazadas, es un insulto a la sociedad”.

Período de reclutamiento. Se consideró adecuado, aunque no hay un parámetro estándar del período de reclutamiento en estudios piloto (Stewart et al., 2020), autores consideran que seis meses es un periodo razonable para un estudio de viabilidad (Hubbard et al., 2016), incluso en ECA´s piloto dirigidos a la salud reproductiva la variabilidad es de 4 semanas (Green et al., 2018) hasta 12 meses (Chernick et al., 2017), en este estudio el tiempo de reclutamiento fue de seis meses y medio por lo que se consideró en parámetros aceptables.

Alcance. Los resultados sobre el alcance de atención que tiene el hospital sede fue amplio, la mayoría de las adolescentes vivían a 30 minutos de distancia mientras que

las más lejanas reportaron recorrer distancias mayores a una hora, por lo que este es un área de oportunidad a considerar en futuros estudios, ya que el implementador podría ahorrar recurso económico en traslado y aprovechar que los contextos clínicos no solo ofrecen consulta médica sino servicios de una atención integral al embarazo adolescente; de diagnóstico, preventivos, nutricios, laboratorio, etc., que se traducen en visitas extras a la consulta médica prenatal y se podrían utilizar en favor de la implementación de la intervención. Por lo que el número de visitas a la clínica con motivo de la atención del embarazo favorecen el seguimiento de la atención, en este sentido Kirby et al. (2010) consideró en la factibilidad de su intervención (EM entregada por vía telefónica) que anualmente más de 2000 personas realizan más de 4,500 visitas a la clínica. Las intervenciones en clínicas pueden evitar los riesgos de inseguridad para el equipo de investigación que se ha reportado por otros autores al realizar intervenciones de salud en los domicilios (Barnet et al., 2009; Manjarres, 2020) así como disminuir los costos que implica el traslado y el manejo de la logística por aspectos geográficos como la distancia entre los domicilios (De la Vara-Salazar et al., 2018).

Además se ha descrito que en México es necesario implementar estrategias tempranas para evitar el embarazo adolescente (Kuri et al., 2020) en virtud de que existe evidencia que demuestra que la mayoría de las adolescentes reanudan la actividad sexual a las seis semanas posparto e incluso el riesgo de un nuevo embarazo es a partir de los 21 días posparto (Reyes-Lacalle et al., 2020), por lo que una intervención clínica o comunitaria posterior a los 21 días posparto tendría que tomar en cuenta este riesgo en virtud de la pertinencia de la intervención, sesgo al reclutamiento y aprovechamiento del recurso humano y económico en un estudio a mayor escala.

Tasa de Aleatorización. La tasa de aleatorización fue elevada, este resultado que tuvo afinidad con lo reportado por Chernick et al. (2017), dato relevante para la validez interna de la intervención, pues su función es asegurar la comparación de los grupos al controlar las posibles fuentes de variación (Polit & Tatano, 2017). Aunque la

aleatorización y asignación aleatoria se ejecutaron conforme a lo estipulado para mantener el cegamiento, ésta fue debilitada al no ocultar la identidad de las participantes ante los intervencionistas del GC, por lo que se pudo suscitar un interés o compromiso especial en la forma de brindar la consejería (Grove et al., 2019). Situación que representó una amenaza a la validez de constructo de la intervención y dio lugar a una rivalidad compensatoria, la cual surge del deseo de los miembros del GC para demostrar que pueden entregar el tratamiento control tan bien como el tratamiento del GI (Polit, 2017, p. 336), lo que podría explicar los resultados significativos al postest en las variables saber contraceptivo perinatal, uso de anticonceptivo perinatal y las dimensiones del proceso de cambio anticonceptivo perinatal.

En este estudio fue difícil controlar la rivalidad ya que en la primera fase (adaptación), en la etapa de evaluación de la capacidad organizativa de la institución se establece que se debe informar al personal sobre metas, objetivos, actividades de la intervención así como identificar posibles colaboradores para definir sus roles y responsabilidades (McKleroy et al., 2006), por lo que fue complejo ocultar información a los interesados ya que el objetivo en ese momento fue obtener su apoyo hacia la implementación de la intervención en la institución.

En favor de la factibilidad de esta intervención en la etapa gestante se debe considerar que casi el cien por ciento de las adolescentes en México reciben atención prenatal, la mayoría de los partos de éstas se atienden institucionalmente (Campero et al., 2022) y que las metas trimestrales de anticoncepción postevento obstétrico (APEO) en este tipo de nosocomios es de el cien por ciento para los embarazos de alto riesgo (IMSS, 2016), lo que puede representar el aseguramiento del recurso destinado a las adolescentes en esta condición. Por lo cual, el periodo prenatal es ideal para asegurar la recepción inmediata de un AC (Qasba et al., 2020), ya que también se ha descrito la dificultad para dar seguimiento a las adolescentes que no aceptan un AC posterior al egreso hospitalario (Campero et al., 2022).

De acuerdo con los resultados obtenidos en los 10 indicadores de factibilidad ocho se consideraron adecuadas en términos de los parámetros establecidos en la literatura científica. Por lo que esta intervención se consideró factible con modificaciones en la implementación para un estudio a gran escala, un mayor control de reclutamiento para evitar pérdidas a causa de la derechohabencia, así como contar con recurso financiero en caso de implementar las m-Health.

Aceptabilidad CAMI-Spa-Clínico

La aceptabilidad fue medida en términos de satisfacción, tasa de reclutamiento y tasa de terminación.

Tasa de satisfacción. La intervención CAMI-Spa-Clínico resultó con una satisfacción elevada en contraste con el GC y con un mayor número de anticonceptivos aceptados y colocados al postparto inmediato, dato similar obtenido por Gold et al. (2016) al entregar la intervención CAMI en contexto clínico puesto que la calificaron como fácil de entender y expresaron comodidad al compartir su historial sexual, mientras otra intervención que utilizó la EM también mostró que esta técnica resultó satisfactoria para los adolescentes, pues es una técnica que mejora la motivación intrínseca para el cambio mediante la exploración y resolución de la ambivalencia (Whitaker et al., 2015).

Tasa de reclutamiento. Este indicador también fue elevado, el principal motivo de aceptación fue que la administración de cuestionarios y sesiones se programaron el mismo día de la consulta médica. A pesar de que se les explicó que se abordarían temas de sexualidad que generalmente causa pudor, las adolescentes y tutores legales aceptaron participar, algunos padres mostraron agrado por el tipo de temas que se abordarían en las sesiones, pues es un tema que a ellos les cuesta trabajo hablar con sus hijas.

Otros estudios en contexto clínico se obtuvieron tasas de reclutamiento similares elevadas (Gold et al., 2016; Whitaker et al., 2015), el primero implementó el CAMI

dirigido a adolescentes con el objetivo de reducir riesgo de tener relaciones sexuales y el segundo realizó EM en postaborto en mujeres de 15 a 24 años. De igual modo en África con alta tasa de reclutamiento fue reportado un estudio realizado con el objetivo de brindar asesoría anticonceptiva prenatal en su domicilio y al GI la atención prenatal rutinaria en la clínica considerando, que casi el total de la muestra realizaban al menos una visita a la clínica durante el embarazo, situación que brindó viabilidad al cumplimiento de la muestra (Ayiasi et al., 2015).

Por tanto, el escenario clínico podría tener ventaja sobre otros contextos ya que es donde se concentra la atención obstétrica, la oferta de los servicios relacionados a la misma y recursos materiales, situación que podría estimular a las embarazadas a llevar su control prenatal en una institución de salud.

Tasa de terminación. Hasta el momento se conservó un poco más de la mitad de la muestra, en espera de que se alcancen tres cuartas partes de la misma ya que es el límite considerado aceptable (Vincent et al., 2007). No obstante, otros autores consideran que la retención de una muestra de 25 a 40 participantes por grupo es aceptable ya que refleja un coeficiente de alfa de 0.75 en el cálculo del tamaño de muestra en los estudios piloto (Hertzog, 2008).

Es importante considerar en la tasa de terminación que la mayoría de los retiros voluntarios se presentaron en el GC y que en ambos grupos afectó la pérdida de la vigencia de derechohabencia y las complicaciones obstétricas prematuras. Es decir, que del total de las bajas registradas las dos últimas mencionadas salen del control o voluntad de la adolescente.

Eficacia preliminar

Para comprobar la eficacia preliminar se determinó la comparación de los resultados del posttest de ambos grupos en términos de la significancia estadística lo que permite valorar si la eficacia preliminar fue por el azar. Adicionalmente se realizó el análisis de la significancia clínica para medir el impacto de los resultados en la práctica

clínica (Ranganathan et al., 2015) que conduzcan a una mejora en los individuos, dado que el valor de p no tiene la intención de sustituir el razonamiento científico (Sharma, 2021) por tanto, ambas son importantes para evaluar la investigación (Carpenter et al., 2021).

En la primera hipótesis se planteó que las adolescentes que recibieron el CAMI-Spa- Clínico incrementarían el uso de anticonceptivo perinatal al posttest en comparación con el GC. La diferencia en las medianas entre ambos grupos fue estadísticamente significativa. Un mayor número de adolescentes del GI aceptaron un LARC en el momento de la consejería y su decisión se mantuvo hasta el postparto. De las 17 adolescentes del GC que aceptaron un AC al momento de la consejería 10 desistieron de la colocación del AC al posparto inmediato, dos adolescentes presentaron hemorragia obstétrica por lo cual no se colocó el AC y la otra paciente no se colocó el implante debido a que el personal de fin de semana desconocía de la disponibilidad de este método en la unidad.

En la evaluación de antes y después de esta variable en el GC tuvo diferencia estadísticamente significativa. Sin embargo, con menor significancia que en el grupo CAMI-Spa-Clínico. Con respecto a la SC el grupo CAMI-Spa-Clínico duplicó el cambio mínimo importante (CMI) en comparación con el GC, por lo que se puede inferir que el resultado tiene un valor relevante en la práctica clínica y en la vida de las adolescentes en el sentido de experiencia positiva y mejoría de su salud (Polit, 2017).

La significancia estadística y clínica podrían atribuirse a la discusión ininterrumpida con las adolescentes al momento de indagar la intención de uso de AC y realizar un plan seguro donde se indagó sobre un segundo AC de preferencia, las barreras y apoyos que podría enfrentar para utilizar un AC, también a que estuvieron en contacto directo con los AC, lo que les permitió analizarlos a detalle, así como el aumento en la disponibilidad de AC en el hospital sede ya que en este periodo la jefatura de este departamento gestionó el incremento en la dotación de AC en especial de los

LARC, en consecuencia se adiestraron a las enfermeras de atención prenatal para la colocación de implante subdérmico. Ante esta situación cualquiera de los AC se podía otorgar en horario de 7:00 a 21:00 horas de lunes a domingo, excepto el DIU, éste se coloca en cualquier hora del día y noche, situación contraria a lo reportada por Manjarres (2020) con respecto a la dificultad para proporcionar un AC en un contexto comunitario.

Reyes-Lacalle et al. (2020), obtuvieron resultados similares a los 12 meses de implementar la atención estándar, más asesoramiento perinatal suplementario (un folleto más un blog con información práctica de opciones anticonceptivas más un breve mensaje de recordatorio en el teléfono móvil durante el tercer trimestre de embarazo y una reunión presencial o virtual de 20 minutos en los primeros 15 días posparto).

Los autores describieron que el incremento del uso de AC en el GI podría verse influenciado por las creencias educativas de las mujeres del GI vs el GC. Este fenómeno no se observó en este estudio, las adolescentes del GI reportaron una media de escolaridad menor que el GC. Sin embargo, uno de los aspectos positivos del CAMI-Spa-Clínico fue la discusión de metas a futuro que permitieron evocar temas como el incremento de actividades de cuidado al bebé, recursos económicos limitados, metas académicas y laborales entre otros aspectos que permite a la adolescente reflexionar sobre la postergación de un segundo embarazo y a su vez da oportunidad al consejero de ofrecer información anticonceptiva para acompañar los planes a futuro indistintamente de su nivel educativo.

En contraste, Ayiasi et al. (2015), tras evaluar una intervención anticonceptiva en el periodo prenatal a través de visitas a domicilio, más llamadas telefónicas a los trabajadores de salud para pedir un consejo, mientras que el GC sólo recibió consejería prenatal de rutina en el hospital, reportó que no hubo diferencia significativa entre los grupos para el uso de anticonceptivo al posparto y en la prevención del segundo

embarazo. No obstante, los 24 meses una menor cantidad de mujeres del GC estaba embarazada (3.3%) en comparación del GI (5.7%).

La evidencia muestra que el ambiente clínico fue favorable para brindar consejería con mayor privacidad aunado a las bondades del CAMI-Spa Clínico que potencializa la motivación de las adolescentes hacia el uso de un LARC ya que este tipo de AC se asocia a la prevención de un ERR en comparación con los de corta duración (Sackeim et al., 2019; Tocce et al., 2012).

Otro aspecto que pudo influir en el resultado fue que durante el desarrollo de la intervención la consejera CAMI-Spa-Clínico no utilizó un uniforme blanco y la consejería fue cara a cara sin el escritorio entre el consejero y adolescente con el objetivo de eliminar barreras estructurales y reducir la diferencia de poder en la relación clínica (Gluyas, 2015). Un dialogo frente a frente permite visualizar la comunicación no verbal y es justo esta comunicación la que los pacientes perciben como sincera aunado a un contacto visual constante puede contribuir a establecer una relación terapéutica basada en la confianza (Morse, 2003).

En la segunda hipótesis se planteó que el saber contraceptivo perinatal aumentaría su nivel al postest en las adolescentes que recibieron el CAMI-Spa-Clínico en comparación con el GC. La diferencia al postest fue mínima entre los grupos por lo que no fue estadísticamente significativa. A pesar de que en la evaluación al pre y postest por grupos, ambos alcanzaron la significancia estadística en concordancia a los resultados obtenidos por Sridrahr & Salcedo (2017) quienes diseñaron una aplicación móvil para proveer información de 10 anticonceptivos vs el asesoramiento de un educador en salud, para valorar la elección de LARC entre los participantes. Los resultados mostraron que el conocimiento de métodos de acción prolongada no difirió entre los grupos ni en la elección del LARC.

Los factores que posiblemente intervinieron para no mostrar un cambio significativo entre grupos fue que el cuestionario Evaluación de conocimientos

anticonceptivos contenía ítems de conocimientos generales en anticonceptivos y no todo el contenido puede ser abordado en la sesión, ya que el objetivo del CAMI-Spa-Clínico es el cambio de la conducta a través de la motivación y de acuerdo a los intereses anticonceptivos de la adolescente lo que limita al consejero proveer información sobre los AC durante la consejería y generalmente las adolescentes no se interesan por todos los anticonceptivos sino máximo por dos, del resto de AC no desean recibir información situación que coincidió con lo reportado por Manjarres (2020).

Con referencia a la significancia clínica ambos grupos presentaron un CMI, pero el puntaje fue mayor en el GI al interesarse generalmente en LARC de acuerdo a sus planes a futuro, en apoyo a este resultado se ha evidenciado que el aumento de conocimientos anticonceptivos incrementa la probabilidad de utilizar un anticonceptivo y el acceso a la información se asocia a la prevención del embarazo (Ahinkorah, et al., 2019; Machira & Palamuleni, 2017)

Sin embargo, Barnet et al. (2009) refiere que quizás no se le ha prestado suficiente atención a la motivación y al apoyo para el cambio de comportamiento. Por lo que aún es incierto si el incremento de conocimientos contribuye a la adopción de AC, ya que el GC también incrementó conocimientos pero esto no fue suficiente para empatar el uso de AC con el GI por lo que sería interesante que estudios futuros evaluaran qué aspectos son más eficaces y la medida en que las intervenciones que brindan conocimientos pueden facilitar el cambio de conducta anticonceptiva (Pazol et al., 2018). Sería crucial investigar si la provisión de información en los servicios de prevención de embarazo podrían ayudar a cambiar las actitudes e influir en las intenciones de practicar un comportamiento sexual seguro (Ahinkorah et al., 2019).

Con respecto a la disposición contraceptiva perinatal se mostró con diferencia significativa en la evaluación del pretest vs posttest en el grupo CAMI-Spa-Clínico, resultado que no fue similar en el GC, al realizar la comparativa entre los grupos al posttest, la diferencia resultó significativa en favor del GI. Sin embargo, al evaluar la SC,

ningún grupo alcanzó un CMI con respecto al valor ideal, aunque el GI obtuvo una diferencia más cercana al valor ideal, se podrían clasificar como pacientes respondedoras de acuerdo con Polit (2017) son aquellos pacientes que fueron expuestos a una intervención y que tienen potencial para presentar mejoras clínicamente importantes.

Esto se puede apreciar al comparar el número de adolescentes que adoptaron un AC al postest en ambos grupos, con diferencia estadísticamente significativa en el grupo CAMI-Spa-Clínico, mostrando que el GI mantuvo una mejor actitud anticonceptiva hasta el posparto en comparación del GC por tanto, posiblemente este efecto se alcanzó al discutir los mitos y miedos de los anticonceptivos durante la consejería lo que permitió a la adolescente un cambio en el pensamiento y análisis de los pros y contras de usar un anticonceptivo de acuerdo a sus planes futuros y necesidades personales.

Sin duda el cambio de la disposición contraceptiva perinatal es relevante para modificar el uso de anticonceptivos, puesto que la investigación ha demostrado que la educación integral en salud sexual puede ser eficaz para reducir las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes, diversos marcos de teorías conductuales postulan que las actitudes personales respecto a un comportamiento en particular predicen las intenciones de participar en ese comportamiento (Ahinkorah et al., 2019). Resultado compartido con Vogt y Shaefer (2012) posterior a su intervención observaron un incremento en la actitud e intenciones hacia el uso de anticoncepción oral combinada.

En lo referente a la hipótesis cuatro donde se estableció que las adolescentes que recibieran el CAMI-Spa-Clínico elevarían los procesos de cambio al postest en comparación del GC. La diferencia estadísticamente significativa se observó en ambos grupos al evaluar el pre vs al postest, tendencia que se mantuvo al comparar el postest de ambos grupos en favor del GI datos similares obtuvo Manjarres (2020) al aplicar la intervención CAMI-Spa en madres adolescentes en un contexto comunitario.

Los procesos de cambio anticonceptivo perinatal son una parte fundamental dentro el cambio de conducta, representan áreas críticas asociadas con la modificación de la conducta y las experiencias actividades internas que permiten pasar de una etapa a otra, a medida de que ocurren estas experiencias la adolescente pasa de no ser consciente del problema a considerar un cambio (Parrish et al., 2016).

Esta variable ha sido poco estudiada a pesar de que se conoce que está íntimamente ligada al cambio de conducta, Parrish et al. (2016), mostró que los procesos de cambio experienciales se ven afectados al principio del proceso de cambio y posterior se afectan los procesos del comportamiento; situación que parece ser similar en este estudio ya que en la comparación del pretest con el posttest por grupo en el CAMI-Spa-Clínico, los procesos de cambio experienciales incrementaron y los conductuales descendieron.

Sin embargo, se requiere de investigación adicional para comprender las complejas relaciones de los procesos de cambio en conducta anticonceptiva de las adolescentes gestantes. Por otra parte, es predecible que la práctica del CAMI-Spa-Clínico active los procesos de cambio ya que estos están ligados al balance decisional, en este marco las preguntas abiertas, característica principal de la EM trata de producir la discrepancia para que la adolescente valore los pros y contras del uso de AC. Por lo que en estudios posteriores será importante analizar el papel que realizan los procesos de cambio experienciales y conductuales en el uso de AC en adolescentes.

Es importante mencionar que la variable procesos de cambio anticonceptivo perinatal y sus dimensiones marcaron la diferencia estadística y clínica más elevada a la comparación por grupos, aspecto que podría haber sido favorecido por las condiciones positivas ya descritas de este contexto más el uso de las herramientas de la EM como las preguntas abiertas, afirmaciones, reflejos y resúmenes (PARR). Las primeras permiten conocer las motivaciones de la adolescente para posterior resaltar lo positivo de la conversación y repetir sus deseos, motivaciones, metas y anhelos en voz de la consejera

(Miller & Rollnick, 1999). Lo que pudo representar una experiencia positiva o diferente a las citas comunes en su atención prenatal por lo que tuvieron un resultado clínicamente importante hacia el uso de anticonceptivos al posparto, pero sobre todo sentirse apoyada en la decisión de usar un AC de acuerdo a sus preferencias y no a las preferencias de la consejera.

En la hipótesis cinco se formuló que las adolescentes que recibieron el CAMI-Spa-Clínico incrementarían el balance decisional anticonceptivo perinatal al postest en comparación del GC. Esta variable se analizó con sus seis dimensiones: ventajas y desventajas del uso de AC en general, ventajas y desventajas del uso del condón con la pareja principal, ventajas y desventajas del uso del condón con otras parejas.

En la evaluación del pretest vs postes en el GI esta variable y las dimensiones ventajas del uso AC en general y ventajas uso de condón con la pareja principal presentaron una diferencia estadísticamente significativa, este resultado no se observó en el GC. El patrón esperado fue que aumentaran las ventajas y disminuyeran las desventajas, visualizándose mejor este patrón en la evaluación del pre y postest del grupo CAMI-Spa-Clínico a excepción de las desventajas del uso de condón con la pareja principal y con otras parejas. Por tanto, en la comparación de grupos al postest esa variable mostró una diferencia estadísticamente significativa, con mayor acentuación en las ventajas del uso de AC en general, resultado similar reportado por Manjarres (2020) en la adaptación cultural CAMI-Spa en contexto comunitario.

En la SC del balance decisional anticonceptivo perinatal sólo la dimensión ventajas del uso de AC en general presentó un CMI en favor del grupo CAMI-Spa-Clínico, tendencia similar en el GC. La significancia estadística y clínica en las dimensiones que se refieren al uso del condón con la pareja principal y otras parejas puede deberse a que en las actividades de la intervención CAMI-Spa-Clínico en específico los pasos 5, 6, 7, 10 y 11 se refieren al uso de anticonceptivos en general y no en forma específica el condón, además que éste no fue un método de interés para la

mayoría de las adolescentes del GI por lo que las discusiones no se centraron en sus ventajas y desventajas sino en lo referente a los AC de forma general.

Por otro lado, casi el total de las adolescentes del GI sostenían una relación con el papá de su bebé, el riesgo de ITS en la totalidad de los casos del GI fue bajo por lo que en el desarrollo de la intervención en ningún caso se mencionó el uso de condón con otras parejas motivo por el cual al momento de responder este tipo de preguntas podría haber causado desconcierto y no responder de forma objetiva. Aunado a esto, al medir la confiabilidad de la Escala de Balance Decisional al posttest esta descendió de forma general y en sus dimensiones.

Cabe mencionar que esta escala originalmente se dirige a mujeres en riesgo de contraer de VIH, se puede asumir que son personas que mantienen relaciones con diversas parejas de forma simultánea, situación que podría no ser similar en la adolescente en condición de embarazo. Por otro lado, las dimensiones uso de condón con la pareja principal y con otras parejas pueden tener connotaciones de infidelidad y falta de amor hacia la pareja principal que motivan a las adolescentes a restarle importancia a estas dimensiones y a no responder de forma confiable. Al respecto la evidencia cualitativa muestra que las adolescentes tienen relaciones prematrimoniales y sin protección por complacer a sus parejas (Govender et al., 2020), en concordancia con lo anterior Uribe et al. (2013) encontraron una relación negativa entre el enamoramiento, uso de condón en relaciones estable y uso de condón en una relación sexual ocasional en mujeres adolescentes.

No obstante, este resultado no interfirió con la transición a la etapa de acción ya que en este estudio la mayoría de las adolescentes del GI usaron un LARC al posparto y la evidencia científica ha demostrado que cuando las personas disminuyen los contras e incrementan los pros evolucionan de las etapas de precontemplación o contemplación a la etapa de acción o mantenimiento en las conductas sexuales (Lauby et al., 1998; Prat et al., 2012; Tung et al., 2009).

En la hipótesis seis, la autoeficacia anticonceptiva perinatal se analizó en conjunto con las tres dimensiones: uso de anticonceptivos en general, uso del condón con la pareja principal, uso del condón con otras parejas. En el primer análisis del pre vs el posttest en el GI, hubo una diferencia estadísticamente significativa en la variable y en la dimensión uso de condón con otras parejas.

En el GC se observó una diferencia estadísticamente significativa sólo en la dimensión uso de anticonceptivos en general. En el análisis al posttest de ambos grupos, la significancia estadística se manifestó en la variable y dos dimensiones, uso de anticonceptivos en general y uso de condón con otras parejas. En referencia a la SC la autoeficacia anticonceptiva perinatal ni sus dimensiones lograron un CMI al posttest.

La significancia estadística es compartida con Manjarres (2020) al lograr el incremento de la autoeficacia de madres adolescentes en la medición realizada al seguimiento, así como con Kamalikhah et al. (2015) posterior a una intervención de educación familiar basada en el MTT. No obstante, también se ha reportado resultados negativos de la autoeficacia posterior a una intervención educativa (Lee & Yen, 2007).

La autoeficacia se mantuvo a lo largo del tiempo en el CAMI-Spa-Clínico esto debido a la discusión del nivel de importancia y confianza para prevenir un embarazo (pasos 8 y 9), al otorgar una ponderación a estos dos aspectos las adolescentes fueron más conscientes de incluir un AC, lo cual se relacionó con sus metas a futuro pero no en sentido de sentirse seguras de usar un preservativo con la pareja principal u otras parejas, motivo por el cual se podría haber suscitado un incremento bajo en las medias al posttest y sin cambios en la SC.

Por lo tanto, en estudios posteriores valdría la pena utilizar un instrumento que mida la autoeficacia del uso de anticonceptivos en general y desde el marco de las motivaciones o beneficios que percibe la adolescente para usar un AC, por ejemplo sus proyectos a futuro, entre los que se encuentra seguir con sus estudios (Álvarez-Nieto et al., 2012; Moreno et al., 2020; Quintero-Rondón & Rojas-Bentancur, 2015), recuperar

la libertad (Quintero-Rondón & Rojas-Bentancur, 2015; Reyes-López, et al., 2020) y su estabilidad financiera (Govender et al., 2020).

La hipótesis siete, representa la intención para el cambio de conducta anticonceptiva, la propuesta fue que las adolescentes que recibieron la intervención CAMI-Spa-Clínico elevarían el nivel de preparación hacia el uso de anticonceptivo perinatal en contraste con las que recibieron el tratamiento control.

Al comparar el pretest vs el posttest el grupo CAMI-Spa-Clínico obtuvo diferencia estadísticamente significativa, caso contrario para el GC. A la comparación del posttest en ambos grupos no se mostró una diferencia. Sin embargo, en los resultados de la SC el CAMI-Spa-Clínico obtuvo un CMI vs el GC, por lo que el incremento en la intención de usar un AC es concordante con el resultado primario de este ensayo.

No obstante, en el análisis de las respuestas de las adolescentes en el instrumento de la intención del uso de AC, se observó que la puntuación al posttest bajó en ambos grupos, la explicación podría ser que antes de las intervenciones las adolescentes no tenían definido que AC utilizarían al posparto inmediato por lo que otorgaron altas puntuaciones a cada uno de los ítems. Posterior a la intervención fueron más conscientes de la necesidad de usar un AC acorde a sus proyectos o expectativas de vida por lo que al posttest restaron u otorgaron puntuación de cero a los anticonceptivos que no utilizarían y brindaron un mayor puntaje sólo al ítem del AC de interés.

El incremento en la intención es compartido con otros autores que han medido la intención para usar un AC posterior a una intervención y encontraron resultados significativos (Armitage & Arden, 2002; Gibson et al., 2020). En términos del MTT la intención es precursora de la conducta por lo que el resultado de la SC tiene un valor importante en la práctica de la consultoría anticonceptiva.

La hipótesis ocho, que abordó la variable comunicación anticonceptiva perinatal presentó un cambio significativo al posttest entre ambos grupos. En virtud de ser una variable que tiene fundamentos en la TCP, se alineó con los valores de la EM y permitió

evaluar la percepción de la adolescente ante la experiencia de la consejería en un entorno clínico. La percepción positiva de la comunicación en el CAMI-Spa-Clínico se puede atribuir a las habilidades de comunicación establecidas en la EM que permite una decisión compartida en sentido de las preferencias de la adolescente.

En oposición a este resultado adolescentes recién paridas que aceptaron un anticonceptivo que no habían elegido, percibieron que el método fue prescrito y no producto de una decisión informada (González et al., 2020), incluso mujeres han manifestado que no se les permitió el egreso del hospital si no se ponían un dispositivo intrauterino (Soto-Toussaint, 2016). En los contextos clínico se ha identificado una consejería basada en la coerción, justificada en la presión institucional y riesgos reproductivos (Erviti et al., 2010), además de que las adolescentes también han mencionado que no han sido acompañadas para expresar dudas o insatisfacciones con el método aplicado posterior al parto, lo que ha derivado en una renuncia prematura al método (González et al., 2020).

Por lo tanto, la dinámica de la comunicación entre proveedor y adolescente entorno a la consejería anticonceptiva podría contribuir a establecer métricas en sentido de los valores de la atención centrada en el paciente y no exclusivamente en el número de AC colocados mensualmente como meta de los hospitales y ser considerada en futuros estudios como una variable moderadora de la conducta anticonceptiva.

Limitaciones del estudio

Para abordar este apartado las limitaciones se clasificaron en: limitaciones en los indicadores de la factibilidad, limitaciones en los instrumentos y fuentes de sesgo. Con respecto a las primeras, por la naturaleza de la adaptación de esta intervención, fue necesario realizar entrevistas y reuniones con los directivos de las unidades de salud, situación que fue complicada para coincidir en las fechas programadas, por lo que se tuvieron que recorrer en varias ocasiones, aunado a lo anterior el reclutamiento escalonado implicó tiempo prolongado para el seguimiento en el sentido de que el inicio

y término de cada participante fue asincrónico por lo que no se logró cumplir con el cronograma en tiempo y forma.

A pesar de la buena disposición de las Jefas de enfermeras del hospital sede para colaborar en la gestión de la prueba piloto (Fase I) y la búsqueda de adolescentes en la base de datos de la red local de consulta externa, su tiempo era muy limitado para esta actividad, lo que implicó tiempos prolongados de espera para la investigadora principal y finalmente la reprogramación de la actividad.

Otra limitación fue el manejo del ausentismo de las asistentes médicas y enfermeras especialistas en medicina de familia, ya que las suplentes ignoraban la dinámica de la investigación, en el caso de las asistentes suplentes se mostraron un poco renuentes a brindar información de las citas de las adolescentes, el equipo de investigación les explicó el objetivo del estudio y mostró los oficios de autorización para que accedieran a brindarla. De las enfermeras especialistas solo una suplente no aceptó participar, las citas programadas en ese consultorio se derivaron con la enfermera especialista colaboradora del grupo de investigación.

Al inicio de la investigación los proveedores de salud de fin de semana desconocían la existencia de implantes, por lo que negaron la aplicación del mismo a las participantes esto tuvo un impacto negativo en la demanda satisfecha, además de que la colocación de estos no fue una prioridad del área médica, por lo que en futuro se podría incluir a la competencia de la consejera la habilitación para instalar LARC y vencer esa limitación o bien contar con la colaboración de personal calificado para esta actividad.

La principal limitante para el reclutamiento y seguimiento fue la pérdida de la derechohabencia y la complejidad de los trámites para que las adolescentes obtuvieran la prórroga de atención médica, este proceso requería inversión de varias horas de espera con resultado poco alentadores para la atención prenatal y atención de parto ya que la prórroga no incluía la atención del hijo de la adolescente al nacer. Esta problemática en la derechohabencia ocasionó cambios imprevistos en la agenda de ambos grupos

afectando mayormente al grupo control debido a que la cita se tuvo que cambiar y las enfermeras especialistas no disponían de espacio en el horario ya que también tienen agendados pacientes de otras edades y otros programas relevantes para reportar en su productividad durante la jornada laboral por lo que fue complicado reagendar por segunda ocasión para la entrega de la intervención. Para la consejera CAMI-Spa-Clínico la agenda de citas fue más flexible y manejable, pero en un estudio con mayor cantidad de pacientes se requerirá de asistencia extra para el manejo de la agenda del GC y GI.

Otra limitación que podría haber afectado la fidelidad de la intervención fue las múltiples actividades que realizó consejera durante los 30 minutos de la sesión (Llenar instrumentos, medir el tiempo y estar pendiente de la grabación). Lo anterior limita la fluidez de la conversación, el continuo contacto visual para identificar detalles de la comunicación no verbal y que este aspecto es muy importante para realizar reflejos y reflejos complejos en la EM.

La falta de estandarización en los materiales también fue un aspecto que se consideró de riesgo para conservar la fidelidad, ya que estos no fueron estandarizados y no se tiene la certeza de la relación exacta que guardan con las variables secundarias y la conducta anticonceptiva.

Con respecto a las barreras de la comunicación donde se incluyó los m-Health no se corroboró con exactitud que las adolescentes realmente hubieran leído los mensajes. Sin embargo, no se contó con recurso económico para motivar a las adolescentes a realizar esta actividad.

En las limitaciones de los instrumentos se observó que el cuestionario Evaluación de conocimientos en anticonceptivos de Haynes et al. (2017) evalúa ítems de anticonceptivos de forma general dado que esta intervención es motivacional y no se centra en proveer de información anticonceptiva de forma general, a menos de que sea de interés para la adolescente y no en todos los casos se puede dar el mismo interés ya que las adolescentes tienen motivaciones y necesidades diferentes para adoptar un AC.

También se observó que el instrumento que midió la variable preparación hacia el uso de anticonceptivo perinatal no fue la ideal ya que su forma de evaluar la intención es a mayor puntuación, mayor intención de uso de anticonceptivos y en este caso se observó que al pretest tuvieron una mayor puntuación con respecto al posttest. Esto podría atribuirse a que al pretest marcaron con alto puntaje cada anticonceptivo porque no tenían conocimiento los pros y contras de cada uno, además aún no están conscientes del AC que más les favorece de acuerdo con sus intereses y planes futuros. No obstante, al posttest marcaron con alto puntaje sólo el AC de su interés, es decir que su intención se concentró sólo en un AC por lo que el puntaje total disminuyó. Sin embargo, esto no significó que la intención disminuyera ya que el AC marcado con alto puntaje coincidió con el AC que aceptaron al posparto en la mayoría de los casos.

En cuanto al instrumento que midió el balance decisional anticonceptivo perinatal se observó que las dimensiones uso del condón con la pareja principal y con otras parejas estos, posiblemente no fueron respondidas objetivamente por las adolescentes ya que su situación salud sexual, motivaciones e intereses de usar un AC difiere del propósito y población para la que inicialmente fue diseñado, mismo fenómeno fue observado en las dimensiones uso de condón con la pareja principal y con otras parejas de la Escala de autoeficacia.

En referencia a las fuentes de sesgo se presentaron dos fuentes de sesgos la primera que las adolescentes que ingresaron a labor de parto en turno nocturno pudieron haber sido abordadas con otro tipo de consejería en el servicio de admisión de tococirugia o en el servicio de labor de parto, ya que el equipo CAMI-Spa-clínico fue insuficiente para controlar este turno. La segunda fuente fue no haber mantenido oculta la identidad de las adolescentes del grupo control al momento de otorgar la cita y la consejería con las enfermeras especialistas lo que dio lugar a la rivalidad compensatoria.

Conclusiones

CAMI-Spa-Clínico fue adaptada a través del Modelo de adaptación de Mckleroy et al. (2006), este proceso se llevó a cabo mediante el involucramiento del personal del hospital sede. El proceso de adaptación permitió identificar las necesidades de las adolescentes con respecto al uso de anticonceptivos, preferencia en los materiales y a su vez conocer el estatus de la capacidad instalada, recursos, programas prioritarios, misión, visión y experiencia en la consejería anticonceptiva por parte de los proveedores de salud, además del interés de los directivos de diferente nivel de mando y personal operativo en la recepción de una nueva intervención anticonceptiva dirigida a adolescentes.

En referencia a la factibilidad CAMI-Spa-Clínico se consideró factible con modificaciones en la implementación y posibilidades de escalar a una fase III en un hospital similar al de esta adaptación, en otro tipo de estructura hospitalaria o tipo de derechohabencia se requerirá de una nueva adaptación ya que en México el sistema de salud difiere en sus procesos de atención de acuerdo a su régimen administrativo estatal o federal.

Acorde a los resultados de satisfacción y tasa de reclutamiento se considera que fue aceptable. Las adolescentes reportaron que CAMI-Spa-Clínico fue agradable, recomendable, una buena inversión de su tiempo y consideraron que los materiales fueron interesantes.

El marco teórico de referencia (MTT-TCP) que fundamentó al CAMI-Spa-Clínico, permitió identificar la transición del cambio de conducta en las adolescentes por las etapas de cambio del MTT. La TCP fue un complemento que permitió establecer que la percepción de una buena comunicación entre proveedor de salud y las adolescentes abona a la motivación para usar un anticonceptivo. Sin embargo, es necesario establecer la precisión de su efecto en estudios a mayor escala

Los resultados del balance decisional perinatal, autoeficacia perinatal, preparación hacia el uso de anticonceptivo perinatal deben tomarse con reserva ya que al parecer los ítems relacionados con el uso de condón con la pareja principal y con otras parejas no parecen estar relacionados con las prioridades o aspectos que brindan seguridad a las adolescentes gestantes para usar un anticonceptivo o prevenir un embarazo subsecuente.

En cuanto a la eficacia preliminar del CAMI-Spa-Clínico mostró superioridad en la variable principal uso de anticonceptivo perinatal vs el GC para que las adolescentes eligieran un anticonceptivo de larga duración como el dispositivo intrauterino y el implante levonogestrel los cuales son ideales para prolongar el periodo intergenésico de 3 a 10 años con grande potencial de prevenir un embarazo subsecuente.

En cuanto a las variables secundarias: los procesos de cambio perinatal, en este estudio mostraron mayor significancia al postest, lo que favoreció la acción catalizadora en los aspectos cognitivos, experienciales y conductuales en mayor medida en las adolescentes del grupo CAMI-Spa-Clínico en comparación con el GC.

En cuanto al balance decisional anticonceptivo perinatal y su dimensión uso de anticonceptivo en general, obtuvieron diferencias significativas al postest en comparación con el GC, situación similar para la autoeficacia anticonceptiva perinatal y dos de sus dimensiones, uso de anticonceptivo en general y uso de condón con otras parejas.

La variable comunicación anticonceptiva perinatal demostró ser significativa en el contexto clínico. Tener un control de la buena comunicación en este contexto es de relevancia ya que en las instituciones de salud los niveles de conocimientos y actitudes por parte de los proveedores de salud hacia la consejería de planificación familiar en adolescentes difieren en un amplio margen.

Referente a la disposición contraceptiva perinatal se observó un incremento significativo evidenciando que los temores e ideas erróneas sobre los AC disminuyeron en las adolescentes favoreciendo su cambio en la conducta anticonceptiva.

A pesar de que la variable saber contraceptivo perinatal no mostró diferencias significativas con el GC al postest, sí presentó significancia clínica, por lo que esta intervención tiene potencial para incrementar conocimientos en medida del AC de interés de la adolescente.

Sin embargo, al ser un estudio de factibilidad con una muestra pequeña y considerando los posibles sesgos y limitaciones en la implementación, los resultados sobre la eficacia preliminar deben analizarse de forma reflexiva en términos del diseño y metodología ya que para tener una eficacia total se deben vencer las limitaciones y sesgos en un estudio a mayor escala.

Recomendaciones

Posterior a analizar los resultados, surgieron las siguientes recomendaciones:

Se sugiere que la implementación del CAMI-Spa-Clínico comience el reclutamiento desde el inicio del embarazo e intervenir de forma más temprana ya que ante la condición de alto riesgo, la amenaza de parto prematuro y complicaciones del embarazo representan un riesgo latente para que las adolescentes culminen el embarazo prematuramente, abandonen el estudio y pierdan el interés de utilizar un AC al egreso hospitalario, situación que puede traducirse en un embarazo subsecuente. Esta medida también podría incluir a quienes sufren abortos espontáneos antes de la semana 20 de gestación, ya que este evento obstétrico se presenta con frecuencia en México.

Es pertinente estandarizar los materiales de apoyo en vista de que las intervenciones conductuales requieren un enfoque sistemático y bien documentado con impacto significativo en la validez interna, replicabilidad, lo cual es particularmente importante en ensayos clínicos (Gitlin & Czaja, 2016, p. 107).

Aumentar el recurso humano como asistentes y consejeros, así como obtener financiamiento para perfeccionar el pilotaje de este estudio en otra institución de salud sin problema de derechohabencia o bien, para escalar esta intervención a fase III en este tipo de hospital se requiere considerar el involucramiento de otras unidades de primer nivel de referencia al hospital sede, así como para solventar el envío de las m-Health.

Incluir compensaciones económicas o de tiempo aire a las participantes como estrategia de retención y ofertar asesoramiento sobre la conservación de la derechohabencia para garantizar la retención de las adolescentes hasta el final del embarazo.

Brindar un incentivo económico o académico a todo el personal del hospital que se involucre en la logística de futuras implementaciones incluyendo a personal del turno nocturno de la admisión de tococirugía para evitar que las adolescentes sean abordadas con información anticonceptiva previo a su ingreso, de esta forma, se eliminaría el riesgo de contaminación. Con este incentivo económico sería más probable que las enfermeras especialistas aceptaran manejar instrumentos de control y así mejorar la comparación entre los grupos.

Para la implementación es necesario que el líder del proyecto y la mayoría de los colaboradores pertenezcan a la institución, ya que están más familiarizados con los procesos de atención y podrían resolver con mayor facilidad los obstáculos que se presenten durante el desarrollo de la investigación.

Para prevenir que la adolescente pierda la vigencia se debe considerar la asesoría administrativa temprana para obtener la prórroga de atención con anticipación o bien, asesoría para adquirir un seguro de salud para la familia en el hospital sede, el cual es una contratación de servicios de salud con aportaciones económicas mensuales por parte de la familia. También se podría considerar la integración de un modelo ecológico en salud para atender los obstáculos de afiliación.

Establecer alianzas con las Jefes de piso y Jefa de enfermeras periodos vacacionales y anticiparse a la capacitación de los suplentes. Así mismo, se recomienda evaluar o nivelar el conocimiento entre especialistas y suplentes para procurar la estandarización de la consejería del grupo control.

Emplear el cegamiento de la identidad de las adolescentes solicitando la cita a través de la App digital del hospital sede para que las citas se programen de forma ordinaria con el resto de los usuarios y el intervencionista no identifique a las participantes y se dé una entrega lo más apegada a la realidad.

Continuar con la verificación de la colocación del AC elegido al posparto ya que es una medida de control diferente y de mayor valor que el autoinforme. También se recomienda usar los materiales didácticos e insumo de métodos anticonceptivos del hospital sede ya que esto son de buena calidad informativa y didáctica lo que favorece la factibilidad en términos económicos.

Considerar el cambio de instrumento para medir la variable saber contraceptivo y preparación hacia el uso de anticonceptivo con el objetivo de realizar una valoración más precisa y acorde a los principios de la EM. Se recomienda sólo utilizar la dimensión de uso de anticonceptivos en general de la Escala de Balance Decisional y de la Escala de Autoeficacia o sustituir por un instrumento que mida las ventajas y desventajas del uso de AC de acuerdo a los intereses, motivaciones y planes a futuro de las madres adolescentes y que a su vez sea congruente con los pasos de la intervención, recomendación similar para la Escala de autoeficacia.

Como medida de control, previo a las sesiones de EM y de consejería del GC se informó a las adolescentes de sus derechos reproductivos haciendo énfasis en que ningún proveedor de salud incluyendo al equipo de investigación las podía coaccionar a usar un anticonceptivo, lo anterior para evitar dificultades de la comunicación durante su proceso de hospitalización, esta situación funcionó bien para evitar que el personal de

salud forzara a las adolescentes a utilizar un anticonceptivo, por lo que se sugiere su continuación.

Referencias

- Abbott, J. H. (2014). The Distinction Between Randomized Clinical Trials (RCTs) and Preliminary Feasibility and Pilot Studies: What They Are and Are Not. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 44(8), 555–558.
<https://doi.org/10.2519/jospt.2014.0110>
- Ahinkorah, B. O. (2019a). What has reproductive health decision-making capacity got to do with unintended pregnancy? Evidence from the 2014 Ghana Demographic and Health Survey. *PLoS ONE*, 14(10).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223389>
- Ahinkorah, B. O. (2019b). Access to Adolescent Pregnancy Prevention Information and Services in Ghana: A Community-Based Case-Control Study. *Frontiers in Public Health*, 7, 382. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00382>
- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior ¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665–683. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Akinola, M., Hebert, L. E., Hill, B. J., Quinn, M., Holl, J. L., Whitaker, A. K., & Gilliam, M. L. (2019a). Development of a Mobile App on Contraceptive Options for Young African American and Latina Women. *Health Education & Behavior*, 46(1), 89–96. <https://doi.org/10.1177/1090198118775476>
- Akinola, M., Hebert, L. E., Hill, B. J., Quinn, M., Holl, J. L., Whitaker, A. K., & Gilliam, M. L. (2019b). Development of a Mobile App on Contraceptive Options for Young African American and Latina Women. *Health Education & Behavior*, 46(1), 89–96. <https://doi.org/10.1177/1090198118775476>
- Álvarez-Nieto, C., Grande-Gascón, M. ^a L., Linares-Abad, M., & Ojeda, A. C. (2012). Análisis del embarazo adolescente: Miradas cualitativas a los casos de Bucaramanga y Jaén. *Matronas*, 12(2), 51–59.

- Arafat, S., Chowdhury, H., Qusar, M., & Hafez, M. (2016). Cross Cultural Adaptation and Psychometric Validation of Research Instruments: A Methodological Review. *Journal of Behavioral Health, 5*(3), 129.
<https://doi.org/10.5455/jbh.20160615121755>
- Armitage, C. J., & Arden, M. A. (2002). Exploring discontinuity patterns in the transtheoretical model: An application of the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology, 7*(1), 89–103.
<https://doi.org/10.1348/135910702169385>
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology, 40*(4), 471–499.
<https://doi.org/10.1348/014466601164939>
- Armitage, C. J., & Talibudeen, L. (2010). Test of a brief theory of planned behaviour-based intervention to promote adolescent safe sex intentions. *British Journal of Psychology, 101*(1), 155–172. <https://doi.org/10.1348/000712609X431728>
- Aslam, R. W., Hendry, M., Booth, A., Carter, B., Charles, J. M., Craine, N., Edwards, R. T., Noyes, J., Ntambwe, L. I., Pasterfield, D., Rycroft-Malone, J., Williams, N., & Whitaker, R. (2017). Intervention Now to Eliminate Repeat Unintended Pregnancy in Teenagers (INTERUPT): A systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness, and qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement. *BMC Medicine, 15*(1), 155.
<https://doi.org/10.1186/s12916-017-0904-7>
- Atienzo, E., Campero, L., Lozada, A. L., & Herrera, C. (2014). Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. *Salud Pública de México, 56*(3), 286.
<https://doi.org/10.21149/spm.v56i3.7347>
- Ayiasi, R. M., Muhumuza, C., Bukenya, J., & Orach, C. G. (2015). The effect of prenatal counselling on postpartum family planning use among early postpartum

- women in Masindi and Kiryandongo districts, Uganda. *Pan African Medical Journal*, 21. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.138.7026>
- Barnet, B., Liu, J., DeVoe, M., Duggan, A. K., Gold, M. A., & Pecukonis, E. (2009). Motivational Intervention to Reduce Rapid Subsequent Births to Adolescent Mothers: A Community-Based Randomized Trial. *The Annals of Family Medicine*, 7(5), 436–445. <https://doi.org/10.1370/afm.1014>
- Barnet, B., Liu, J., DeVoe, M., Duggan, A. K., Gold, M. A., Pecukonis, E., & Manjarres, N. (2019). *Intervención Motivacional Asistida por Computador en Español (CAMI SPA), Previniendo el Embarazo subsecuente en adolescentes. Manual del Consejero*. PASHA.
- Bell, D. L., Garbers, S., Catallozzi, M., Hum, R. S., Nechitilo, M., McKeague, I. W., Koumans, E. H., House, L. D., Rosenthal, S. L., & Gold, M. A. (2018). Computer-Assisted Motivational Interviewing Intervention to Facilitate Teen Pregnancy Prevention and Fitness Behavior Changes: A Randomized Trial for Young Men. *Journal of Adolescent Health*, 62(3), S72–S80. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.015>
- Béria, J. U., Schermann, L. B., Leal, A. F., Hilgert, J. B., Stein, A. T., Alves, G. G., Câmara, S., & Palazzo, L. (2020). Motherhood in early adolescence: A case-control study in Southern Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 438–448. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.10232018>
- Berra, E., & Muñoz, S. (2018). El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Sociales*, 4(2), 153–170. <https://doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.4.2.2018.165.153-170>
- Black, K. (2011). Contraceptive Attitude Scale. En *Handbook of sexuality-related measure* (3th ed., Vol. 1, pp. 179–180). Taylor & Francis.
- Black, M. M., Bentley, M. E., Papas, M. A., Oberlander, S., Teti, L. O., McNary, S., Le,

- K., & O'Connell, M. (2006). Delaying Second Births Among Adolescent Mothers: A Randomized, Controlled Trial of a Home-Based Mentoring Program. *PEDIATRICS*, 118(4), e1087–e1099. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2318>
- Borges, A. L. V., dos Santos, O. A., & Fujimori, E. (2018). Concordance between intention to use and current use of contraceptives among six-month postpartum women in Brazil: The role of unplanned pregnancy. *Midwifery*, 56, 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.015>
- Borovac-Pinheiro, A., Surita, F., D'Annibale, A., Pacagnella, R., & Pinto e Silva, J. (2016). Adolescent Contraception Before and After Pregnancy—Choices and Challenges for the Future. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 38(11), 545–551. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1593971>
- Brown, K. E., Beasley, K., & Das, S. (2018). Self-Control, Plan Quality, and Digital Delivery of Action Planning for Condom and Contraceptive Pill Use of 14-24-Year-Olds: Findings from a Clinic-Based Online Pilot Randomised Controlled Trial. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(3), 391–413. <https://doi.org/10.1111/aphw.12138>
- Bucknall, A., & Bick, D. (2019). Repeat pregnancies in teenage mothers: An exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2923–2933. <https://doi.org/10.1111/jan.14140>
- Bull, S., Devine, S., Schmiede, S. J., Pickard, L., Campbell, J., & Shlay, J. C. (2016). Text Messaging, Teen Outreach Program, and Sexual Health Behavior: A Cluster Randomized Trial. *American Journal of Public Health*, 106(S1), S117–S124. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303363>
- Campero, L., Romero, I., Estrada, F., Hubert, C., Heredia-Pi, I. B., & Villalobos-Hernández, A. (2022). Anticoncepción posevento obstétrico y embarazo subsecuente en adolescentes: Perspectivas del personal de salud en México. *Salud*

- Pública de México*, 64(4, jul-ago), 385–396. <https://doi.org/10.21149/13515>
- Cardelli, A., Ferrari, R., Martins, J., & Serafim, D. (2016). Expectations and satisfaction of pregnant women: Unveiling prenatal care in primary care. *Investigación y Educación En Enfermería*, 34(2), 252–260. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a04>
- Caris-Verhallen, W. M. C. M., Gruijter, I. M. D., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1106–1117. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01197.x>
- Carpenter, R., Waldrop, J., & Carter-Templeton, H. (2021). Statistical, practical and clinical significance and Doctor of Nursing Practice projects. *Nurse Author & Editor*, 31(3–4), 50–53. <https://doi.org/10.1111/nae2.27>
- Carvajal, D. N., Gioia, D., Mudafort, E. R., Brown, P. B., & Barnet, B. (2017). How can Primary Care Physicians Best Support Contraceptive Decision Making? A Qualitative Study Exploring the Perspectives of Baltimore Latinas. *Women's Health Issues*, 27(2), 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.09.015>
- Carvajal, D. N., Klyushnenkova, E., & Barnet, B. (2021). Latina contraceptive decision-making and use: The importance of provider communication and shared decision-making for patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, S0738399121001762. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.03.006>
- Carvajal, D. N., Mudafort, P. C. R., Barnet, B., & Blank, A. E. (2019). Contraceptive Decision Making Among Latina Immigrants: Developing Theory-Based Survey Items. *Hispanic Health Care International*, 154041531988342. <https://doi.org/10.1177/1540415319883422>
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos* (Vol. 1). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caudillo-Ortega, L., García-Rodríguez, A. A., Harrison, T., Onofre-Rodríguez, D. J.,

- Benavides-Torres, R. A., & Pratz-Andrade, Ma. T. (2017). Percepciones de las Mujeres Mexicanas Sobre el Uso de Métodos Anticonceptivos: Un Estudio Cualitativo. *Hispanic Health Care International*, 15(3), 107–112.
<https://doi.org/10.1177/1540415317723330>
- Chacko, M. R., Wiemann, C. M., Buzi, R. S., Kozinetz, C. A., Peskin, M., & Smith, P. B. (2016). Choice of Postpartum Contraception: Factors Predisposing Pregnant Adolescents to Choose Less Effective Methods Over Long-Acting Reversible Contraception. *Journal of Adolescent Health*, 58(6), 628–635.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.12.002>
- Chamorro-Vázquez, E., Padilla-Loredo, S., Gómez-Luján, M., & Quintero-Soto, M. (2016). Percepción del estado de salud y comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes embarazadas. *Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 24(1), 45–50.
- Chandra-Mouli, V., & Akwara, E. (2020). Improving access to and use of contraception by adolescents: What progress has been made, what lessons have been learnt, and what are the implications for action? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 66, 107–118. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.04.003>
- Chavez, L., & Canino, G. (2005). *Toolkit on translating adapting instruments*.
https://www.hsri.org/files/uploads/publications/PN54_Translating_and_Adapting.pdf
- Chemutai, V., Nteziyaremye, J., & Wandabwa, G. J. (2020). Lived Experiences of Adolescent Mothers Attending Mbale Regional Referral Hospital: A Phenomenological Study. *Obstetrics and Gynecology International*, 2020, 1–11.
<https://doi.org/10.1155/2020/8897709>
- Chernick, L. S., Stockwell, M. S., Gonzalez, A., Mitchell, J., Ehrhardt, A., Bakken, S., Westhoff, C. L., Santelli, J., & Dayan, P. S. (2021). A User-Informed, Theory-Based Pregnancy Prevention Intervention for Adolescents in the Emergency Department: A Prospective Cohort Study. *Journal of Adolescent Health*, 68(4),

705–712. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.020>

- Chernick, L. S., Stockwell, M. S., Wu, M., Castaño, P. M., Schnall, R., Westhoff, C. L., Santelli, J., & Dayan, P. S. (2017). Texting to Increase Contraceptive Initiation Among Adolescents in the Emergency Department. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 61(6), 786–790. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.021>
- Chinn, P., & Kramer, M. (2008). *Integred Theory and knowledge development in nursing* (7a ed., Vol. 1). Elsevier.
- Chung, H. W., Kim, E. M., & Lee, J. (2018). Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 69(1), 180–188. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.10.007>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos, C. (2016). *Cartilla de Derechos sexuales de adolescentes y jóvenes*. <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Divulgacion/cartillas/Cartilla-Derechos-Sexuales-Adolescentes-Jovenes.pdf>
- CONAPO. (2018). *Resumen ejecutivo, Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años*. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/fecundidad-en-ninas-y-adolescentes-de-10-a-14-anos>
- Conner, M., & Armitage, C. J. (1998a). Extending the Theory of Planned Behavior: A Review and Avenues for Further Research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1429–1464. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01685.x>
- Conner, M., & Armitage, C. J. (1998b). Extending the Theory of Planned Behavior: A Review and Avenues for Further Research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1429–1464. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01685.x>
- Conroy, K. N., Engelhart, T. G., Martins, Y., Huntington, N. L., Snyder, A. F., Coletti, K. D., & Cox, J. E. (2016). The Enigma of Rapid Repeat Pregnancy: A Qualitative

- Study of Teen Mothers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(3), 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.12.003>
- Correia, L., Martins, I., Oliveira, N., Antunes, I., Palma, F., & Alves, M. J. (2015). Contraceptive Choices Pre and Post Pregnancy in Adolescence. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(1), 24–28. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2014.02.004>
- Cox, J. E., Harris, S. K., Conroy, K., Engelhart, T., Vyavaharkar, A., Federico, A., & Woods, E. R. (2019). A Parenting and Life Skills Intervention for Teen Mothers: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 143(3), e20182303. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2303>
- Darabi, F., Kaveh, M. H., Farahani, F. K., Majlessi, F., & Shojaeizadeh, D. (2017). The Effect of a Theory of Planned Behavior-based Educational Intervention on Sexual and Reproductive Health in Iranian Adolescent Girls: A Randomized Controlled Trial. *J Res Health Sci*, 17(4), 9.
- De Castro, Barrientos-Gutierrez, T., Braverman-Bronstein, A., Santelli, J., Place, J. M., Eternod-Arámburu, M., & Hernández-Avila, M. (2018). Adolescent Access to Information on Contraceptives: A Mystery Client Study in Mexico. *Journal of Adolescent Health*, 62(3), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.08.001>
- De Castro, F., Barrientos, T., & Cruz, L. (2015). *Embarazo adolescente* (1era ed., Vol. 1). Instituto Nacional de Salud Pública.
- De Castro, F., Rodríguez-Hernández, J. A., Hubert-López, C., Sánchez-Pájaro, A., Rosas-Magallanes, C., Villalobos, A., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2020). Curso masivo en línea “Salud sexual y reproductiva”: Cambios en conocimientos, deserción, reprobación y satisfacción. *Salud Pública de México*, 62(5, sep-oct), 559–568. <https://doi.org/10.21149/11183>
- De la Vara-Salazar, E., Suárez-López, L., Rivera, L., & Lazcano-Ponce, E. (2018).

Providers perspective and geographic and institutional factors associated with family planning counseling. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 33–38.

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.01.005>

De la Vara-Salazar, Hubert, C., Saavedra-Avendaño, B., Suárez-López, L., Villalobos, A., Ávila-Burgos, L., Hernández-Serrato, M. I., Schiavon, R., Darney, B. G., Vara-Salazar, E. de la, Hubert, C., Saavedra-Avendaño, B., Suárez-López, L., Villalobos, A., Ávila-Burgos, L., Hernández-Serrato, M. I., Schiavon, R., & Darney, B. G. (2020). Provisión de métodos anticonceptivos en el posparto inmediato en México, 2018-19. *Salud Pública de México*, 62(6), 637–647.
<https://doi.org/10.21149/11850>

Dehlendorf, C., Fitzpatrick, J., Fox, E., Holt, K., Vittinghoff, E., Reed, R., Campora, M. P., Sokoloff, A., & Kuppermann, M. (2019). Cluster randomized trial of a patient-centered contraceptive decision support tool, My Birth Control. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(6), 565.e1-565.e12.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.02.015>

Dempsey, A. R., Johnson, S. S., & Westhoff, C. L. (2011). Predicting Oral Contraceptive Continuation Using The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(1), 23–29.
<https://doi.org/10.1363/4302311>

DiClemente, C., & Prochaska, J. (2005). The transtheoretical Approach. En *Psychoterapy Integration* (2nd ed., Vol. 1, pp. 147–170). Oxford University Press.

DiClemente, C., Prochaska, J. Q., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., & Rossi, J. S. (1991). The Process of Smoking Cessation: An Analysis of Precontemplation, Contemplation, and Preparation Stages of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 10.

Divney, A., Gordon, D., Magriples, U., & Kershaw, T. (2016). Stress and behavioral risk among young expectant couples. *Journal of Adolescence*, 53, 34–44.

<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.08.011>

DOF - Diario Oficial de la Federación. (2015). *NOM-047-SSA2-2015. Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años* [Gubernamental]. Diario Oficial.

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015

Doherty, M., & Thompson, H. (2014). Enhancing person-centred care through the development of a therapeutic relationship. *British Journal of Community Nursing*, 19(10), 502–507. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.10.502>

Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1991). Substruction: Improving the Linkage from Theory to Method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83–87.

<https://doi.org/10.1177/089431849100400209>

Eliason, S., Baiden, F., Quansah-Asare, G., Graham-Hayfron, Y., Bonsu, D., Phillips, J., & Awusabo-Asare, K. (2013). Factors influencing the intention of women in rural Ghana to adopt postpartum family planning. *Reproductive Health*, 10(1), 34.

<https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-34>

Erviti, J., Sosa Sánchez, I. A., & Castro, R. (2010). Social Origin of Contraceptive Counseling Practices by Male Doctors in Mexico. *Qualitative Health Research*, 20(6), 778–787. <https://doi.org/10.1177/1049732310362983>

Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), e20. <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>

Fernández. (2017). Los programas de educación maternal y el empoderamiento de las mujeres. *RCUB*, 2(1), 18. <https://doi.org/10.1344/musas2017>

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Formation of intention. En *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. (Vol. 1).

Addison_Wesley Pub. <https://people.umass.edu/ajzen/f&a1975.html>

Flores, M. L. F., Champion, J. D., & Soto, N. E. S. (2017). Adaptation of the contraceptive self-efficacy scale for heterosexual Mexican men and women of reproductive age. *Applied Nursing Research*, 36, 95–99.

<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.06.003>

Floyd. (2020). Postpartum Contraception Options. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(3), 463–475.

Floyd, R. L., Sobell, M., Velasquez, M. M., Ingersoll, K., Nettleman, M., Sobell, L., Mullen, P. D., Ceperich, S., von Sternberg, K., Bolton, B., Skarpness, B., & Nagaraja, J. (2007). Preventing Alcohol-Exposed Pregnancies. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.08.028>

Frederiksen, B. N., Rivera, M. I., Ahrens, K. A., Malcolm, N. M., Brittain, A. W., Rollison, J. M., & Moskosky, S. B. (2018). Clinic-Based Programs to Prevent Repeat Teen Pregnancy: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(5), 736–746. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.08.001>

Gage, A. J., Wood, F. E., & Akilimali, P. Z. (2021). Perceived norms, personal agency, and postpartum family planning intentions among first-time mothers age 15–24 years in Kinshasa: A cross-sectional analysis. *PLoS ONE*, 16(7), e0254085. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254085>

Galavotti, C., Rebecca J Cabral, Lansky, A., Grimley, D. M., Riley, G. E., & Prochaska, J. O. (1995). Validation of Measures of Condom and Other Contraceptive Use Among Women at High Risk for HIV Infection and Unintended Pregnancy. *Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 14(6), 570–578. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.14.6.570>

Galbraith, J., Wolfgang, J., Miller, & Rollnick. (2016). Motivational interview and the stages of change theory. En *The third force in psychotherapy* (p. 28). SAGE Publications, Inc. https://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/65225_Jones_Smith_Chapter_10.pdf

Galicía Ayala, L. C., Rodríguez Jiménez, S., & Cárdenas Jiménez, M. (2018). El proceso de integración del alumno al entorno clínico para el aprendizaje reflexivo. *Enfermería Universitaria*, 7(4).

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2010.4.290>

- Galvão, R., Figueira, C., Borovac-Pinheiro, A., Paulino, D., Faria-Schützer, D., & Surita, F. (2018). Hazards of Repeat Pregnancy during Adolescence: A Case-control Study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 40(08), 437–443. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1666811>
- Gejo, N. G., Anshebo, A. A., & Dinsa, L. H. (2019). Postpartum modern contraceptive use and associated factors in Hossana town. *PLOS ONE*, 14(5), e0217167. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217167>
- Germet-Pijnen, L. van. (2018). *E-Health Research, Theory and development* (VitalSourceBookshelft 10.0.1). Taylor & Francis. [vbk://9781315385884/epubcfi/6/32%5B%3Bvnd.vst.idref%3DCh07%5D!/4/2%400.00:0.00](https://doi.org/10.1080/17445019.2018.1538588)
- Gibson, L. P., Gust, C. J., Gillman, A. S., Bryan, A. D., & Feldstein Ewing, S. W. (2020). Mechanisms of Action for Empirically Supported Interventions to Reduce Adolescent Sexual Risk Behavior: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Adolescent Health*, 67(1), 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.01.004>
- Gitlin, L., & Czaja, S. (2016). *Behavioral intervention research: Designing, evaluating, and implementing* (1a ed.). Springer.
- Gluyas, H. (2015). Patient-centred care: Improving healthcare outcomes. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 30(4), 50–57; quiz 59. <https://doi.org/10.7748/ns.30.4.50.e10186>
- Gobierno de México. (2020). *Programa institucional 2020—2024 del Instituto de Salud para el Bienestar*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/647037/PROGRAMA_INSTITUCIONAL_INSABI_2020-2024.pdf
- Gold, J. A. W., Wong, K. K., Szablewski, C. M., Patel, P. R., Rossow, J., da Silva, J.,

- Natarajan, P., Morris, S. B., Fanfair, R. N., Rogers-Brown, J., Bruce, B. B., Browning, S. D., Hernandez-Romieu, A. C., Furukawa, N. W., Kang, M., Evans, M. E., Oosmanally, N., Tobin-D'Angelo, M., Drenzek, C., ... Jackson, B. R. (2016). Characteristics and Clinical Outcomes of Adult Patients Hospitalized with COVID-19—Georgia, March 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(18), 545–550. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6918e1>
- Gold, Tzilos, G. K., Stein, L. A. R., Anderson, B. J., Stein, M. D., Ryan, C. M., Zuckoff, A., & DiClemente, C. (2016). A Randomized Controlled Trial to Compare Computer-assisted Motivational Intervention with Didactic Educational Counseling to Reduce Unprotected Sex in Female Adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(1), 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2015.06.001>
- González, P., Rangel, Y., & Hernández, E. (2020). Retos en la prevención del embarazo adolescente subsiguiente, un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes. *Saúde e Sociedade*, 29(3), e181032. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020181032>
- Govender, D., Naidoo, S., & Taylor, M. (2018). Scoping review of risk factors of and interventions for adolescent repeat pregnancies: A public health perspective. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 10(1). <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1685>
- Govender, D., Naidoo, S., & Taylor, M. (2019). *Prevalence and Risk Factors of Repeat Pregnancy among South African Adolescent Females*. 15.
- Govender, D., Naidoo, S., & Taylor, M. (2020a). “My partner was not fond of using condoms and I was not on contraception”: Understanding adolescent mothers’ perspectives of sexual risk behaviour in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health*, 20, 366. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08474-2>
- Govender, D., Naidoo, S., & Taylor, M. (2020b). My partner was not fond of using

- condoms and I was not on contraception”: Understanding adolescent mothers’ perspectives of sexual risk behaviour in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health*, 20(1), 366. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08474-2>
- Govender, D., Naidoo, S., & Taylor, M. (2020c). My partner was not fond of using condoms and I was not on contraception”: Understanding adolescent mothers’ perspectives of sexual risk behaviour in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health*, 20(1), 366. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08474-2>
- Govender, D., Saloshni, N., & Taylor, M. (2020). My partner Was not fond of using condoms and Iwas not on contraception understanding adolescent mothers, perspectives o sexual risk behavior in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health*, 18(1), 366.
- Green, E. P., Augustine, A., Naanyu, V., Hess, A.-K., & Kiwinda, L. (2018). Developing a Digital Marketplace for Family Planning: Pilot Randomized Encouragement Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(7), e10756. <https://doi.org/10.2196/10756>
- Grimley, D. M., Prochaska, G. E., & Prochaska, J. O. (1993). Condom Use Assertiveness and the Stages of Change With Main and Other Partners. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 1(2), 152–173. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9861.1993.tb00033.x>
- Grove, S., Gray, J., & Burns, N. (2019). *The practice of nursing research, Appraisal, Synthesis, and Generation of evidence* (7th. Edición, Vol. 1). Elsevier.
- Guerrero, F., Lucar, N., Garvich Claux, M., Chiappe, M., Perez-Lu, J., Hindin, M. J., Gonsalves, L., & Bayer, A. M. (2020). Developing an SMS text message intervention on sexual and reproductive health with adolescents and youth in Peru. *Reproductive Health*, 17(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00943-6>
- Guzzo, K. B., Eickmeyer, K., & Hayford, S. R. (2018). Does Postpartum Contraceptive Use Vary by Birth Intendedness? *Perspectives on sexual and reproductive health*,

50(3), 129–138. <https://doi.org/10.1363/psrh.12074>

Guzzo, K. B., Lang, V. W., & Hayford, S. R. (2019). Teen Girls' Reproductive Attitudes and the Timing and Sequencing of Sexual Behaviors. *Journal of Adolescent Health, 65*(4), 507–513.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.05.018>

Hafen, C. A., Spilker, A., Chango, J., Marston, E. S., & Allen, J. P. (2014). To Accept or Reject? The Impact of Adolescent Rejection Sensitivity on Early Adult Romantic Relationships. *Journal of research on adolescence : the official journal of the Society for Research on Adolescence, 24*(1), 55–64.

<https://doi.org/10.1111/jora.12081>

Hall, Castaño, P. M., & Westhoff, C. L. (2014). The Influence of Oral Contraceptive Knowledge on Oral Contraceptive Continuation Among Young Women. *Journal of Women's Health, 7*, 596–601. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4574>

Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? *The Milbank Quarterly, 79*(4), 613–639, v. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00223>

Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica, 2*(5), 55–60. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72683-8](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72683-8)

Hanna, K. M. (1993). Effect of nurse-client transaction on female adolescents' oral contraceptive adherence. *Image--the Journal of Nursing Scholarship, 25*(4), 285–290. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00261.x>

Haxby, J. (2014). The Distinction Between Randomized Clinical Trials (RCTs) and Preliminary Feasibility and Pilot Studies: What They Are and Are Not. *Journal of Orthopaedic & Sport Physical Therapy, 44*(8), 555–558.

<https://doi.org/doi:10.2519/jospt.2014.0110>

Haynes, M. C., Ryan, N., Saleh, M., Winkel, A. F., & Ades, V. (2017). Contraceptive

Knowledge Assessment: Validity and reliability of a novel contraceptive research tool. *Contraception*, 95(2), 190–197.

<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.002>

Heredia-Pi, I., Servan-Mori, E., Darney, B. G., Reyes-Morales, H., & Lozano, R.

(2016). Measuring the adequacy of antenatal health care: A national cross-sectional study in Mexico. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(6), 452–461. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.168302>

Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies.

Research in Nursing & Health, 31(2), 180–191. <https://doi.org/10.1002/nur.20247>

Hing, E., Hooker, R. S., & Ashman, J. J. (2011). Primary Health Care in Community

Health Centers and Comparison with Office-Based Practice. *Journal of Community Health*, 36(3), 406–413. <https://doi.org/10.1007/s10900-010-9322-x>

Hubbard, G., O’Carroll, R., Munro, J., Mutrie, N., Haw, S., Mason, H., & Treweek, S.

(2016). The feasibility and acceptability of trial procedures for a pragmatic randomised controlled trial of a structured physical activity intervention for people diagnosed with colorectal cancer: Findings from a pilot trial of cardiac rehabilitation versus usual care (no rehabilitation) with an embedded qualitative study. *Pilot and Feasibility Studies*, 2(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s40814-016-0090-y>

Hubert, C., Estrada, F., Campero, L., Heredia-Pi, I. B., Villalobos, A., Suárez-López, L.,

Ibáñez-Cuevas, M., & Barrientos, T. (2021). Designing Digital Tools Capable of Reaching Disadvantaged Adolescents and Improving their Sexual Health: A Mexican Experience. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 32(2), 62–84. <https://doi.org/10.1353/hpu.2021.0051>

Hubert, C., Estrada, F., Villalobos, A., Sánchez, A., De Castro, F., & Barrientos, T.

(2018). *Trazando la ruta: embarazos subsecuentes en adolescentes* (Final Núm. 1; 1, p. 42). Instituto Nacional de Salud Pública.

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101316.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). *JuvenIMSS*. gob.mx.

<http://www.gob.mx/imss/prensa/con-juvenimss-mas-de-1-6-millones-de-adolescentes-han-fortalecido-conocimientos-en-el-autocuidado-de-su-salud>

Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2016). *Procedimiento de Planificación Familiar en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social* (Coordinación de Modernización y competitividad).

<http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2230-003-001.pdf>

Instituto Nacional de las mujeres. (2019). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. gob.mx. <http://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

Irons, M., Tomaszewski, K., Muñoz Buchanan, C. R., & Trent, M. (2015).

Understanding Adolescent Nonresponsiveness to Text Messages: Lessons from the DepoText Trial. *Journal of Urban Health*, 92(3), 502–512.

<https://doi.org/10.1007/s11524-015-9950-7>

Isaacs, J. N., & Creinin, M. D. (2003). Miscommunication between healthcare providers and patients may result in unplanned pregnancies. *Contraception*, 68(5), 373–376.

<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2003.08.012>

Kamalikhah, T., Rakhshani, F., Rahmati Najarkolaei, F., & Gholian Avval, M. (2015).

Evaluation of Transtheoretical Model-Based Family Education Among Females of Zahedan (Southeast of Iran). *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(10).

<https://doi.org/10.5812/ircmj.18895>

Kanda, L., & Mash, R. (2018). Reasons for inconsistent condom use by young adults in Mahalapye, Botswana. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 10(1).

<https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1492>

- Kelders, S., & Howard, M. (2018). Opportunities of technology to promote health and well-being. En *E-Health Research, Theory and development* (VitalSource Bookshelf 10.0.1, p. 48). Taylor & Francis. vbk://9781315385884
- Kirby, D., Raine, T., Thrush, G., Yuen, C., Sokoloff, A., & Potter, S. C. (2010). Impact of an Intervention to Improve Contraceptive Use Through Follow-Up Phone Calls to Female Adolescent Clinic Patients. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(4), 251–257. <https://doi.org/10.1363/4225110>
- Klein, C. H., Kuhn, T., Altamirano, M., & Lomonaco, C. (2017). C-SAFE: A Computer-Delivered Sexual Health Promotion Program for Latinas. *Health Promotion Practice*, 18(4), 516–525. <https://doi.org/10.1177/1524839917707791>
- Krashin, J. W., Lemani, C., Nkambule, J., Talama, G., Chinula, L., Flax, V. L., Stuebe, A. M., & Tang, J. H. (2019). A Comparison of Breastfeeding Exclusivity and Duration Rates Between Immediate Postpartum Levonorgestrel Versus Etonogestrel Implant Users: A Prospective Cohort Study. *Breastfeeding Medicine*, 14(1), 69–76. <https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0165>
- Kuri, P. A., Guevara-Guzmán, R., Phillips-Gutiérrez, V., Mota-Sánchez, A., & Díaz-Olavarrieta, C. A. (2020). National panorama of adolescent pregnancy in Mexico: Lessons learned in a six-year period. *Gaceta de México*, 156(2), 3933. <https://doi.org/10.24875/GMM.M20000357>
- Lauby, J. L., Semaan, S., Cohen, A., Leviton, L., Gielen, A., Pulley, L. V., Walls, C., & O'Campo, P. (1998). Self-efficacy, decisional balance and stages of change for condom use among women at risk for HIV infection. *Health Education Research*, 13(3), 343–356. <https://doi.org/10.1093/her/13.3.343>
- Lazcano-Ponce, E. (2020). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 en México, indicador de inequidad en salud y de incremento progresivo de exposiciones no saludables: . *Salud Pública de México*, 62(6, Nov-Dic), 611–613. <https://doi.org/10.21149/12196>

- Lee, J. T., & Yen, H.-W. (2007). Randomized controlled evaluation of a theory-based postpartum sexual health education programme. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 389–401. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04395.x>
- Lewin, A., Mitchell, S., Beers, L., Schmitz, K., & Boudreaux, M. (2016). Improved Contraceptive Use Among Teen Mothers in a Patient-Centered Medical Home. *Journal of Adolescent Health*, 59(2), 171–176. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.04.007>
- Lewin, A., Mitchell, S. J., Quinn, D. A., Street, T. M., Schmitz, K., & Beers, L. S. (2019). A Primary Care Intervention to Prevent Repeat Pregnancy Among Teen Mothers. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(3), 404–410. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.10.015>
- Locher, J. L., Bales, C. W., Ellis, A. C., Lawrence, J. C., Newton, L., Ritchie, C. S., Roth, D. L., Buys, D. L., & Vickers, K. S. (2011). A Theoretically Based Behavioral Nutrition Intervention for Community Elders at High Risk: The B-NICE Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 30(4), 384–402. <https://doi.org/10.1080/21551197.2011.623955>
- López, O., & López, M. (2015). *Derecho a la Salud en México*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- López, P. (2021). Infección de vías urinarias en mujeres gestantes. *Revista Medica Sinergia*, 6(12), Article 12. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i12.745>
- Machira, K., & Palamuleni, M. E. (2017). Health Care Factors Influencing Teen Mothers' Use Of Contraceptives in Malawi. *Ghana Med J*, 51(2), 6. <http://dx.doi.org/10.4314/gmj.v51i2.7>
- Manjarres, N. I. (2020). *Intervención motivacional asistida por computador para el incremento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes* [Phd, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/20053/>
- Manjarres-Posada. (2021). Theoretical substruction: Transtheoretical Model and

- Contraceptive Use in Adolescent Mothers. En *Use of Nursing Models and Theories from a Sexuality Perspective* (M. Valle Solis, Vol. 1). NOVA Science Publisher.
- Manjarres-Posada, Benavides-Torres, R. A., Onofre-Rodríguez, D. J., Pérez Baleón, G. F., Urrutia Soto, M.-T., & Barbosa-Martínez, R. del C. (2021). Proceso de adaptación de una intervencion motivacional para uso de anticonceptivos en madres adolescentes mexicanas. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 21(1). <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.532>
- Manjarres-Posada, Benavides-Torres, R. A., Pérez Baleón, G. F., Urrutia Soto, M. T., Onofre-Rodríguez, D. J., Barbosa-Martínez, R. del C., & Márquez-Vega, M. A. (2022). Effective Interventions to Prevent Repeat Pregnancies in Adolescents: A Systematic Review. *SAGE Open*, 12(4), 21582440221130308. <https://doi.org/10.1177/21582440221130309>
- Manjarres-Posada, N., Benavides-Torres, R. A., Esparza-Dávila, S. P., Neitakrith Pérez-Cavazos, D., & Barbosa-Martínez, R. del C. (2021). Instrumento de evaluación del uso de anticonceptivos: Análisis de validez de contenido, criterio y confiabilidad. *Journal Health NPEPS*, 6(1), 138–154. <https://doi.org/10.30681/252610104992>
- Maravilla, J. C., Betts, K. S., & Alati, R. (2019). Increased risk of maternal complications from repeat pregnancy among adolescent women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 145(1), 54–61. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12776>
- Maslowsky, J., Powers, D., Hendrick, C. E., & Al-Hamoodah, L. (2019). County-Level Clustering and Characteristics of Repeat Versus First Teen Births in the United States, 2015–2017. *Journal of Adolescent Health*, 65(5), 674–680. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.05.031>
- Maslowsky, J., Powers, D., Hendrick, C. E., & Al-Hamoodah, L. (2020). *County-level clustering and characteristics of repeat versus first teen births in the United*

States, 2015-2017. 16.

- Mathewos, S., & Mekuria, A. (2018). Teenage Pregnancy and Its Associated Factors among School Adolescents of Arba Minch Town, Southern Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 28(3), 287. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v28i3.6>
- McCarthy, O., Ahamed, I., Kulaeva, F., Tokhirov, R., Saibov, S., Vandewiele, M., Standaert, S., Leurent, B., Edwards, P., Palmer, M., & Free, C. (2018). A randomized controlled trial of an intervention delivered by mobile phone app instant messaging to increase the acceptability of effective contraception among young people in Tajikistan. *Reproductive Health*, 15, 28. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0473-z>
- McKleroy, V. S., Galbraith, J. S., Cummings, B., Jones, P., Harshbarger, C., Collins, C., Gelaude, D., Carey, J. W., & ADAPT Team. (2006). Adapting Evidence-Based Behavioral Interventions for New Settings and Target Populations. *AIDS Education and Prevention*, 18(supp), 59–73. <https://doi.org/10.1521/aeap.2006.18.supp.59>
- Melo, J., Peters, M., Teal, S., & Guiahi, M. (2015). Adolescent and Young Women's Contraceptive Decision-Making Processes: Choosing "The Best Method for Her". *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(4), 224–228. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2014.08.001>
- Miller, W., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista Motivacional, preparar para el cambio de conductas adictivas* (Vol. 1). Paidós. http://www.serchile.cl/sitio/images/stories/la_entrevista.pdf
- Miller, W., & Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional Ayudar a las personas a cambiar* (3 era edición). Paidós.
- Morales, Sáenz-Soto, N. E., Manjarres-Posada, N. I., & Luna-Ferrales, C. (2022). Embarazo subsecuente en la adolescencia: Causas, consecuencias y posibles soluciones Subsequent pregnancy in adolescence: Causes, consequences and

- possible solutions. *Rev Enferm Inst Mex Seguro soc*, 30(1), 14–20.
- Morales, Vallejo-Medina, P., Abello-Luque, D., Saavedra-Roa, A., García-Roncallo, P., Gomez-Lugo, M., García-Montaño, E., Marchal-Bertrand, L., Niebles-Charris, J., Pérez-Pedraza, D., & Espada, J. P. (2018). Sexual risk among Colombian adolescents: Knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior. *BMC Public Health*, 18(1), 1377.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6311-y>
- Moreno, C., Peralta Cruz, A., & Velásquez Monroy, N. (2020). Convertirse en madre durante la adolescencia: Transiciones en el rol materno. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 22.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.cmda>
- Morse. (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (1a ed.). SAGE.
- Morse, Ramesh, S., & Jackson, A. (2017). Reassessing Unintended Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 44(1), 27–40.
<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2016.10.003>
- Mutumba, M., Wekesa, E., & Stephenson, R. (2018). Community influences on modern contraceptive use among young women in low and middle-income countries: A cross-sectional multi-country analysis. *BMC Public Health*, 18(1), 430.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5331-y>
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143–154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>
- Norton, M., Chandra-Mouli, V., & Lane, C. (2017). Interventions for Preventing Unintended, Rapid Repeat Pregnancy Among Adolescents: A Review of the Evidence and Lessons From High-Quality Evaluations. *Global Health: Science and Practice*, 5(4), 547–570. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00131>
- Núñez-Urquiza, R. M. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de

- métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública de México*, 45.
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4610>
- Oman, R. F., Vesely, S. K., Green, J., Clements-Nolle, K., & Lu, M. (2018). Adolescent Pregnancy Prevention Among Youths Living in Group Care Homes: A Cluster Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health*, 108(Suppl 1), S38–S44. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304126>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2017). *OECD Social Policy División. Age of mothers at childbirth and age-specific fertility*.
https://www.oecd.org/els/soc/SF_2_3_Age_mothers_childbirth.pdf
- Park, E., & Song, M. (2005). Communication barriers perceived by older patients and nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 159–166.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.06.006>
- Parrish, D. E., von Sternberg, K., Castro, Y., & Velasquez, M. M. (2016). Processes of change in preventing alcohol exposed pregnancy: A mediation analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(9), 803–812.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000111>
- Paschal, A. M., Lewis-Moss, R. K., & Hsiao, T. (2011). Perceived Fatherhood Roles and Parenting Behaviors Among African American Teen Fathers. *Journal of Adolescent Research*, 26(1), 61–83. <https://doi.org/10.1177/0743558410384733>
- Pazol, K., Zapata, L. B., Dehlendorf, C., Malcolm, N. M., Rosmarin, R. B., & Frederiksen, B. N. (2018a). Impact of Contraceptive Education on Knowledge and Decision Making: An Updated Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(5), 703–715.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.07.012>
- Pazol, K., Zapata, L. B., Dehlendorf, C., Malcolm, N. M., Rosmarin, R. B., & Frederiksen, B. N. (2018b). Impact of Contraceptive Education on Knowledge and Decision Making: An Updated Systematic Review. *American Journal of*

Preventive Medicine, 55(5), 703–715.

<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.07.012>

Pérez, G., Lugo, M., & Manjarres, N. (2019). *Uso de anticonceptivos (MAC) en la adolescencia. México: UNAM-ENTS y fundación Gonzalez y Fundación Gonzalo Río Arronte*. (Encuesta Núm. 1). Escuela Nacional de Trabajo Social.

Pérez-Baleón, G. (2022). Perfilando el embarazo en la adolescencia en México.

Principales resultados de la ENFaDEA. *Trabajo Social UNAM*, 27–28, 18.

Pivatti, A. S. A., Osis, M. J. M. D., & De Moraes Lopes, M. H. B. (2019). “The use of educational strategies for promotion of knowledge, attitudes and contraceptive practices among teenagers – A randomized clinical trial”. *Nurse Education Today*, 72, 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.005>

Polit. (2017). Clinical significance in nursing research: A discussion and descriptive analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 73, 17–23.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.002>

Polit, D., & Tatano, C. (2017). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10a ed.). Wolters Kluwer.

Pradenas, A. (2014). Infecciones cérvico vaginales y embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 925–935. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70640-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70640-6)

Prat, F., Planes, M., Gras, M., & Sullman, M. (2012). Stages of change and decisional balance for condom use with a romantic partner. *Journal of Health Psychology*, 17(8), 1193–1202. <https://doi.org/10.1177/1359105311433911>

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48.

<https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

Prochaska, J., & Prochaska, J. (2016). *Changing to thrive* (1 era, Vol. 1). Hazelden Publishing.

Prochaska, & Norcross. (2013). *Systems of Psychoterapy a Transtheoretical Analysis*

(8a ed., Vol. 1). CENGAGE Learning.

Prochaska, & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48.

<https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

Prochaska y Prochaska. (2019). Transtheoretical Model. En *Lifestyle Medicina [eduted by]* James M. Rippe (3 ed, Vol. 1, pp. 219–228).

Qasba, N. T., Stutsman, J. W., Weaver, G. E., Jones, K. E., Daggy, J. K., & Wilkinson, T. A. (2020). Informing Policy Change: A Study of Rapid Repeat Pregnancy in Adolescents to Increase Access to Immediate Postpartum Contraception. *Journal of Women's Health (2002)*, 29(6), 815–818.

<https://doi.org/10.1089/jwh.2019.8122>

Quintero-Rondón, A., & Rojas-Bentancur, H. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44, 22–237.

Rabin, J. M., Seltzer, V., & Pollack, S. (1991). The Long Term Benefits of a Comprehensive Teenage Pregnancy Program. *Clinical Pediatrics*, 30(5), 305–309.

<https://doi.org/10.1177/000992289103000508>

Raidoo, S., & Kaneshiro, B. (2017). Contraception counseling for adolescents. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 29(5), 310–315.

<https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000390>

Ranganathan, P., Pramesh, C., & Buyse, M. (2015). Common pitfalls in statistical analysis: Clinical versus statistical significance. *Perspectives in Clinical Research*, 6(3), 169. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.159943>

Reese, B. M., & Halpern, C. T. (2017). Attachment to Conventional Institutions and Adolescent Rapid Repeat Pregnancy: A Longitudinal National Study Among Adolescents in the United States. *Maternal and Child Health Journal*, 21(1), 58–67. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2093-y>

- Reyes-Lacalle, A., Montero-Pons, L., Manresa-Domínguez, J. M., Cabedo-Ferreiro, R., Seguranyes, G., & Falguera-Puig, G. (2020). Perinatal contraceptive counselling: Effectiveness of a reinforcement intervention on top of standard clinical practice. *Midwifery*, 83, 102631. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102631>
- Reyes-López, S. V., Cordero-Cruz, I. C., Báez-Hernández, F. J., & Nava, V. (2020). Experiencias de las adolescentes que cursan un embarazo, desde un enfoque cualitativo. *SANUS*, 15, 1. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi15.179>
- Rippe, J. (2019). *Lifestyle Medicine* (Third, Vol. 1). Boca Ratón: Taylor & Francis Group.
- Ritter, T., Dore, A., & McGeechan, K. (2015). Contraceptive knowledge and attitudes among 14-24-year-olds in New South Wales, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 39(3), 267–269. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12367>
- Robling, M., Bekkers, M.-J., Bell, K., Butler, C. C., Cannings-John, R., Channon, S., Martin, B. C., Gregory, J. W., Hood, K., Kemp, A., Kenkre, J., Montgomery, A. A., Moody, G., Owen-Jones, E., Pickett, K., Richardson, G., Roberts, Z. E. S., Ronaldson, S., Sanders, J., ... Torgerson, D. (2016). Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): A pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet*, 387(10014), 146–155. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00392-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00392-X)
- Rodríguez, D., Verdú, J., & Universidad del Tolima. (2013). Consequences of Maternal Death in the Family. *Aquichan*, 13(3), 433–441. <https://doi.org/10.5294/aqui.2013.13.3.10>
- Rogers, C. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*. (Vol. 3). MacGraw-Hill.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325–334.

<https://doi.org/10.1017/S135246580001643X>

- Sackeim, M. G., Gurney, E. P., Koelper, N., Sammel, M. D., & Schreiber, C. A. (2019a). Effect of contraceptive choice on rapid repeat pregnancy. *Contraception*, 99(3), 184–186. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.11.008>
- Sackeim, M. G., Gurney, E. P., Koelper, N., Sammel, M. D., & Schreiber, C. A. (2019b). Effect of contraceptive choice on rapid repeat pregnancy. *Contraception*, 99(3), 184–186. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.11.008>
- Safran, D. G., Taira, D. A., Rogers, W. H., Kosinski, M., Ware, J. E., & Tarlov, A. R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *The Journal of Family Practice*, 47(3), 213–220.
- Sámano, R., Martínez-Rojano, H., Chico-Barba, G., Sánchez-Jiménez, B., Sam-Soto, S., Rodríguez-Ventura, A., Mejía-Luna, L., & Sclavo-Melo, S. (2019). Sociodemographic Factors Associated with the Knowledge and Use of Birth Control Methods in Adolescents before and after Pregnancy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6), 1022. <https://doi.org/10.3390/ijerph16061022>
- Sánchez-Pájaro, A., Braverman-Bronstein, A., De Castro, F., Vidaña-Pérez, D., Villalobos-Hernández, A., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2019). Contribution of Second and Higher-Order Births to Adolescent Fertility in Mexico: Contribution of Second and Higher-Order Births to Adolescent Fertility in Mexico. *Studies in Family Planning*, 50(1), 63–70. <https://doi.org/10.1111/sifp.12083>
- Santos, M. J. de O., Ferreira, E. M. S., & Ferreira, M. M. da C. (2018). Contraceptive behavior of Portuguese higher education students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 4), 1706–1713. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0623>
- Schueller, S. (2018). Mental Health an eHealth technology. En *EHealth Research, Theory and DEvelopment* (VitalSource Bookshelf 10.0.1, pp. 91–109). Taylor &

Francis.vbk://9781315385884/epubcfi/6/26%5B%3Bvnd.vst.idref%3DCh05%5D!
/4/2%400.00:0.00

- Sharma, H. (2021). Statistical significance or clinical significance? A researcher's dilemma for appropriate interpretation of research results. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 15(4), 431. https://doi.org/10.4103/sja.sja_158_21
- Sharma, N., & Gupta, V. (2022). Therapeutic Communication. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567775/>
- Sidani, S., & Braden, C. (2011). *Design, Evaluation and Translation of Nursing Interventions* (1a ed., Vol. 1). Wiley-Blackwell.
- Singh, I., Shukla, A., Thulaseedharan, J. V., & Singh, G. (2021). Contraception for married adolescents (15–19 years) in India: Insights from the National Family Health Survey-4 (NFHS-4). *Reproductive Health*, 18, 253. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01310-9>
- Singhal, A., & Cowie, M. (2020). *What is e-Health?* <https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-of-Cardiology-Practice/Volume-18/what-is-e-health>, <https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-of-Cardiology-Practice/Volume-18/what-is-e-health>
- Smith, C., Gold, J., Ngo, T. D., Sumpter, C., & Free, C. (2015). Mobile phone-based interventions for improving contraception use. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(6), CD011159. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011159.pub2>
- Solomon, J., Card, J. J., & Malow, R. M. (2006). Adapting Efficacious Interventions: Advancing Translational Research in HIV Prevention. *Evaluation & the Health Professions*, 29(2), 162–194. <https://doi.org/10.1177/0163278706287344>
- Soto-Toussaint, L. H. (2016a). *Violencia obstétrica*. 6.
- Soto-Toussaint, L. H. (2016b). *Violencia obstétrica*. 6.
- Sridhar, A., Chen, A., Forbes, E. R., & Glik, D. (2015). Mobile application for

- information on reversible contraception: A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212(6), 774.e1-774.e7.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.01.011>
- Sridhar, A., & Salcedo, J. (2017). Optimizing maternal and neonatal outcomes with postpartum contraception: Impact on breastfeeding and birth spacing. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 3(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s40748-016-0040-y>
- SSA. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. 31.
- Steppie, S., & Kirchner, J. (2020). Office-based nursing in practice. *Nursing*, 50(6), 41–44. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000662340.86677.ef>
- Stevens, J., Lutz, R., Osuagwu, N., Rotz, D., & Goesling, B. (2017). A randomized trial of motivational interviewing and facilitated contraceptive access to prevent rapid repeat pregnancy among adolescent mothers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(4), 423.e1-423.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.06.010>
- Stevens-Simon, C., Kelly, L., Singer, D., & Cox, A. (1996). Why pregnant adolescents say they did not use contraceptives prior to conception. *Journal of Adolescent Health*, 19(1), 48–53. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(95\)00281-V](https://doi.org/10.1016/1054-139X(95)00281-V)
- Stewart, A. L., Nápoles, A. M., Piawah, S., Santoyo-Olsson, J., & Teresi, J. A. (2020). Guidelines for Evaluating the Feasibility of Recruitment in Pilot Studies of Diverse Populations: An Overlooked but Important Component. *Ethnicity & Disease*, 30(Suppl 2), 745–754. <https://doi.org/10.18865/ed.30.S2.745>
- Straus, S., Tetroe, J., & Graham, I. (2013). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2nd ed., Vol. 1). BMJ Books.
- Sychareun, V. (2018). *Determinants of adolescent pregnancy and access to reproductive and sexual health services for married and unmarried adolescents in rural Lao PDR: a qualitative study*. 12.

- Tebb, K. P., Leng Trieu, S., Rico, R., Renteria, R., Rodriguez, F., & Puffer, M. (2019). A Mobile Health Contraception Decision Support Intervention for Latina Adolescents: Implementation Evaluation for Use in School-Based Health Centers. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(3). <https://doi.org/10.2196/11163>
- Tebb, K. P., Rodriguez, F., Pollack, L. M., Adams, S., Rico, R., Renteria, R., Trieu, S. L., Hwang, L., Brindis, C. D., Ozer, E., & Puffer, M. (2021). Improving contraceptive use among Latina adolescents: A cluster-randomized controlled trial evaluating an mHealth application, Health-E You/Salud iTu. *Contraception*, 104(3), 246–253. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.03.004>
- Tocce, K. M., Sheeder, J. L., & Teal, S. B. (2012). Rapid repeat pregnancy in adolescents: Do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(6), 481.e1-481.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.04.015>
- Toche, N. (2020). *El embarazo adolescente en México suma costos de 63,000 millones de pesos anuales*. El Economista. <https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/Embarazos-de-adolescentes-han-aumentado-20-durante-la-pandemia-20200806-0117.html>
- Tung, W.-C., Farmer, S., Ding, K., Tung, W.-K., & Hsu, C.-H. (2009). Stages of condom use and decisional balance among college students. *International Nursing Review*, 56(3), 346–353. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00704.x>
- UNFPA. (2019). *Consecuencia socioeconómicas del embarazo adolescente en México*. https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico_2020.pdf
- Uribe, J. I., Palos, P. A., Salinas, X. Z., & Ocampo, D. B. (2013). *Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo*. 19.
- Villalobos, A., Allen-Leigh, B., Salazar-Alberto, J., Castro, F. D., Barrientos-Gutiérrez, T., Leyva-López, A., & Rojas-Martínez, R. (2017). Quality of reproductive

- healthcare for adolescents: A nationally representative survey of providers in Mexico. *PLOS ONE*, 12(3), e0173342.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173342>
- Villalobos, A., Castro, F. de, Rojas, R., & Allen, B. (2017). Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: Uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública de México*, 59(5, sep-oct), Article 5, sep-oct.
<https://doi.org/10.21149/8481>
- Vincent, D., Pasvogel, A., & Barrera, L. (2007). A Feasibility Study of a Culturally Tailored Diabetes Intervention for Mexican Americans. *Biological Research For Nursing*, 9(2), 130–141. <https://doi.org/10.1177/1099800407304980>
- Vogt, C., & Schaefer, M. (2012). Knowledge matters – Impact of two types of information brochure on contraceptive knowledge, attitudes and intentions. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 17(2), 135–143.
<https://doi.org/10.3109/13625187.2011.643837>
- Walsh, J., & Morrissey, E. (2018). Psychological principles and health behaviour change. Applications to eHealth. En *EHealth Research, Theory and Development* (VitalSource Bookshelf 10.0.1, pp. 27–47). Taylor & Francis.
[vbk://9781315385884/epubcfi/6/20%5B%3Bvnd.vst.idref%3DCh02%5D](https://doi.org/10.1080/17445019.2018.1538588)
- Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. (2010). Validity of Measure. En *Measurement in nursing and health research* (3rd.). Springer.
- Weech-Maldonado, R., Carle, A., Weidmer, B., Hurtado, M., Ngo-Metzger, Q., & Hays, R. D. (2012). The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®) Cultural Competence (CC) Item Set. *Medical care*, 50(9 0 2), S22–S31. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318263134b>
- Whitaker, A. K., Quinn, M. T., Martins, S. L., Tomlinson, A. N., Woodhams, E. J., & Gilliam, M. (2015). Motivational interviewing to improve postabortion contraceptive uptake by young women: Development and feasibility of a

counseling intervention. *Contraception*, 92(4), 323–329.

<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.06.015>

- Wilson, A., Nirantharakumar, K., Truchanowicz, E. G., Surenthirakumaran, R., MacArthur, C., & Coomarasamy, A. (2015). Motivational interviews to improve contraceptive use in populations at high risk of unintended pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 191, 72–79.
- <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.05.010>
- World Health Organization. (2019). *Adolescent health* [World Health Organization WHO]. Adolescent Health. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/adolescent-health>
- Wuni, C., Turpin, C. A., & Dassah, E. T. (2018). Determinants of contraceptive use and future contraceptive intentions of women attending child welfare clinics in urban Ghana. *BMC Public Health*, 18(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4641-9>
- Ybarra, M. L., Price-Feeney, M., Prescott, T., Goodenow, C., Saewyc, E., & Rosario, M. (2020). Girl2Girl: How to develop a salient pregnancy prevention program for cisgender sexual minority adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 85(1), 41–58.
- <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.09.006>
- Zabin, L., Stark, H., & Emerson, M. (1991). Reasons for delay in contraceptive clinic utilization: Adolescent Clinic and Nonclinic Populations Compared. *J Adolesc Health*, 12(12), 225–232. [https://doi.org/10.1016/0197-0070\(91\)90015-E](https://doi.org/10.1016/0197-0070(91)90015-E).
- Zapata, L. B., Pazol, K., Dehlendorf, C., Curtis, K. M., Malcolm, N. M., Rosmarin, R. B., & Frederiksen, B. N. (2018). Contraceptive Counseling in Clinical Settings: An Updated Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(5), 677–690. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.07.006>

Apéndices

Apéndice A

Asignación Aleatoria

La aleatorización se calculó en el software Randomizer Research, posterior a introducir

1 sets para 83 números, se calculó la siguiente serie de números.

2, 1, 1, 2, 1, 2, 2, 1, 2, 2, 2, 1, 2, 1, 2, 2, 1, 1, 2, 1, 2, 1, 1, 1, 2, 1, 2, 1, 1, 1, 2, 2, 2,
1, 2, 1, 2, 1, 2, 1, 2, 1, 1, 1, 1, 2, 1, 2, 2, 2, 2, 2, 1, 1, 2, 1, 1, 2, 1, 2, 2, 2, 1, 1, 2, 1, 2,
1, 1, 2, 2, 1, 1, 2, 1, 2, 1, 2, 1, 1

Asignación: Grupo intervención 1 y Grupo control 2

Proceso de asignación aleatoria
Proceso previo: firma de
consentimiento y asentimiento
informado y conclusión del pretest.
1.- De la lista de números, asigna un
número consecutivo a la
participante, posterior elimínalo
2.- De acuerdo con el número
asignado, registra en la bitácora de
reclutamiento a que grupo fue
asignada la adolescente

Responsable
Asistente A

Material
1Pluma azul y 2
lápices, borrador y
zacapuntas.

Apéndice B

Cédula de Datos Personales

I. Instrucciones: Registre la edad, domicilio de la adolescente y escriba el último año o semestre cursado.

1.- ¿Qué edad tiene? _____ 2.- Domicilio: _____

2.- ¿Hasta qué año estudiaste? (Registre el último año cursado)

Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura

Instrucciones: En las preguntas 3,4,5 y 6 marque con una x, en la opción que corresponda de acuerdo a la respuesta de la adolescente.

3. ¿Cuál es tu estado civil?

Soltera Unión libre Casada Divorciada Viuda

4.- ¿A qué te dedicas?

Ama de casa Estudiante Empleada

5.- ¿Qué medio de transporte utilizas para llegar al Hospital?

Carro particular Uber Transporte público Caminando

6.- ¿Cuánto tiempo realizas para trasladarte de tu casa al hospital?

Menos de 15 min 15 min 30 min 45 min 1 hora Más de 1 hora

II. Datos Obstétricos

Instrucciones: marque con una X el número de embarazos que ha tenido la adolescente

1.- ¿Cuántos embarazos has tenido?

1 2 3

Instrucciones: Escriba la respuesta de la adolescente de acuerdo a la pregunta realizada

2.- ¿Cuántas semanas de gestación tienes? _____

3.- ¿Qué enfermedades has presentado durante el embarazo?

4.- ¿Cuál fue el método anticonceptivo utilizado antes de este embarazo?

Apéndice C

Notas Clínicas CAMI-Spa-Clínico

Datos generales							
Folio:	Grupo:	Folio:	Fecha de ingreso:	Fecha de término:	Semanas de gestación Inicio: Término:	FPP:	
Datos de la sesión							
Sesión	Fecha	Hora inicio	Hora termino	Riesgo de un ERR	Riesgo de ITS	Etapas de cambio	Regla de importancia
1era							
2da.							
3era.							
Eventualidades clínicas							
Interrupciones Durante la sesión		Motivos de Incumplimiento		Eventualidades obstétricas ocurridas durante la intervención		Notas de seguimiento	
						Motivo por el que no acepto un MAC	

Nota. las notas seguimiento se refieren a la descripción de fecha y hora de parto, estado de salud del binomio y disponibilidad de MAC en la institución que intervengan en el uso de MAC.

Apéndice D
Escala de Aceptabilidad
(Akinola, 2019)

Instrucciones: Lee con cuidado las siguientes oraciones y marque una X tú opinión acerca de cada una de estas afirmaciones.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, no desacuerdo	De acuerdo	Muy desacuerdo
En general, la consejería anticonceptiva fue agradable					
Recomendaría esta consejería anticonceptiva a un amigo					
La consejería anticonceptiva fue una buena inversión de mi tiempo					
Los materiales de la consejería anticonceptiva fueron interesantes					
Los materiales de la consejería anticonceptiva me proporcionaron información que utilizaré en un futuro					
La consejería me enseñó cosas nuevas sobre los anticonceptivos					

Apéndice E

Prueba Piloto de los Instrumentos

Prevía autorización de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se solicitó autorización a los jefes de enfermeros de dos unidades hospitalarias, con el objetivo de complementar una muestra de $n=30$. Una vez obtenida la autorización, se acudió con la responsable de servicios amigables para verificar que adolescentes gestantes se encontraban dentro de la agenda para asistir a la consulta prenatal del 23 de noviembre al 9 de diciembre del año en curso, encontrando en lista 18 adolescentes, a las cuales se les invitó a participar previó consentimiento y asentimiento informado. Mismo procedimiento se realizó en la segunda unidad, en la cual se ubicaron 15 adolescentes en la base de datos del control de embarazo, a los cuales se les abordó vía telefónica invitándolas a participar en el estudio, 9 de ellas aceptaron participar, el resto de adolescentes no aceptaron, el motivo que comentaron fue temor de contagiarse de COVID-19 y las condiciones inseguras de la ciudad, para complementar la muestra también se acudió al servicio de atención médica continua de este mismo hospital ubicando a tres embarazadas que acudieron a consulta de urgencia.

Las adolescentes se citaron en la unidad de salud en el periodo antes comentados, al ingreso se les brindó cubrebocas y alcohol gel para la higiene de manos, se conservó en todo momento la sana distancia, las mismas precauciones se tomaron para la estudiante.

El tiempo promedio en el cual contestaron los cuestionarios fue de 43.4 min, con un mínimo de 35 min y un máximo de 1 hora 15 min, las adolescentes que invirtieron más tiempo en contestar los 8 instrumentos fueron quienes la escolaridad fue solo primaria, ya que no tenían buena comprensión lectora. Cabe mencionar que a dos de

ellas se les asistió con la lectura de los instrumentos debido a que no sabían leer. Al terminar de contestar los cuestionarios se les regaló artículos para el cuidado del bebé.

A continuación, se muestran los resultados descriptivos y de fiabilidad de instrumentos excepto del instrumento de uso de métodos anticonceptivos utilizado para medir el uso de anticonceptivos, éste no se pudo valorar psicométricamente, debido a que el 100% de las adolescentes, manifestó no utilizar un anticonceptivo, por tanto, la secuencia algorítmica termina sí la paciente responde que no utiliza un anticonceptivo.

Se encuestaron 30 adolescentes gestantes, con una $M= 16.73$, rango entre 14 y 18 años, prevalecieron las edades de 17 y 18 con 26.7% y 36.7% respectivamente. En cuando a las semanas de embarazo presentaron un rango 8 a 40 semanas, predominaron con 10% las adolescentes con 17, 23, 27 y 36 semanas de gestación y el 93.3% reportaron que era su primero embarazo. El resto de las características sociodemográficas se muestran en la Tabla E1. Respecto a la evaluación de las variables se muestran los puntajes obtenidos de cada escala, considerando el sentido negativo o positivo del ítem (Tabla E2).

Tabla E1

Caracterización de las adolescentes embarazadas

<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Complicaciones en el embarazo	Anemia	2.0	6.7
	Amenaza de aborto	3.0	10.0
	Ninguno	25.0	83.3
Uso de anticonceptivos antes del embarazo	Si	1.0	3.3
	No	29.0	96.7
Grado de escolaridad	Primaria	5.0	16.7
	Secundaria	23.0	76.7
	Preparatoria	2.0	6.7
Estado Civil	Sotera	19.0	63.3
	Unión libre	9.0	30.0
	Casada	2.0	6.7
Ocupación	Ama de casa	30.0	100.0
Celular	Propio	28.0	96.0
	Familiar	2.0	4.0

Tabla E2*Estadística descriptiva de los instrumentos*

	Variable	M	DE	Min	Máx
1.	Saber contraceptivo	5.57	4.56	0	18
2.	Disposición contraceptiva	111.43	14.54	56	81
3.	Balance decisional anticonceptivo perinatal	93.17	13.83	63	117
4.	Autoeficacia anticonceptiva perinatal	36.83	15.91	15	75
5.	Procesos de cambio anticonceptivo perinatal	80.3	20.19	29	114
6.	Preparación hacia el uso de anticonceptivo perinatal	17.77	11.21	0	40
7.	Comunicación anticonceptiva perinatal	73.14	17.12	20	98
8.	Uso de anticonceptivo	NA	NA	NA	NA

Nota. n=30; M=Media; DE= Desviación Estándar; Min=Mínimo; Máx.=Máxima

Con respecto a la consistencia interna de los instrumentos, todos obtuvieron un Alpha de moderado a alto, tal como se muestra en la Tabla E3.

Tabla E3*Análisis de fiabilidad de los instrumentos involucrados en la decisión anticonceptiva*

	Instrumento	Variable	α
1.	Evaluación de conocimiento anticonceptivo (Haynes et al. 2017)	Saber contraceptivo	.869
2.	Escala de actitud anticonceptiva (Black, 2011).	Disposición contraceptiva	.725
3.	Balance Decisional (Galavotti et al. 1995)	Balance decisional anticonceptivo perinatal	.732
4.	Escala Autoeficacia (Galavotti et al. 1995).	Autoeficacia anticonceptiva perinatal	.902
5.	Procesos de cambio (Parrish et al. 2016)	Procesos de cambio anticonceptivo perinatal	.927
6.	Uso de métodos anticonceptivos, escala de intención (Manjarres- Posada et al. 2021)	Preparación hacia el uso anticonceptivo perinatal	.771
7.	Uso de métodos anticonceptivos (Manjarres- Posada et al. 2021)	Uso de anticonceptivo perinatal	NA

Nota. α = Alpha de Cronbach

Apéndice F

Autorización Validación del Instrumento CAHPS



GTO
Secretaría de Salud



Norma Mexicana en Jurisdicción Sanitaria III

Coordinación Enseñanza
Programa: Investigación
TEL: 461 6140721 Ext 113

FECHA: 3/Enero/2022
ASUNTO: Revisión Protocolo
FOLIO:

000565

MCE. Clara Teresita Morales Álvarez
Doctorado en Ciencias de Enfermería
UA Nuevo León

Por este conducto me es grato informarle que se ha aprobado la implementación del Instrumento "Evaluación del consumidor a proveedores y sistemas de atención médica (CAHPS)", el cual forma parte del trabajo de investigación doctoral "Factibilidad de la entrevista motivacional en la decisión anticonceptiva de adolescentes en etapa perinatal" en la Jurisdicción Sanitaria III.

Así mismo le comunicamos que es importante que este documento lo presente a la unidad donde va a realizar su estudio, lo que le permitirá tener acceso a toda la información que usted requiera para llevarlo a cabo de manera adecuada, solicitando que respete horarios y lineamientos de la unidad, así mismo que la utilización de los datos sea manipulada de forma ética y reservada tanto al interior de la unidad como al exterior.

Agradecemos de antemano la atención prestada ante este comité.

Atentamente
"Guanajuato, Grandeza de México"
Jefa de la Jurisdicción Sanitaria III



Dra. Ligia Gricelda Arce Padilla

RECEPCIÓN

Sanitarios III

Gto. Gto.

JURISDICCIÓN SANITARIA III
Dr. Rafael Lucio No. 96 Col. Los Ángeles I Celaya, Gto. México I C.P. 38040 I Tel. y Fax 01 (461) 614 07 21 y 614 19 61
f t i s salud.guanajuato.gob.mx

Apéndice G

Resultados de la Validación del Instrumento Comunicación Anticonceptiva Perinatal

La validación del instrumento se realizó en cinco etapas, en la primera fase se obtuvo la autorización del autor original para realizar la adaptación del instrumento al contexto de comunicación anticonceptiva dirigida a embarazadas adolescentes mexicanas. El autor original Weech-Maldonado(2012), brindó el instrumento Cultural Competency's Domains, Survey Items, and Response Scales (CAHPS) en versión español, así como una batería de 32 ítems relacionados con la comunicación entre el proveedor de salud y el usuario utilizados en el trabajo de campo de la versión original.

La segunda fase se seleccionó 4 de 8 dominios con 16 ítems relacionados con los conceptos atención centrada en el paciente; I) Comunicación con el médico: Comportamiento positivo, ítems (1, 2, 3, 4,5), II) Comunicación con el médico: Comportamiento negativo (6, 7, 8), III) Comunicación con el médico: Promoción de la salud (11), V) Toma de decisión compartida (15 y 16), VII) Confianza (19, 20, 21, 22, 23). Se excluyeron los dominios e ítems de los dominios: IV) Comunicación con el médico: medicina alternativa, VI) Trato equitativo, VIII) Acceso a los servicios de interpretación y 3 ítems del dominio III debido a que tienen mayor dirección a la temática competencia cultural y a que en el contexto de aplicación no se requiere acceso a servicios de interpretación. Posterior, de la batería extra se incluyeron ocho ítems compaginadas con la literatura científica. Por lo tanto, el instrumento quedo conformado de 24 ítems con cuatro escalas diferentes como opciones de respuesta de acuerdo a la versión original (Tabla G1)

Tabla G1.

Análisis de las cargas factoriales rotadas del instrumento comunicación anticonceptivas para adolescentes

Ítems	Factores			
	Comunicación			Confianza
	Empática	Negativa	Positiva	
1. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud te explicó los métodos anticonceptivos de una manera fácil de entender?	,583			
2. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud te escuchó con atención en el momento que hablaron de los métodos anticonceptivos?	,582			
3. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud pasó suficiente tiempo contigo para hablar respecto a los métodos anticonceptivos?	,680			
4. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud te interrumpió cuando estabas hablando de los métodos anticonceptivos?		,500		
5. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud hablaba demasiado rápido cuando conversaba contigo respecto a los métodos anticonceptivos?		,620		
6. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud usó palabras médicas que tú no entendías, cuando habló contigo sobre los métodos anticonceptivos?		,671		
7. ¿Con qué frecuencia fue difícil de entender alguna de las explicaciones del proveedor de salud sobre los métodos anticonceptivos debido al acento o a la forma en que hablaba?		,472		
8. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud mostró interés en tus dudas e inquietudes sobre los métodos anticonceptivos?			,571	
9. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud demostró respeto por lo que tú tenías que decir con respecto a los métodos anticonceptivos?			,677	
10. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud contestó todas tus dudas sobre los métodos anticonceptivos de manera satisfactoria?			,734	

(Continúa)

Tabla G1.

Análisis de las cargas factoriales rotadas del instrumento comunicación anticonceptivas para adolescentes (Continuación).

Ítems	Factores				
	Comunicación			Confianza	Decisión compartida
	Empática	Negativa	Positiva		
12. ¿Con que frecuencia el proveedor de salud te comentó que había más de una opción de métodos anticonceptivos?			,772		
13. ¿El proveedor de salud te habló acerca de las ventajas y desventajas de cada método anticonceptivo?			,723		
14. Cuando había más de una opción sobre métodos anticonceptivos ¿Con que frecuencia el proveedor de salud te preguntó que opción creías que te convenía más?			,693		
15. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud te preguntó tu opinión sobre tus opciones de métodos anticonceptivos?			,618		
16. ¿Con que frecuencia confiaste en la consejería de métodos anticonceptivos que te brindó el proveedor de salud con respecto a los anticonceptivos que puedes usar?			,702		
17. ¿Con que frecuencia sientes que el proveedor de salud siempre te decía la verdad sobre los métodos anticonceptivos, aún si son malas noticias?			,809		
18. ¿Con que frecuencia sentiste que el proveedor de salud se preocupa por tu salud reproductiva tanto como tú?			,833		
19. ¿Con que frecuencia sentiste que el proveedor de salud realmente le importabas como persona?			,837		
20. *¿Con qué frecuencia prefieres dejar en manos del proveedor de salud las decisiones sobre usar un método anticonceptivo?				,429	
21. ¿Con qué frecuencia sientes que le pudiste decir cualquier cosa al proveedor de salud sobre los métodos anticonceptivos incluso cosas que quizás no le diría a nadie más?				,707	
22. ¿Con que frecuencia hablaste con el proveedor de salud sobre tus dudas de los métodos anticonceptivos?					,491

(Continúa)

Tabla G1.

Análisis de las cargas factoriales rotadas del instrumento comunicación anticonceptivas para adolescentes (continuación).

Ítems	Factores				
	Comunicación			Confianza	Decisión compartida
	Empática	Negativa	Positiva		
23. ¿Con que frecuencia hablaron tú y el proveedor de salud sobre las cosas de tu vida sexual que te preocupaban o te causaban estrés?					.416
24. ¿El proveedor de salud usó un tono o trato, burlón o grosero cuando tu hablabas sobre los métodos anticonceptivos?					0

Con respecto a la tercer fase se empleó la metodología de validez de contenido por cuatro expertos, los cuales evaluaron cada ítem en una ponderación de 0= no relacionado a 4 extremadamente relacionado y se utilizó el coeficiente de Alfa para establecer el índice de Validez de Contenido (IVC) (Waltz et al., 2010).

En la cuarta fase, el instrumento fue adaptado al lenguaje cognitivo de las adolescentes a través de dos grupos focales (Chavez & Canino, 2005) conformado por 6 adolescentes embarazadas de 13 a 19 años cada uno, asistentes de la consulta prenatal en dos unidades médicas de atención primaria a la salud, se les entregó el instrumento impreso y lápiz, cada una dio lectura en silencio al instrumento a su vez que la investigadora leía en voz alta cada ítem, en el caso de que no fuera comprensible la pregunta y opción de respuesta, se les explicó el ítem y se solicitó que reescribieran las preguntas de forma comprensible para ellas, al final se dio lectura al total del instrumento ya con las correcciones para consensar su aprobación en el grupo y

vigilando que no cambiara el propósito de la pregunta (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013).

Para el análisis psicométrico se realizó un estudio descriptivo, correlacional con muestreo por disponibilidad en una $n=200$ adolescentes embarazadas (Arafat et al., 2016) que cumplieron con los criterios de inclusión antes mencionados y que asistían a control prenatal en 10 clínicas de primer nivel y 1 hospital de segundo nivel de atención pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria III del Estado de Guanajuato, México.

Se utilizó estadística descriptiva para los aspectos sociodemográficos, Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors para la normalidad de los datos y para evaluar la consistencia interna se realizó Análisis Factorial Exploratorio (AFE), con rotación Varimax a cargas de .40, criterio Kaiser Meyer Olkin (KMO) con extracción de factorización de eje principal y Alfa de Cronbach.

Posterior a la evaluación de los jueces el IVC fue de 0.92. La adaptación del cuestionario fue de 24 ítems, 5 ítems redactados en sentido negativo (4-7) y 19 en sentido positivo cada uno con opción de respuesta en escala Likert de 6 puntos (1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. A veces, 4, la mayoría de las veces, 5. Casi siempre, 6. Siempre), en los ítems en la prueba de Kolmogorov- Smirnov resultó en $D= 0.13$, $gl=200$, $p=0.000$. En cuanto al AFE, el resultado de $KMO = 0.917$ indicando que el tamaño de la muestra es aceptable para el estudio, la prueba de esfericidad de Bartlett $X^2= 3289.97$, $p=0.000$ comprobando una correlación positiva entre los ítems. De los 24 ítems analizados se extrajeron 5 factores, el ítem 24 fue eliminado debido a que no se correlacionó con el resto de ítems La varianza explicada acumulada fue de 59.2%, (Tabla G2).

Tabla G2

Valores propios y varianza explicada a través de cargas factoriales del instrumento comunicación anticonceptiva en adolescentes

Factores	Varianza propia (%)	Varianza acumulada (%)
Comunicación empática	44.3	44.3
Comunicación negativa	5.9	50.2
Comunicación positiva	3.5	53.7
Confianza	2.8	56.6
Decisión compartida	2.6	59.2

Nota. n=200

La confiabilidad del cuestionario CAHPS adaptado para la evaluación de la comunicación anticonceptiva en adolescentes con 23 ítems resultó con un alfa de .941 y alfas por factor aceptables (Grove et al., 2019) (Tabla F3).

Tabla G3

Confiabilidad por factor del instrumento comunicación anticonceptiva para adolescentes

Factor	Alfa de Cronbach
Comunicación empática	.887
Comunicación negativa	.622
Comunicación positiva	.955
Confianza	.805
Decisión compartida	.607

Apéndice H

Escala Actitud Anticonceptiva

(Black, 2011)

A continuación, se presentan varias afirmaciones sobre el uso de anticonceptivos (planificación familiar). Estamos interesados en saber su opinión acerca de cada afirmación. Usando la escala a continuación, indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada una. Tenga en cuenta que no hay respuestas correctas o incorrectas. También recuerde que estamos interesados en su opinión.

Por tanto, queremos saber cómo se siente con respecto a estas afirmaciones y no cómo cree que sus familiares o amigos puedan sentirse con respecto a estas afirmaciones.

Marque una X su opinión acerca de cada una de estas afirmaciones.

Afirmaciones	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Creo que está mal usar anticonceptivos.	1	2	3	4	5
2. Los anticonceptivos reducen el deseo sexual.	1	2	3	4	5
3. Usar anticonceptivos es mucho más deseable que abortar.	1	2	3	4	5
4. Los hombres que usan anticonceptivos parecen menos masculinos que los hombres que no los usan.	1	2	3	4	5
5. Animo a mis amigos a usar anticonceptivos.	1	2	3	4	5
6. No me involucraría sexualmente con una persona que no aceptó la responsabilidad anticonceptiva.	1	2	3	4	5
7. Los adolescentes no deben necesitar el permiso de sus padres para obtener anticonceptivos.	1	2	3	4	5
8. Los anticonceptivos no son realmente necesarios a menos que una pareja haya tenido relaciones sexuales más de una vez.	1	2	3	4	5
9. Los anticonceptivos hacen que el sexo parezca menos romántico.	1	2	3	4	5
10. Las mujeres que usan anticonceptivos son promiscuas.	1	2	3	4	5
11. No tendría relaciones sexuales si no hubiera un método anticonceptivo disponible.	1	2	3	4	5
12. No creo que los anticonceptivos realmente prevengan el embarazo.	1	2	3	4	5
13. El uso de anticonceptivos es una forma de demostrar que te preocupas por tu pareja.	1	2	3	4	5
14. No hablo de anticoncepción con mis amigos.	1	2	3	4	5
15. Me sentiría avergonzado al discutir la anticoncepción con mis amigos.	1	2	3	4	5

Afirmaciones	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
16. Uno debe usar anticonceptivos sin importar cuánto tiempo haya conocido a su pareja sexual.	1	2	3	4	5
17. Los anticonceptivos son difíciles de obtener.	1	2	3	4	5
18. Los anticonceptivos pueden hacer que el coito parezca más placentero.	1	2	3	4	5
19. Creo que la anticoncepción es responsabilidad exclusiva de mi pareja.	1	2	3	4	5
20. Me siento más relajado durante el coito si se usa un método anticonceptivo.	1	2	3	4	5
21. Prefiero usar anticonceptivos durante las relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
22. En el futuro, planeo usar anticonceptivos cada vez que tenga relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
23. Practicaría la anticoncepción incluso si mi pareja no quisiera que lo hiciera.	1	2	3	4	5
24. No es problema usar anticonceptivos.	1	2	3	4	5
25. El uso de anticonceptivos hace que una relación parezca demasiado permanente.	1	2	3	4	5
26. El sexo no es divertido si se usa un anticonceptivo.	1	2	3	4	5
27. Vale la pena usar anticonceptivos, incluso si el costo monetario es alto.	1	2	3	4	5
28. Los anticonceptivos fomentan la promiscuidad.	1	2	3	4	5
29. Las parejas deben hablar sobre la anticoncepción antes de tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
30. Si yo o mi pareja experimentamos efectos secundarios negativos de un método anticonceptivo, usaríamos un método diferente.	1	2	3	4	5
31. Los anticonceptivos hacen que el coito parezca demasiado planeado.	1	2	3	4	5
32. Me siento mejor conmigo cuando uso anticonceptivos.	1	2	3	4	5

Apéndice I

Evaluación de Conocimientos Anticonceptivos (Haynes et al. 2017)

Instrucciones: A continuación, lee cada una de las siguientes preguntas y selecciona con un círculo, solo UNA respuesta a cada pregunta.

1. ¿Durante el ciclo menstrual, cuando es más probable que quedes embarazada?
 - a. Durante su periodo (inicio de ciclo).
 - b. Tres días después de que finalice su periodo
 - c. Dos semanas antes de que comience su próximo período
 - d. Tres días antes de que termine su periodo (fin del ciclo)
 - e. No lo sé.
2. ¿Cuánto tiempo pueden durar vivos los espermias en el cuerpo de una mujer?
 - a. 1–3 horas
 - b. 24 horas
 - c. 3-5 días
 - d. 7-10 días
 - e. No lo sé
3. ¿Cuál de las siguientes opciones es VERDADERA sobre el embarazo?
 - a. No puedes quedar embarazada la primera vez que tienes relaciones sexuales.
 - b. No puedes quedar embarazada si tienes relaciones sexuales de pie
 - c. No puedes quedar embarazada si no tienes un orgasmo
 - d. Ninguna de las anteriores es cierta
 - e. No lo sé
4. ¿Cuál de las siguientes opciones es VERDADERA sobre el coito interrumpido ("sacar el pene") antes de la eyaculación?
 - a. El semen puede salir antes de la eyaculación
 - b. Sacar el pene funciona tan bien como los condones para prevenir el embarazo
 - c. Sacar el pene puede proteger contra algunas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
 - d. Sacar el pene funciona tan bien como la pastilla para prevenir el embarazo
 - e. No lo sé
5. ¿Qué método anticonceptivo garantiza que no quedará embarazada?
 - a. Ninguno
 - b. Usar un condón cada vez que tengas relaciones sexuales.
 - c. Lavarse o bañarse inmediatamente después de tener relaciones sexuales
 - d. "Sacar el pene" antes de la eyaculación
 - e. No lo sé
6. ¿Cuál es el único método anticonceptivo que ayuda a prevenir infecciones?
 - a. La pastilla anticonceptiva
 - b. Condones masculinos y femeninos
 - c. La inyección
 - d. El DIU (dispositivo intrauterino, la "T")
 - e. No lo sé
7. Todo lo siguiente es VERDADERO sobre el uso de condones masculinos EXCEPTO:

- a. Debe utilizar lubricantes a base de agua con espermicida
 - b. Use dos condones para estar más seguro.
 - c. Evite las burbujas de aire sujetando la punta del condón cuando se lo ponga
 - d. Verifique la fecha de vencimiento y manténgalos en un ambiente fresco y seco (es decir, no en una cartera o en un carro)
 - e. No lo sé
8. ¿En cuál de las siguientes formas, vienen los métodos anticonceptivos hormonales?
- a. En pastillas
 - b. En parche
 - c. En anillo vaginal
 - d. Todas las anteriores
 - e. No lo sé
9. ¿Cuál No es un beneficio del uso de los métodos anticonceptivos hormonales?
- a. Mejora de la diabetes.
 - b. Mejora del acné.
 - c. Reducción de los calambres menstruales y problemas de sangrado como la anemia
 - d. Disminución del riesgo de cáncer de ovario y matriz
 - e. No lo sé
10. ¿Cuánto tiempo debe permanecer en su lugar el anillo vaginal (NuvaRing) antes de cambiarlo
- a. Un día
 - b. Una semana
 - c. Tres semanas
 - d. Un mes
 - e. No lo sé
11. ¿Cuál de las siguientes opciones puede hacer que los métodos anticonceptivos no funcionen bien?
- a. Medicamentos para las convulsiones (epilepsia)
 - b. Medicina contra el VIH
 - c. Suplementos de hierbas
 - d. Todas las anteriores
 - e. No lo sé
12. ¿Cómo funcionan las pastillas anticonceptivas?
- a. Evitan la ovulación
 - b. Evita que el espermatozoide entre en el útero
 - c. Evita que el óvulo fertilizado se implante en el útero
 - d. Evita que el embrión (feto) siga creciendo
 - e. No lo sé
13. ¿Cuáles de los siguientes ingredientes pueden tener las pastillas anticonceptivas
- a. Testosterona
 - b. Estrógeno
 - c. Magnesio
 - d. Calcio
 - e. No lo sé

14. En cuál de las siguientes situaciones NO debe usar la pastilla anticonceptiva:
- a. Tumores en la matriz
 - b. Beber alcohol
 - c. Sí actualmente tomo antibióticos.
 - d. Ninguna: es seguro usar la pastilla anticonceptiva en todas estas situaciones
 - e. No lo sé
15. ¿Cuánto tiempo después de que una mujer deja de usar métodos anticonceptivos puede quedar embarazada?
- a. Inmediatamente
 - b. Un mes
 - c. 3 meses
 - d. 6 meses
 - e. No lo sé
16. Si olvida tomar una pastilla anticonceptiva y recuerda al día siguiente, ¿qué debe hacer?
- a. Tirar la pastilla olvidada y seguir la toma al día siguiente desde donde la dejó
 - b. Tomar el resto de las pastillas de la semana a la vez y luego comenzar la semana de descanso
 - c. Tomar las dos pastillas y luego continuar la toma normal
 - d. Tirar la pastilla olvidada y esperar un mes para comenzar un nuevo paquete
 - e. No lo sé
17. ¿Cuál de las siguientes opciones es FALSA sobre “la inyección”?
- a. Se administra cada tres meses.
 - b. Puede subir de peso
 - c. Puede tomar algunos meses quedarse embarazada después de dejarla.
 - d. No se puede utilizar durante la lactancia.
18. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos se puede devolver si decide quedar embarazada?
- a. Ligadura de Trompas (“cortar las trompas”)
 - b. Espiral Essure
 - c. Vasectomía
 - d. DIU (dispositivo intrauterino)
 - e. No lo sé
19. ¿Qué método anticonceptivo no es fácilmente visto por una pareja?
- a. El DIU (dispositivo intrauterino)
 - b. El anillo vaginal
 - c. Condón masculino
 - d. Condón femenino
 - e. No lo sé
20. ¿En qué parte del cuerpo, el médico coloca el DIU (dispositivo intrauterino)?
- a. Trompa de Falopio

- b. Útero
 - c. Cérvix
 - d. Vagina
 - e. No lo sé
21. ¿Qué método anticonceptivo es el mejor para prevenir el embarazo?
- a. El DIU (dispositivo intrauterino)
 - b. La inyección (“Depo-provera”)
 - c. Condón masculino
 - d. Coito interrumpido (“sacar el pene”)
 - e. Todos son igualmente efectivos.
 - f. No lo sé
22. ¿Qué opción es FALSA sobre los DIU (dispositivos intrauterinos)?
- a. Mujeres de todas las edades pueden tener el DIU.
 - b. Las mujeres que nunca han tenido un bebé pueden tener el DIU
 - c. A las mujeres se les puede colocar el DIU justo después de tener un bebé o abortar
 - d. Las mujeres no pueden obtener el DIU si alguna vez han tenido una Infección de transmisión sexual
 - e. No lo sé
23. ¿En qué parte del cuerpo, el médico coloca el implante anticonceptivo (Nexplanon)?
- a. Muslo
 - b. Vagina
 - c. Brazo
 - d. Nalga o glúteos
 - e. No lo sé
24. ¿Qué tan pronto después de la relación sexual debe usarse la “pastilla del día siguiente” para ser efectiva?
- a. 1 hora
 - b. 24 horas
 - c. 5 días
 - d. 20 días
 - e. No lo sé
25. ¿Cómo puede obtener la pastilla del día siguiente? (o “la pastilla del día siguiente”)?
- a. Si es menor de 18 años, no puede obtenerlo, incluso con una receta
 - b. Si es menor de 18 años, debe hacer que sus padres lo acompañen al médico para obtener una receta
 - c. Todas las mujeres deben tener una receta, sin importar su edad
 - d. Puede comprarlo en la farmacia, sin receta, sin importar la edad
 - e. No lo sé

Apéndice J

Instrumento para Evaluar el Uso de Anticonceptivos

(Manjarres et al., 2021)

Instrucciones: Responde de la manera más sincera posible.

Marca con una X la respuesta más acorde a tu situación

Sigue las indicaciones dentro del paréntesis de tu respuesta y pasa a la pregunta que se indica.

*Tus respuestas son CONFIDENCIALES

Sección I. Uso actual de Anticonceptivos (UA)

1. ¿Actualmente usas un método anticonceptivo?

☐ Sí. (Pasar a la **pregunta 2**) ☐ No. (Pasar a la **pregunta 11**) (Escala intención de uso de MAC).

2. ¿Qué método anticonceptivo usas actualmente? Si usas más de un método anticonceptivo, selecciona el método principal que usas.

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | 1. Pastillas anticonceptivas (Pasar a la pregunta 3) |
| ☐ | 2. Inyección (Pasar a la pregunta 4) |
| ☐ | 3. Anillo vaginal (Pasar a la pregunta 5) |
| ☐ | 4. Parche (Pasar a la pregunta 5) |
| ☐ | 5. Implante hormonal (Implanon) (Pasar a la pregunta 8) |
| ☐ | 6. DIU (dispositivo intrauterino) (Pasar a la pregunta 8) |
| ☐ | 7. Condón masculino únicamente (Pasar a la pregunta 6) |
| ☐ | 8. La pastilla del día siguiente (Pasar a la pregunta 7) |
| ☐ | 9. Otro |

2.1 ¿Cuál? _____ (Pasar a la **pregunta 9**)

3. ¿En el último mes, con qué frecuencia has dejado de tomar la pastilla anticonceptiva?

☐ 1. Nunca ☒ 2. Una vez ☐ 3. Tres o más veces en el mes (Sin importar la opción elegida, pasar a la pregunta 8).

4.- ¿En los últimos seis meses, con qué frecuencia has olvidado la dosis de la inyección?

☐ 1. Nunca ☒ 2. Una vez ☐ 3. Tres o más veces en el mes (Sin importar la opción elegida, pasar a la pregunta 8).

5.- ¿En el último mes, con qué frecuencia has dejado de usar el anillo vaginal/parche?

☐ 1. Nunca ☒ 2. Una vez ☐ 3. Tres o más veces en el mes (Sin importar la opción elegida, pasar a la pregunta 8).

6.- ¿Cuándo tiene relaciones sexuales, ¿Con qué frecuencia usas el condón masculino?

☐ 1. Nunca ☐ 2. Casi nunca ☐ 3. A veces ☐ 4. Casi siempre. ☐ 5. Siempre
(Sin importar la opción elegida, pasar a la pregunta 8).

7. ¿Con qué frecuencia usas la pastilla del día siguiente?

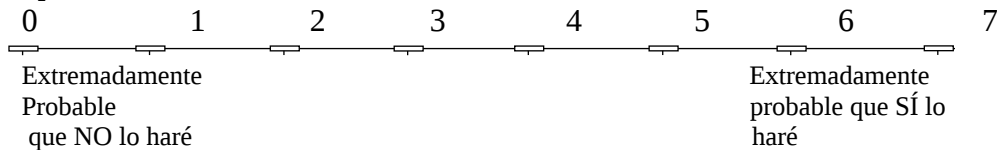
- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Casi nunca ☐ 3. A veces ☐ 4. Casi siempre. ☐ 5. Siempre
- (Sin importar la opción elegida, pasar a la pregunta 9)

8. ¿Cuánto tiempo llevas usando este método anticonceptivo? Especifica en número de días, meses o años _____ (Pasar a la pregunta 9).

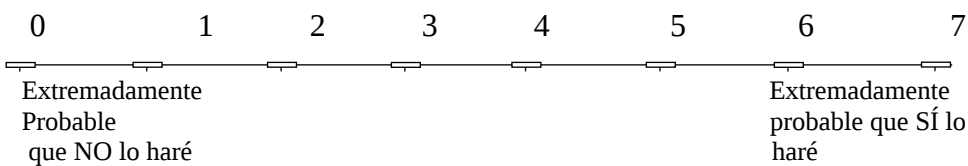
Instrucciones: Responde a las siguientes preguntas de acuerdo con una escala de 0 a 7 puntos, donde: 0= Extremadamente probable que NO lo haré y 7= Extremadamente probable que SI lo haré

Marca con un X la opción más cercana a tu respuesta

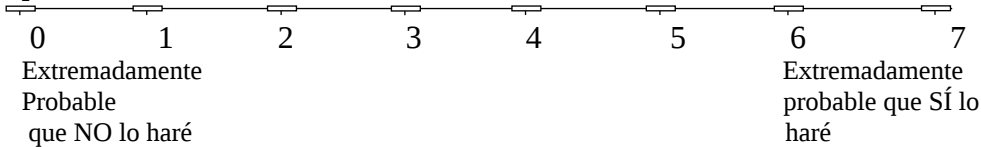
9. ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar un método anticonceptivo en los próximos 30 días?



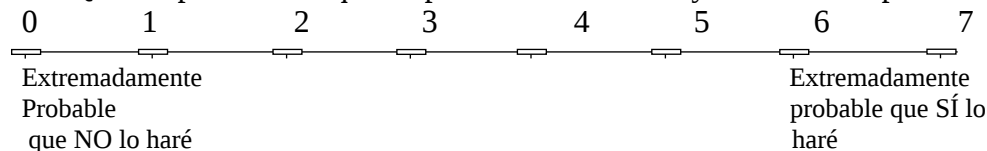
10. Qué tan probable es que empieces a utilizar pastillas anticonceptivas en los próximos 30 días?



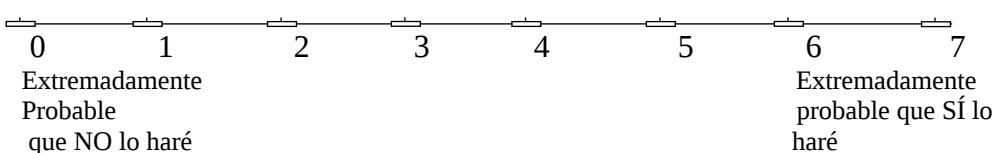
11. Qué tan probable es que empieces a utilizar el parche o anillo vaginal en los próximos 30 días?



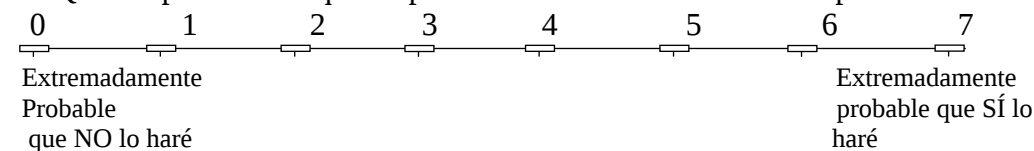
12. Qué tan probable es que empieces a utilizar la inyección en los próximos 30 días?



13. Qué tan probable es que empieces a utilizar el DIU o implante en los próximos 30 días?



7. Qué tan probable es que empieces a utilizar el condón en los próximos 30 días?



Apéndice K

Cuestionario de Procesos de Cambio: Contracepción (Parrish, et al., 2016)

Instrucciones: Cada afirmación describe una situación o pensamiento que puede usar en el momento presente para ayudarlo a usar métodos anticonceptivos cuando tiene relaciones sexuales vaginales.

Hay cinco posibles respuestas a cada una de las afirmaciones en el cuestionario:

1. Nunca 2. Raramente. 3. Ocasionalmente 4. Frecuente 5. repetidamente

Afirmaciones	Nunca	Rara	Ocasionalmente	Frecuente	Repetidamente
1. Pienso en cosas que he escuchado sobre métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5
2. Me prometo a mí misma usar un método anticonceptivo cuando no quiero quedar embarazada.	1	2	3	4	5
3. Me molesto cuando pienso en embarazarme cuando no quiero.	1	2	3	4	5
4. Me detengo a pensar que cada bebé merece nacer en las mejores situaciones.	1	2	3	4	5
5. Si me arriesgo a embarazarme accidentalmente, me sentiría mal conmigo mismo.	1	2	3	4	5
6. Soy consciente de que cada vez más mujeres usan anticonceptivos.	1	2	3	4	5
7. Una de las ventajas de usar métodos anticonceptivos es que no tengo que preocuparme por quedarme embarazada.	1	2	3	4	5
8. Cuando me siento tentada a no usar métodos anticonceptivos, me uso de todos modos porque sé que después me sentiré bien conmigo misma.	1	2	3	4	5
9. Tengo al menos una persona con la que puedo hablar sobre el uso de anticonceptivos y mis sentimientos al respecto	1	2	3	4	5
10. Cuando estoy tentado a tener relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo, pienso en lo que podría suceder y hago otra cosa.	1	2	3	4	5

Afirmaciones	Nunca	Rara	Ocasionalmente	Frecuente	Repetidamente
11. Cuando encuentro información sobre los métodos anticonceptivos, le prestó atención.	1	2	3	4	5
12. Me digo a mí misma que puedo usar los métodos anticonceptivos con eficacia todo el tiempo.	1	2	3	4	5
13. Aunque me haría sentir bien estar embarazada, use un método anticonceptivo hasta que esté lista para estarembrazada.	1	2	3	4	5
14. Creo que la sociedad estaría mejor si más mujeres usaran los métodos anticonceptivos cuando no quisieran estar embarazadas.	1	2	3	4	5
15. Me siento una persona responsable cuando uso un método anticonceptivo.	1	2	3	4	5
16. Encuentro que es cada vez más aceptable socialmente que las mujeres se protejan y se embaracen accidentalmente.	1	2	3	4	5
17. Las parejas sexuales que realmente me importan aprueban mi uso de anticonceptivos a menos que estemos planeado tener un bebé	1	2	3	4	5
18. Tengo maneras de recordarme a mí mismo que debo usar mi método anticonceptivo.	1	2	3	4	5
19. Hay personas en mi vida que me alientan a no quedar embarazada hasta que sienta que estoy lista	1	2	3	4	5
20. Cuando no tengo métodos anticonceptivos, tengo relaciones sexuales que no me dejan embarazada.	1	2	3	4	5
21. Escucho lo que los profesionales de la salud tienen que decir sobre los métodos anticonceptivos.	1	2	3	4	5
22. Creo que el mundo sería un lugar mejor si no nacieran bebés de madres que no quisieran estar embarazadas.	1	2	3	4	5
23. Traer un bebé al mundo solo cuando realmente estoy listo para amarla y cuidarla (o él) me hace sentir bien conmigo mismo.	1	2	3	4	5
24. Creo que las mujeres están pensando más en evitar el embarazo hasta que estén realmente listas para tener un bebé.	1	2	3	4	5
25. Evito posibles parejas que podrían presionarme para tener relaciones sexuales cuando no estoy usando un método anticonceptivo.	1	2	3	4	5

Apéndice L

Balance Decisional para el Uso de Anticonceptivos (Galavotti, et al., 1995)

Instrucciones: Cada afirmación describe una ventaja o desventaja con respecto al uso de métodos anticonceptivos en general y al uso del condón con su pareja principal y otros compañeros. Usted evaluará el nivel de importancia que otorga a cada una de las afirmaciones en una escala de 0 a 5 puntos, donde:

1 = No importante 5 = Extremadamente importante

Lea cada afirmación y marque con un círculo el número a la derecha que mejor describa el nivel de importancia que usted le da a las ventajas y desventaja de usar métodos anticonceptivos.

Ítems	1	2	3	4	5
“Si uso anticonceptivos...”					
1. Estaría a salvo del embarazo.	1	2	3	4	5
2. Me sentiría más responsable.	1	2	3	4	5
3. No tendría que lidiar con los resultados de un embarazo.	1	2	3	4	5
4. Yo sería libre de tener relaciones sexuales sin tener que preocuparme por quedar embarazada	1	2	3	4	5
5. Mi pareja no tendría que preocuparse por mi embarazo.	1	2	3	4	5
6. Los métodos anticonceptivos pueden hacer que el sexo se sienta poco natural.	1	2	3	4	5
7. Sería demasiado problema.	1	2	3	4	5
8. Costaría demasiado	1	2	3	4	5
9. Está en contra de mis creencias.	1	2	3	4	5
10. El sexo sería menos emocionante.	1	2	3	4	5
“Si uso el condón con mi pareja principal...”					
1. Estaría más protegida de la enfermedad.	1	2	3	4	5
2. Me sentiría más responsable.	1	2	3	4	5
3. Protege a mi pareja, así como a mí misma.	1	2	3	4	5
4. Estaría a salvo del embarazo.	1	2	3	4	5
5. Esta fácilmente disponible.	1	2	3	4	5
6. Hace que el sexo se sienta antinatural.	1	2	3	4	5
7. Sería demasiado problema.	1	2	3	4	5
8. Mi compañero estaría enojado.	1	2	3	4	5
9. Tendría que confiar en la cooperación de mi pareja.	1	2	3	4	5
10. Mi compañero pensaría que no confío en él.	1	2	3	4	5
“Si uso el condón con otras parejas...”					
1. Estaría más protegida de la enfermedad.	1	2	3	4	5
2. Me sentiría más responsable.	1	2	3	4	5
3. Protege a mi pareja, así como a mí misma.	1	2	3	4	5
4. Estaría a salvo del embarazo.	1	2	3	4	5
5. Esta fácilmente disponible.	1	2	3	4	5

6. Hace que el sexo se sienta antinatural.	1	2	3	4	5
7. Sería demasiado problema.	1	2	3	4	5
8. Mi pareja estaría molesta.	1	2	3	4	5
9. Mi compañero pensaría que yo "juego".	1	2	3	4	5
10. Tendría que confiar en la cooperación de mi pareja.	1	2	3	4	5

Apéndice M

Escala de Autoeficacia Anticonceptiva Perinatal (Galavotti, et al., 1995)

Instrucciones: Cada información describe que tan confiada se siente con respecto al uso de método anticonceptivos en general y al uso del condón con su pareja principal y otros compañeros. Usted evaluará el nivel de confianza que otorga a cada una de las afirmaciones en una escala de 2 a 5, dónde:

1 = Nada segura

5 = extremadamente segura

Lea cada afirmación y marque con un círculo el número a la derecha que mejor describa el grado de confianza que usted le da al uso de métodos anticonceptivos en general y del condón.

Ítems	1	2	3	4	5
"Qué tan segura estás de que usarías un método anticonceptivo..."					
1. Cuando un método anticonceptivo no está a la mano.					
2. Cuando ha estado consumiendo alcohol u otras drogas.					
3. Cuando tu pareja se enoja por ello.					
4. Cuando sientas los efectos secundarios.					
5. Cuando es demasiado problema.					
"¿Cuánta confianza tienes de que usarías condón con tu pareja principal...?"					
1. Cuando has estado consumiendo alcohol u otras drogas.					
2. Cuando estás excitado sexualmente.					
3. Cuando crees que tu pareja podría enojarse.					
4. Cuando ya está utilizando otro método anticonceptivo.					
5. Cuando quieres que tu pareja sepa que estás comprometido con tu relación.					
"¿Cuánta confianza tienes de que usarías condón con otros compañeros?"					
1. Cuando piensas que el riesgo de enfermedad es bajo.					
2. Cuando has estado consumiendo alcohol o drogas.					
3. Cuando estás excitada sexualmente.					
4. Cuando crees que tu pareja podría enfadarse.					
5. Cuando ya estás utilizando otro método anticonceptivo.					

Apéndice Ñ

Valoración del Riesgo CAMI

La Intervención Motivacional Asistida por Computador en español (CAMI SPA por sus siglas en español) ofrece un conjunto personalizado de preguntas basadas en el estado de embarazo de la participante. La siguiente es una lista de todas las preguntas potenciales que el programa puede pedirle a las participantes que respondan. Tenga en cuenta que las participantes no necesariamente responden a todas las preguntas porque el programa elige las preguntas más relevantes según las respuestas de cada participante. Los consejeros de CAMI SPA pueden elegir referirse a estas preguntas para obtener más información o para generar más discusiones.

A. Preguntas para las participantes embarazadas

1. ¿Estas embarazada ahora?

a.-Sí

b.-No

c.-No sé

2. Por favor seleccione la opción correcta para usted.

a.-Estoy embarazada y planeo tener al bebé.

b.-Estoy embarazada y planeando para abortar.

c.-Creo que podría estar embarazada pero no estoy segura

d.-Acabo de tener un aborto espontáneo.

e.-Estoy embarazada y no sé qué hacer.

3. En el último mes (30 días), ¿cuántas veces has tenido sexo?

Escriba su respuesta aquí_____

4. En el último mes (30 días), ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS)? Entendiendo “sin protección contra ITS” las veces que tuviste sexo sin usar condón con el papá de tu bebé, tu novio estable o con otro muchacho.

¿Cuántas veces en el último mes?:_____

5. En los últimos tres meses, ¿con qué parejas has tenido sexo? (Selecciona una) No he tenido sexo en los últimos 3 meses.

a.- No he tenido sexo en los últimos tres meses.

b.- He tenido sexo solamente he tenido sexo con el papa de mi bebé.

c.- He tenido sexo con el papa de mi bebé y también con chicas.

d.- He tenido sexo con mi novio y también con chicas.

e.- Solamente he tenido sexo con mi novio estable.

f.- He tenido sexo con el papa de mi bebé y con otros chicos.

g.- He tenido sexo con mi novio estable y otros chicos.

h.-Solamente he tenido sexo con chicas.

6. En el próximo mes (30 días), ¿tienes intención de comenzar

a.-Sí

b.-No

(se elimina la c) ya lo hice

7. ¿Cuánto tiempo han estado juntos tú y el papá de su bebé?

a.-Menos de 6 meses

b.-Entre 6 meses y un año

c.-Entre 1 año y 2 años

d.-más de 2 años

8. En los últimos 3 meses, cuando tienes sexo con el papá de tu bebé ¿qué tan seguido usan condón?

a.-Siempre

b.-Casi siempre

c.-Alrededor de la mitad de las veces

d.-Casi nunca

e.-Nunca

9. ¿Planeas seguir usando condón cada vez que tengas sexo con el papá de tu bebé?

a.-Sí

b.-No

c.-No estoy segura

10. En el próximo mes (30 días), ¿Planeas empezar a usar condón cada vez que tengas sexo con el papá de tu bebé?

a.-Sí

b.-No

c.-No estoy segura

11. ¿Cuánto tiempo han estado juntos tú y tu novio estable?

a.-Menos de 6 meses

b.-Entre 6 meses y un año

c.-Entre 1 año y 2 años

d.-más de 2 años.

12. En los últimos 3 meses, cuando tienes sexo con tu novio estable ¿qué tan seguido usan condón?

a.-Siempre

b.-Casi siempre

c.-Alrededor de la mitad de las veces

d.-Casi nunca

e.-Nunca

13. ¿Planeas SEGUIR USANDO condón CADA VEZ que tengas sexo con tu novio estable?

a.-Sí

b.-No

c.-No estoy segura

14. En el próximo mes (30 días), ¿Planeas empezar a usar condón CADA VEZ que tengas sexo con tu novio estable?

a.-Sí

b.-No

c.-No estoy segura

15. En los últimos 3 meses, cuando tienes sexo con otros jóvenes, ¿qué tan seguido usan condón?

a.-Siempre

b.-Casi siempre

c.-Alrededor de la mitad de las veces

d.-Casi nunca

e.-Nunca

16. ¿Planeas SEGUIR USANDO condón CADA VEZ que tengas sexo con otros jóvenes?

a.-Sí

b.-No

c.-No estoy segura

17. En el próximo mes (30 días), ¿Planeas empezar a usar condón CADA VEZ que tengas sexo con otros jóvenes?

a.-Sí

b.-No

c.-No estoy segura

18. Después de dar a luz a su bebé o justo después de que termine este embarazo, ¿qué método de anticonceptivo piensa comenzar a usar?

a.-píldora anticonceptiva

b.-inyección

c.-Anillo vaginal

d.-Parche

e.- Implante hormonal

f.- DIU (dispositivo intrauterino)

g.- Condón únicamente

h.- Anticoncepción de emergencia

i.- Ninguno

j.-Otro

19. Importancia en la prevención del embarazo. Después de dar a luz a este bebé o cuando ya no estés embarazada: ¿Qué tan importante es para ti evitar tener otro embarazo en los próximos 2 años?

a.- No tan importante

b.-Un poco importante

c.-Algo importante

d.-Bastante importante

e.-Extremadamente importante

20. Importancia de la prevención de ITS

Después de dar a luz a este bebé o cuando ya no estés embarazada: ¿Qué tan importante es para ti usar condones para prevenir una infección de transmisión sexual?

a.- No tan importante

b.-Un poco importante

c.-Algo importante

d.-Bastante importante

e.-Extremadamente importante

21. Confianza en la prevención del embarazo después de dar a luz a este bebé o cuando ya no estés embarazada: ¿Qué tan segura estas de que puedes evitar tener otro embarazo en los próximos 2 años?

- a.- No estoy segura
- b.- Poco segura
- c.- Algo segura
- d.- Bastante Segura
- e.- Extremadamente segura

22. Confianza en la prevención de ITS ¿Qué tan seguro estas de que puede usar condones para prevenir una infección de transmisión sexual?

- a.-No estoy segura
- b.-Poco segura
- c.-Algo segura
- d.- Bastante Segura
- e.- Extremadamente segura

Apéndice O

Manual del Consejero CAMI

El manual del consejero de CAMI-Spa que describe las habilidades básicas que debe tener el consejero, una descripción general de la EM y la forma de operarla para abordar la intervención. Para ello describe casos estandarizados como ejemplos.

A través de 13 pasos describe las acciones a seguir durante la EM a fin de lograr un cambio desde la precontemplación hasta la acción, así como instrumentos para realizar el balance decisional, regla de la importancia, regla de confianza y mi plan seguro.

Apéndice P

Matriz de diseño m-Health

Para Reforzar el Control Conductual Percibido hacia el Uso de Anticonceptivos en
Adolescentes

Temas	Causas del no uso de métodos anticonceptivos	Mensaje para motivar el uso de anticonceptivos en adolescentes
Procrastinación	<i>No estaba planeando tener sexo</i> (Stevens-Simon et al., 1996) <i>-Simplemente no recordaba usar un método anticonceptivo</i> (Stevens-Simon et al., 1996) <i>Simplemente no pensé que me pasaría a mi</i> (Stevens-Simon et al., 1996)	Pensar en un anticonceptivo después del parto, es una buena opción para tus planes a futuro. ¡No lo olvides!, planificar el uso de un anticonceptivo, es pensar en ti misma.
Miedo a efectos secundarios	<i>Tenía miedo de los efectos secundarios</i> (Stevens-Simon et al., 1996). 1. adolescentes: Me dio dolor de cabeza y mal genio en las dos primeras semanas (implante subdérmico) (Moreno et al., 2020) Usar Métodos anticonceptivos (MAC) es peligroso, los adolescentes tienen miedo a ser examinados si usan (Zabin et al., 1991)	Después de colocarte el dispositivo intrauterino puede aumentar el sangrado de tu periodo menstrual, no es necesario retirar el DIU, no te alarmes, es mejor acudir a revisión médica. “Usar un anticonceptivo podría ser molesto, ¡dale una oportunidad!, sin ser lo que buscabas, podría ser tu mejor compañero.
Falta de empoderamiento	<i>Mi pareja no quería usar algún método</i> (17 %). <i>No se atrevió a pedirle a su pareja que lo usara</i> (12 %) y por miedo a que le hiciera daño. (Chamorro-Vázquez et al., 2016)	¡Vida solo hay una!, “quíete y cuídate”, Planifica tu vida.

(Continúa)

Matriz de diseño m-Health

Para Reforzar el Control Conductual Percibido hacia el Uso de Anticonceptivos en

Adolescentes (Continuación)

Temas	Causas del no uso de métodos anticonceptivos	Mensaje para motivar el uso de anticonceptivos en adolescentes
Falta de empoderamiento	<i>"Las mujeres jóvenes tienen relaciones sexuales prematrimoniales y sin protección para complacer a sus parejas porque temen el rechazo"</i> (Govender, et al., 2020). <i>"No confío en la anticoncepción y los condones. La abstinencia no es una opción para las adolescentes"</i> (Govender, et al., 2020) Las personas que experimentan un aumento relativo en su sensibilidad al rechazo de la pareja entre los 16 y los 19 años, en particular las mujeres, tienen más probabilidades de ser sumisas en sus futuras relaciones románticas. Por lo tanto, los esfuerzos de intervención que tienen como objetivo reducir la ansiedad y la preocupación por el rechazo de amigos y parejas románticas en la adolescencia pueden tener impactos positivos duraderos en la edad adulta (Hafen et al., 2014)	La planificación familiar te ayuda a lograr tus metas, ¡Decide ahora! tus objetivos son más grandes que cualquier obstáculo. ¡Hey!, "hoy es un buen día para pensar en ti", tu tienes el poder de decidir, una anticoncepción es tu aliado. El éxito de tu vida es la suma de pequeñas decisiones: anticoncepción + respeto + creer en ti misma= sueños cumplidos Escribe tu propia historia, aprende de tus errores, piensa en grande, piensa en un anticonceptivo que te ayude a mantener tu grandeza. Recuerda, tu eres el amor de tu vida y la experta en conocer tu cuerpo, ¡Solo tú decides! Sé la mejor versión de ti misma "planifica y construye tus sueños", que nadie te haga creer lo contrario. ¡¡¡Tú puedes!!! No estás sola, tu bebé te acompaña. "Protégelo y protégete".

(Continúa)

Matriz de diseño m-Health

Para Reforzar el Control Conductual Percibido hacia el Uso de Anticonceptivos en

Adolescentes (Continuación)

Temas	Causas del no uso de métodos anticonceptivos	Mensaje para motivar el uso de anticonceptivos en adolescentes
Vergüe	<i>Es que la verdad si habían hablado de eso en la escuela pero pues por pena o no sé yo o porque, prefieres echar relajo o no hacer caso y pues la verdad no ponía atención cuando nos explicaban y pues si me daba pena hablarlo con mis papás o con alguien ya que o quería que pensarán mal de mí, pues era hija de casa y pues eso no estaba bien, ya sabes”, (Reyes-López, et al., 2020).</i> La cohibición para preguntar sobre métodos anticonceptivos, así como las relaciones sexuales fortuitas contribuyen a que este problema (EA) quede aún sin resolver (Reyes-López, et al., 2020) <i>“Se siente vergonzoso decirle a un hombre que use condón” (Govender, et al., 2020)</i>	¿Pena preguntar por un anticonceptivo? “Claro que no”. Resolver esta duda, te ayudará a cumplir tus sueños, ¡Vamos anímate! El secreto está en conocernos más, utilizarnos y resolver tus dudas, atentamente: Los anticonceptivos. ¡Atrévete! No te quedes con la duda, “confía en ti misma y elige un anticonceptivo”. “Tú cuerpo merece respeto, solo tú decides cuando y como tener relaciones”. Sin globo no hay fiesta Todos los días se libra una batalla “Quítate la pena, pregunta y elige un anticonceptivo”. Es de sabios cambiar de opinión “si no te favorece un anticonceptivo, utiliza otro”. Vive la anticoncepción sin dudas
Conocimientos	Los AC son costosos y no saben dónde conseguirlos (Zabin et al., 1991) Se ha demostrado que las adolescentes carecen de conocimientos en anticoncepción (Govender et al., 2019)	Los anticonceptivos son gratuitos en varios centros de salud incluyendo al IMSS, acércate, pregunta y adopta uno. La fuente de información anticonceptiva más confiable es la del personal de salud. Ellos te acompañaran en la decisión de usar un método anticonceptivo

(Continúa)

Matriz de diseño m-Health

Para Reforzar el Control Conductual Percibido hacia el Uso de Anticonceptivos
en Adolescentes (Continuación)

Temas	Causas del no uso de métodos anticonceptivos	Mensaje para motivar el uso de anticonceptivos en adolescentes
Percepciones sobre el uso de AC	"	
	<i>A mi pareja no le gustaba usar condones y yo no tomaba anticonceptivos. Creo que la anticoncepción engorda y esteriliza. Entonces estábamos teniendo sexo sin protección" (Govender et al., 2020)</i> El 20% de las embarazadas atribuyo su embarazo a las fallas del método anticonceptivo (Stevens-Simon et al., 1996) <i>"El condón femenino también es incómodo y a los hombres no les gusta usar "Los adolescentes quieren experimentar y, por lo tanto, condones porque reduce el placer" (Govender et al., 2020)</i> <i>"No planeo tener otro bebé. No use anticonceptivos de acción prolongada o la píldora porque engorda, daña la piel y la pone fea. Usaré la píldora del día después" (Govender et al., 2020)</i> <i>"No quiero tener más hijos en el futuro. Tengo demasiada responsabilidad con mis dos hijos. He perdido la fe en la anticoncepción. Me gustaría hacer una ligadura" (Govender et al., 2020)</i> <i>" Los adultos jóvenes perciben que la necesidad de seguir usando condón podría verse como un signo de desconfianza o falta de amor real" (Kanda & Mash, 2018)</i> <i>"Realmente no sienten ese placer al usar un condón" (Kanda & Mash, 2018)</i>	Existen varias versiones de los anticonceptivos, la mejor versión es tu experiencia, "conócelos", date la oportunidad de elegir, "que no te cuenten". ¿Con condón, no se siente igual? Usar un anticonceptivo te evita sentir la angustia de un embarazo o una enfermedad. "Por su puesto", no se siente igual. "Se siente más tranquilidad". La felicidad no depende de las opiniones de los demás. Hay varias opciones de anticonceptivos, puedes probar el que más te acomode, "Tú eliges tu felicidad". ¡Vive!, No te detengas, hasta que te sientas orgullosa de haber elegido la mejor opción anticonceptiva. Vivir es intentarlo infinitas veces, hasta que logres adaptarte a un anticonceptivo, consulta a tu médico, el sabrá dirigirte.

(Continúa)

Matriz de diseño m-Health

Para Reforzar el Control Conductual Percibido hacia el Uso de Anticonceptivos en

Adolescentes (Continuación)

Temas	Causas del no uso de métodos anticonceptivos	Mensaje para motivar el uso de anticonceptivos
Efectos negativos de la maternidad	Percepción de su estado de salud: “es representado por un cerebro enfermo que a la socialización describen como “nos sentimos agotadas” (Moreno et al., 2020). La percepción de saltarse una etapa y no desarrollarse de acuerdo con su edad. El hijo se convierte en el principal centro de atención y la vida diaria de la joven madre experimenta un cambio sustancial, ya que la maternidad interfiere en la escolaridad y en las posibles actividades laborales (Álvarez-Nieto et al., 2012) <i>“Económicamente pienso que si nos falta serán los padres los que nos echaran una mano; me ayudarían mis padres, mi suegra, me ayudaría todo el mundo que quisiera” (Álvarez-Nieto et al., 2012).</i> <i>“Mi consejo sería retrasar las relaciones sexuales. A la edad de 18 años, tengo dos hijos y nuestro futuro es incierto” (Govender et al., 2020)</i>	La maternidad es agotadora, regálale un respiro, regálale un anticonceptivo”.
Proyecto de vida	Muestra la imagen de una joven que carga un libro en sus manos, la cual indica “nuestro plan de vida es seguir estudiando, nos vemos siendo grandes (Moreno et al., 2020).	El mundo no se detiene, tú tampoco lo hagas ¡Continúa con tus planes, ponte un anticonceptivo!

(Continúa)

Matriz de diseño mHealth

Para Reforzar el Control Conductual Percibido hacia el Uso de Anticonceptivos en

Adolescentes (Continuación)

Temas	Causas del no uso de métodos anticonceptivos	Mensaje para motivar el uso de anticonceptivos en adolescentes
Libertad perdida	<i>“Uno va a salir con él, pero entonces cosas así como que ya no son importantes como antes como más importante ¡uy la niña se me enfermó! ¡uy la niña no tiene!, este como ¡que consigámosle esto!, ella es ahora como la base de todo” (Quintero-Rondón & Rojas-Bentancur, 2015)</i> <i>Antes de estar embarazada éramos novios, queríamos salir y divertirnos. Salíamos los dos, íbamos a parques, íbamos a centros comerciales, íbamos a comer helados, cualquier cosa hacíamos y ya, ahorita en el embarazo, la única vez que he salido así fui al Parque del Agua en diciembre y no más; ya no volvimos a salir porque de pronto él está cansado, porque no alcanza la plata, que porque no tiene tiempo, entonces ya las cosas cambian uno se siente mal de eso saber” (Quintero-Rondón & Rojas-Bentancur, 2015)</i>	

Apéndice Q

Adaptación al Lenguaje Digital de m-Health

1. Pensar en un anticonceptivo después del parto , es una buena opción para tu futuro. 
2. ¡No lo olvides!,  planear el uso de un anticonceptivo, es pensar en ti misma.  
3. Después de colocarte el dispositivo intrauterino puede aumentar el sangrado de tu periodo menstrual, no es necesario retirar el DIU , NO te alarmes, es mejor acudir con tu médico  .
4. “Usar un anticonceptivo podría ser molesto , ¡dale una oportunidad!,  sin ser lo que buscabas , podría ser tu mejor compañero .
5. ¡Vida solo hay una!,  “quíete y cuídate”, Protege tu vida  .
6. La consejería anticonceptiva te ayuda a lograr tus metas, ¡Decide ahora! tus objetivos son más grandes que cualquier obstáculo  .
7. ¡Hey!, “hoy es un buen día para pensar en ti” , tú tienes el poder de decidir, un anticonceptivo podría ser tu amigo .
8. El éxito de tu vida es la suma de pequeñas decisiones: anticoncepción + respeto + creer en ti misma= sueños cumplidos .
9. Escribe tu propia historia  , aprende de tus errores , piensa en grande, piensa en un anticonceptivo   que te ayude a mantener tu grandeza .
10. Recuerda, tú eres el amor de tu vida   . ¡solo tú lo conoces tu cuerpo  y solo tú decides !
11. Sé la mejor versión de ti misma “planifica y construye tus sueños”  , que nadie te haga creer lo contrario. ¡¡¡Tú puedes!!! .
12. No estás sola, tu bebé te acompaña . “Protégelo y protégete”  .
13. ¿Pena preguntar por un anticonceptivo? “Claro que no” . Resolver esta duda, te ayudará a cumplir tus sueños, ¡Vamos ánimo, no tengas miedo! 
14. El secreto está en conocernos más, utilizarnos y resolver tus dudas, atentamente: Los anticonceptivos.   
15. ¡Atrévete!  No te quedes sola con la duda, “confía en ti misma y elige un anticonceptivo y salva tu vida” .
16. “Tú cuerpo merece respeto, solo tú decides cuando y como tener relaciones ”. ¡Sin protección no hay diversión!

17. Todos los días se libra una batalla “Quítate la pena, pregunta y elige un anticonceptivo”  .
18. Es de sabios cambiar de opinión “si no te favorece un anticonceptivo, utiliza otro ”.
Vive la anticoncepción sin dudas .
19. Los anticonceptivos son gratuitos en varios centros de salud    incluyendo al IMSS , acércate, pregunta y quédate con uno.
20. La fuente de información anticonceptiva más confiable es la del personal de salud  . Ellos te acompañaran en la decisión de usar un método anticonceptivo.
21. Existen varias versiones de los anticonceptivos , la mejor versión es tu experiencia, “conócelos”, date la oportunidad de elegir, “que no te cuenten” .
22. ¿Con condón , no se siente igual ? Usar un anticonceptivo te evita sentir la angustia de un embarazo o una enfermedad. “Por su puesto”, no se siente igual. “Se siente más tranquilidad” .
23. La felicidad no depende de las opiniones  de los demás. Hay varias opciones de anticonceptivos, puedes probar el que más te acomode,   “Tú eliges tu felicidad”   .
24. ¡Vive!, No te detengas , hasta que te sientas orgullosa de haber elegido la mejor opción anticonceptiva .
25. Vivir es intentarlo infinitas veces   , hasta que logres adaptarte a un anticonceptivo, consulta a tu médico  , el sabrá aconsejarte.
26. “La maternidad es agotadora  , tomate un respiro, regálate un anticonceptivo .
27. El mundo no se detiene, tú tampoco lo hagas ¡Continua con tus planes, ponte un anticonceptivo!   .
28. El tiempo es lo más preciado, porque no regresa . ¡Asegúrate de usarlo a tu favor! 
“No lo pienses más utiliza un anticonceptivo” .
29. Los anticonceptivos de larga duración como el dispositivo o implante son una mejor opción para tus grandes planes “Grandes planes, grandes soluciones”.   .
30. “Aún hay vida en tus sueños... porque la vida es eso, continuar el viaje, carga un anticonceptivo en tu equipaje”     .

31. 🖐️ Pocas se atreven 🖐️, para lo corta que es le vida, tomar decisiones anticonceptivas es indispensable para seguir con tus planes. 💊 😊
32. Tus planes anticonceptivos y ganas de salir adelante 😊 deben ser más grandes que 🧑 cualquier obstáculo 🖐️.
33. La gente exitosa se caracteriza por su capacidad de explotar su potencial 😊, date la oportunidad de conocer tu potencial 📈 y brinda grande espacio entre tus embarazos.
34. Por cada minuto de angustia de quedar embarazada, pierdes 60 segundos libertad 🙄 😱 🙄. ¡Usa un anticonceptivo! 🙌 📝
35. “La mejor forma de predecir el futuro es crearlo tu misma”. Educación 🎓 📖 + anticonceptivo 💊 📝 📌 = carrera profesional 📁 🏠 ✈️
36. Nunca es tarde para volver a empezar 😊, ¡No estás sola, tienes varias opciones anticonceptivas para comenzar tus metas 😊 cada que tú lo decidas 👁️ 🤔!



Apéndice R

Consentimiento Informado de la Fase de Adaptación Universidad Autónoma de Nuevo León Facultad de enfermería

Consentimiento para tutores

Folio: _____

Título de proyecto: Eficacia preliminar de la intervención motivacional asistida por computador en español para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal
Autores/Estudiantes: MCE. Clara Teresita Morales Álvarez
Director de Tesis: DCE. Norma Elva Sáenz Soto

Introducción/Objetivo del estudio:

Mi nombre es Clara Teresita Morales Alvarez

Estimado(a) Señor/Señora:

Actualmente estoy realizando un estudio sobre el uso de anticonceptivas en adolescentes para obtener el título de Doctora en Ciencias de Enfermería. El propósito del estudio es aumentar la utilización de anticonceptivos al finalizar el embarazo y prevenir un segundo embarazo en personas jóvenes como su hija.

El estudio consiste en efectuar una entrevista para conocer la opinión de las adolescentes que se encuentran embarazadas sobre aspectos que las motivarían o desmotivaría a utilizar un servicio de planificación en un hospital de segundo nivel. Así como saber cuál es el interés y dudas sobre los anticonceptivos además de conocer como siente la atención que brinda el personal de salud a los adolescentes.

Los resultados de esta entrevista permitirán identificar las necesidades y opiniones sobre la atención anticonceptiva que se brinda a las adolescentes embarazadas en un ambiente clínico.

Por lo tanto, lo invitamos a que permita que su hija participe en esta entrevista, a continuación, describiremos como se llevara a cabo este procedimiento:

Se invitará a todas las adolescentes que acudan a consulta de control prenatal a participar en este estudio.

Si Usted autoriza la participación de su hija, se le pedirá que firme este consentimiento informado.

Se le realizarán una serie de preguntas con una duración de 40 minutos aproximadamente, la información que brinde su hija será confidencial y resguardada bajo llave. La participación consiste en contestar preguntas sobre datos personales, conocer la opinión acerca del servicio de planificación familiar, aspectos que le agradan y desagradan de personal de salud, y algunas sugerencias para mejorar la comunicación entre el personal de salud y las adolescentes embarazadas, por último, conocer su opinión acerca de mensajes de texto para motivar a las adolescentes a utilizar anticonceptivos al final del embarazo.

La entrevista se realizará a puerta cerrada en un consultorio de este hospital y será grabada para posterior realizar la transcripción de esta. Cabe enfatizar que durante la grabación no se mencionará el nombre de su hija, este se sustituirá con un folio y solo podrá ser escuchada por su servidora, para analizarla y escribir los resultados.

Los resultados de esta investigación serán publicados en revistas científicas y con esto contribuir a la ciencia en materia de salud reproductiva de los adolescentes y se expondrán en foros científicos.

Posibles riesgos potenciales: Los riesgos que podría presentar su hija durante la entrevista son mínimos. Sin embargo, si ella no desea contestar o se siente incómoda podrá retirarse de la entrevista sin que esto influya en la atención continua en este hospital.

Beneficios: La participación de su hija en este estudio no tiene beneficios personales directos, sin embargo sí acepta que ella participe los resultados de esta investigación serán de utilidad para conocer las experiencias sobre la comunicación entre el proveedor de planificación familiar y las adolescentes embarazadas para tomar la decisión de usar un método anticonceptivo dentro de un contexto clínico, además de conocer su opinión acerca de las mensajes de texto motivacionales como estrategia de reforzamiento hacia el uso de anticonceptivos por las adolescentes embarazadas.

Compromisos de la investigadora: La investigadora principal se compromete aclarar las dudas del procedimiento riesgos y beneficios o cualquier otro relacionado con la investigación.

Compensación: Una vez que terminada la entrevista su hija recibirá un obsequio en especie.

Participación voluntaria/retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Su hija está en plena libertad de negarse a participar o retirar su participación en cualquier momento, sin tener repercusión de ninguna índole en la atención subsecuente de este hospital.

Firma: _____ Fecha ____ / ____ / ____ Fecha ____ / ____ / ____

Testigo 1: _____ Fecha ____ / ____ / ____ Fecha ____ / ____ / ____

Dirección: _____ relación con el participante _____

Testigo 2: _____ Fecha ____ / ____ / ____ Fecha ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Relación con el participante: - _____

Nombre de quien obtiene el consentimiento: _____

Fecha ____ / ____ / ____ / ____

****En caso de que desee contactar al presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigacion.fae@gmail.com. Si usted acepta participar en el estudio y que su hija participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar).**



Apéndice S

Asentimiento Informado Fase de Adaptación

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de enfermería

Asentimiento informado

Folio: _____

Título de proyecto: Eficacia preliminar de la intervención motivacional asistida por computador en español para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal
Autores/Estudiantes: MCE. Clara Teresita Morales Álvarez
Director de Tesis: DCE. Norma Elva Sáenz Soto

Distinguida Srita:

Actualmente se está realizando un estudio para conocer las experiencias sobre la comunicación entre el proveedor de planificación familiar y las adolescentes embarazadas para tomar la decisión de usar un método anticonceptivo dentro de un contexto clínico, además de conocer su opinión acerca de los mensajes de texto motivacionales como estrategia de reforzamiento hacia el uso de anticonceptivos adolescentes embarazadas y para ello queremos pedirte que participes

Tu participación consistirá responder preguntas relacionadas con:

Datos personales,

Experiencia con los anticonceptivos

Tus experiencias y expectativas acerca del servicio de planificación familiar en este hospital.

Emitir tu opinión acerca de mensajes de texto para motivar a las adolescentes a utilizar anticonceptivos al final del embarazo.

Tu participación es voluntaria, es decir, aun cuando alguno de tus padres haya 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 del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda información que nos brindes y/o menciones ayudará a describir las necesidades que tienen los adolescentes con respecto a la comunicación del personal de salud y las adolescentes al momento de la consulta de planificación familiar.

Cabe destacar que toda la información que proporciones será anónima y tratada con confidencialidad solo el investigador tendrá acceso a ella y no se compartirá con ninguna persona.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar y escribe tu nombre. Si no quieres participar, no pongas ninguna(X), ni escribas tu nombre.

_____ Sí quiero participar, Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: a _____ de _____

Apéndice T

Conducción de Entrevista Semiestructurada para Adolescentes que Acuden a la clínica para Recibir Consultoría de Planificación Familiar

Objetivo:

Explorar las experiencias sobre la comunicación entre el proveedor de planificación familiar y la adolescente gestante para tomar la decisión de usar un método anticonceptivo dentro de un contexto clínico, además de conocer su opinión acerca de las m-Health como estrategia de reforzamiento para enviar mensajes de texto cortos de contenido motivacional hacia el uso de anticonceptivos adolescentes embarazadas.

La presente guía, está construida a partir de la Teoría de la conducta planeada, para comprender los factores de control externo de la adolescente, es decir aquellos aspectos que no dependen de su voluntad para tomar una decisión anticonceptiva, además valorar la pertinencia y factibilidad de comunicación a través de sus teléfonos móviles como apoyo a la motivación para el uso de anticonceptivos.

En lo sucesivo de la entrevista se explorarán las experiencias de las MA en etapa prenatal con respecto a las enseñanzas de planificación familiar, la relación del proveedor de planificación familiar (enfermera o médico) en un entorno clínico, así como sus expectativas hacia una enseñanza confiable y segura que le permita tomar una decisión anticonceptiva y uso consistente de anticonceptivos

Definiciones:

Comunicación anticonceptiva perinatal, es la relación de confianza, sin juicios de valor, discriminación y respeto a la autonomía que brinda el proveedor de planificación familiar a la adolescente en un contexto clínico.

Uso de anticonceptivo, es la elección y empleo de cualquier método anticonceptivo tradicional o moderno por las mujeres en edad reproductiva.

m-Health: Es el uso de tecnologías móviles inalámbricas, pero no siempre implica el uso de un teléfono inteligente. Las cuales se utilizan para intercambiar información de cualquier tema de salud.

Guía temática

Folio: _____

Se sugiere iniciar con la siguiente explicación:

Esta entrevista no es para forzarte a elegir un método. Se trata de conocer tus experiencias la consulta de planificación familiar y la relación con el personal que te ha brindado información de anticonceptivos

Comenzaremos con algunas preguntas específicas....

Datos sociodemográficos:

Platícame, ¿Qué edad tienes?

¿Hasta qué grado estudiaste?

¿Es tu primer embarazo?

¿Cuántas semanas de gestación tienes?

¿Actualmente tienes vida sexual activa?

¿Antes de que te embarazaras, utilizabas algún anticonceptivo?

¿Sí tuviera que elegir un anticonceptivo en este momento (DIU, implante, condón, pastillas, inyecciones, parche) ¿Cuál erigirías?

Primer tema para explorar: sobre el profesional de salud que podría ayudar a las adolescentes a tomar una decisión anticonceptiva

¿Quién sería el profesional de salud más indicado para brindarte información sobre los anticonceptivos? (doctor, enfermera, trabajadora social)

¿Por qué?

¿Cómo te imaginas al profesional que te gustaría que te brindara información sobre anticonceptivos: físicamente, forma de vestir, sexo, ¿uniformada o sin uniformar?

Segundo tema para explorar: Relato de experiencias vividas en la consultoría de planificación familiar

Objetivo: Que las MA provean una narración de sus experiencias en relación con sus experiencias de la enseñanza en planificación familiar.

1. “Cuéntame como si fuera una novela como ha sido tu experiencia con respecto a la información sobre métodos anticonceptivo que has tenido en esta clínica”.
(sí la respuesta es negativa, pase a la pregunta 3)
2. Esta experiencia que me has platicado ¿Cómo influyó en tu decisión de elegir un anticonceptivo?

3. Durante la consulta de planificación familiar, además de aprender que anticonceptivos existen ¿Qué otra cosa te serviría saber para elegir un anticonceptivo?
4. ¿Qué valores personales son importantes para ti? (por ejemplo: ¿respeto, confianza, amabilidad, dignidad, confidencialidad, responsabilidad, paciencia, honestidad u otros? ¿Por qué?
5. ¿Cómo influyen estos valores en tu decisión para elegir un método anticonceptivo?
6. ¿Qué valores piensas que debe tener la persona que brinda información de anticonceptivos a las madres jóvenes como tú? ¿Por qué?
7. ¿Qué consejos me puedes dar a mí para poder orientar a otras madres jóvenes como tú, para que elijan un anticonceptivo?

Tercer subtema: Conocer las expectativas de consejería de planificación familiar en un entorno hospitalario.

8. Imagina que vas llegando a esta clínica u hospital para tu cita de consulta de planificación familiar. Plátame ¿Cómo te gustaría que te atendiera cada una de las personas que trabaja en esta clínica? (incluyendo: personal de aseo o limpieza, asistentes, trabajadores sociales, doctores, enfermeras)
¿Por qué?
9. Sí alguno de ellos te tratara mal ¿Cómo podría influir en tu decisión para elegir un anticonceptivo? (por ejemplo; si te ignoran, si son groseros, si son indiferentes contigo)
10. ¿Cómo influiría en tu decisión de elegir un anticonceptivo, la forma del consultorio, el color del consultorio, la organización de los muebles, y forma de los muebles?
11. Para elegir un anticonceptivo ¿Qué sería más importante para ti la comunicación con el profesional o la forma, color, organización del consultorio? ¿Por qué?
12. ¿Qué sería más importante, para elegir un anticonceptivo, la comunicación con el profesional o el trato que te brindó el resto del personal que trabaja en el hospital, enfermeros, trabajador social)

13. El trato que te brinda el personal que trabaja en la clínica como: asistentes médicas, enfermeros, trabajador social, influiría en tu decisión de elegir un anticonceptivo ¿Por qué?
14. Considerando que tu embarazo tiene una duración de nueve meses ¿a partir de qué mes de embarazo recomendarías a otra embarazada asistir a la clínica y comenzar a recibir información de planificación familiar? (¿primer mes, segundo mes, tercer mes, cuarto mes, quinto mes etc.? ¿Por qué?
15. A partir de este mes de embarazo (Citar el mes de la respuesta anterior), ¿Cada qué te gustaría asistir a la clínica para recibir información de planificación familiar?
16. Para aprender qué anticonceptivo elegir, cómo usarlo, qué riesgos puede tener en tu cuerpo al usar un anticonceptivo ¿Cuántas sesiones consideras que son necesarias para aprender y tomar una decisión segura? ¿Por qué?
17. ¿Cuánto tiempo consideras que es suficiente para dialogar tranquila y amigablemente con doctor o enfermera para aprender más de los anticonceptivos? ¿Por qué?
18. Imagina que tú ya has decidido utilizar un anticonceptivo y vienes a la clínica u consultorio para que te lo proporcionen ¿Cuáles serían los motivos que te desmotivarían para utilizarlo?

Comunicación motivacional m-Health

- 19.- ¿Qué sensación tendrías si te enviaran mensajes de texto a tu celular para recibir información motivacional sobre el uso de los métodos anticonceptivos?
- 20.-Platicame de forma amplia, ¿Te gustaría que el personal de salud resolviera tus dudas a través de mensajes de texto?
- 21.- ¿Para ti sería mejor recibir mensajes de texto cortos o largos?
- 22.- ¿Con que frecuencia te gustaría recibir los mensajes motivacionales a la semana?
- 23.- ¿Cuánto tiempo (en semanas) consideras que es necesario recibir los mensajes de texto?
- 24.- ¿Te gustaría que los mensajes contengan imágenes amigables para las adolescentes, por ejemplo: emoticones? ¿Por qué?
- 25.- ¿Cuál sería la red social más adecuada (Facebook-Messenger, Instagram, WhatsApp y mensajes de texto normales) para enviar los mensajes de texto?
- 26.- ¿Por qué consideras que mencionar la red citada por la adolescente es la más adecuada?

Apéndice U
Solicitud Dirigida a Expertos para Validar la Entrevista Semiestructurada
Dirigida a Adolescentes en Etapa Perinatal

Universidad Autónoma de Nuevo León
 Facultad de enfermería

Celaya Gto. a _____ de _____ 2021

Dra. _____

Estimado investigador, reciba un cordial saludo. Con base a su excelente trayectoria como investigadora y experta en el tema de Sexualidad responsable, solicito su amable colaboración para participar como revisor del contenido de la presente guía de entrevista semiestructurada.

Para tal efecto, se requiere de su opinión individual y crítica de los presentes cuestionamientos que tienen por objetivo explorar las perspectivas sobre la comunicación entre el proveedor de planificación familiar y la adolescente gestante para tomar la decisión de usar un método anticonceptivo al final de su embarazo dentro de un contexto clínico, además de conocer su opinión acerca de la utilización de las m-Health como estrategia de reforzamiento motivacional para fortalecer control conductual percibido.

A continuación, encontrará la guía completa, por favor lea cada uno de los ítems, y conteste en la siguiente hoja, si éstos están relacionados con las experiencias de comunicación anticonceptiva entre el proveedor de planificación familiar y la madre adolescente en un contexto clínico, de acuerdo con la siguiente escala:

0= Definitivamente no está relacionado, 1= No relacionado, 2= No seguro de su relación, los reactivos requieren más revisión, 3= Relacionado, pero es necesario realizar pequeñas modificaciones, 4= Extremadamente relacionado, sin alteración.

Agradezco su fina atención, quedo en espera de su evaluación el día 8 de octubre del 2021.

Ítem	0	1	2	3	4	Observaciones
Pláticame, ¿Qué edad tienes?						
¿Hasta qué grado estudiaste?						
¿Es tu primer embarazo?						
¿Cuántas semanas de gestación tienes?						
¿Actualmente tienes vida sexual activa?						
¿Antes de que te embarazaras, utilizabas algún anticonceptivo?						

¿Sí tuviera que elegir un anticonceptivo en este momento (DIU, implante, condón, pastillas, inyecciones, parche) ¿Cuál elegirías?						
¿Quién sería el profesional de salud más indicado para brindarte información sobre los anticonceptivos? (doctor, enfermera, trabajadora social) ¿Por qué?						
¿Cómo te imaginas al profesional que te gustaría que te brindara información sobre anticonceptivos: físicamente, forma de vestir, sexo, ¿uniformada o sin uniformar?						
Segundo tema para explorar: Relato de experiencias vividas en la consultoría de planificación familiar						
“Cuéntame como si fuera una novela como ha sido tu experiencia con respecto a la información sobre métodos anticonceptivo que has tenido en esta clínica”. (sí la respuesta es negativa, pase a la pregunta 3)						
Esta experiencia que me has platicado ¿Cómo influyó en tu decisión de elegir un anticonceptivo?						
Durante la consulta de planificación familiar, además de aprender que anticonceptivos existen ¿Qué otra cosa te serviría saber para elegir un anticonceptivo?						
¿Qué valores personales son importantes para ti? (por ejemplo: ¿respeto, confianza, amabilidad, dignidad, confidencialidad, responsabilidad, paciencia, honestidad u otros? ¿Por qué son importantes?						
¿Cómo influyen estos valores en tu decisión para elegir un método anticonceptivo?						
¿Qué valores piensas que debe tener la persona que brinda información de anticonceptivos a las madres jóvenes como tú? ¿Por qué?						
¿Qué consejos me puedes dar a mí para poder orientar a otras madres jóvenes como tú, para que elijan un anticonceptivo?						
Tercer subtema: Conocer las expectativas de consejería de planificación familiar en un entorno hospitalario.						
Imagina que vas llegando a esta clínica u hospital para tu cita de consulta de planificación familiar. Plátame ¿Cómo te						

gustaría que te atendiera cada una de las personas que trabaja en esta clínica? (incluyendo: personal de aseo o limpieza, asistentes, trabajadores sociales, doctores, enfermeras) ¿Por qué?						
Si alguno de ellos te tratara mal ¿Cómo podría influir en tu decisión para elegir un anticonceptivo? (por ejemplo; si te ignoran, si son groseros, si son indiferentes contigo)						
¿Cómo influiría en tu decisión de elegir un anticonceptivo, la forma del consultorio, el color del consultorio, la organización de los muebles, y forma de los muebles?						
Para elegir un anticonceptivo ¿Qué sería más importante para ti la comunicación con el profesional o la forma, color, organización del consultorio? ¿Por qué?						
¿Qué sería más importante, para elegir un anticonceptivo, la comunicación con el profesional o el trato que te brindó el resto del personal que trabaja en el hospital, enfermeros, trabajador social?						
El trato que te brinda el personal que trabaja en la clínica como: asistentes médicas, enfermeros, trabajador social, influiría en tu decisión de elegir un anticonceptivo ¿Por qué?						
Considerando que tu embarazo tiene una duración de nueve meses ¿a partir de qué mes de embarazo recomendarías a otra embarazada asistir a la clínica y comenzar a recibir información de planificación familiar? (¿primer mes, segundo mes, tercer mes, cuarto mes, quinto mes etc.? ¿Por qué?						
A partir de este mes de embarazo (Citar el mes de la respuesta anterior), ¿Cada qué te gustaría asistir a la clínica para recibir información de planificación familiar?						
Para aprender qué anticonceptivo elegir, cómo usarlo, qué riesgos puede tener en tu cuerpo al usar un anticonceptivo ¿Cuántas sesiones consideras que son necesarias para aprender y tomar una decisión segura? ¿Por qué?						
¿Cuánto tiempo consideras que es suficiente para dialogar tranquila y amigablemente con doctor o enfermera para aprender más de los anticonceptivos? ¿Por qué?						

Imagina que tú ya has decidido utilizar un anticonceptivo y vienes a la clínica u consultorio para que te lo proporcionen ¿Cuáles serían los motivos que te desmotivarían para utilizarlo?						
¿Qué sensación tendrías si te enviaran mensajes de texto a tu celular para recibir información motivacional sobre el uso de los métodos anticonceptivos?						
Pláticame de forma amplia, ¿Te gustaría que el personal de salud resolviera tus dudas a través de mensajes de texto?						

Apéndice V

Conducción de Entrevista Semiestructurada Dirigida a Proveedores de Salud

Objetivo: Explorar las experiencias sobre las intervenciones para promover el uso consistente de métodos de planificación familiar en población adolescente que se han realizado en el hospital de segundo nivel.

La presente guía es construida a partir de los postulados de la Teoría de la adaptación de Mckleroy (2006), para conocer los recursos y experiencias que tiene dicha institución a fin realizar la adaptación de la Intervención CAMI- Spa al contexto clínico.

De acuerdo con lo anterior, se realizarán cuestionamientos con respecto al personal, recursos, espacios, acceso de la población adolescente, consultoría existente, tiempo destinado a esta actividad, personal capacitado en consejería de planificación familiar, así como las experiencias vividas con esta metodología hasta el momento.

Guía temática

Folio: _____

Esta entrevista solo es para conocer sus experiencias como trabajador o encargado de programa relacionado a la salud reproductiva. Es importante señalar que su opinión no intervendrá en la interrupción de dichas actividades. Sin embargo, es importante contar con la opinión de personas expertas en la temática y área clínica para adaptar la intervención CAMI-Spa, al contexto clínico. Dicha intervención ha sido científicamente probada para el uso consistente de MAC en adolescentes en un contexto comunitario, por lo que su colaboración es muy valiosa para el desarrollo de este trabajo y en futuro para beneficiar a las adolescentes a prevenir un segundo embarazo antes de los dos años del nacimiento del primer bebé.

Primer tema por explorar: Recursos humanos y materiales destinados al uso de métodos anticonceptivos

1. En su experiencia laboral en esta institución, platíqueme ¿Cómo es la atención se les brinda a las adolescentes con respecto a la consejería de planificación familiar?
2. ¿Por qué considera que el personal que se encuentra a cargo de brindar consejería sobre planificación familiar a las adolescentes es suficiente o insuficiente para cumplir con esta tarea?
3. ¿Por qué considera que el personal que se encuentra a cargo de brindar consejería sobre planificación familiar a las adolescentes es suficiente o insuficiente para cumplir con esta tarea?
4. ¿Cuál considera que es el grado de capacitación que tiene el personal sanitario de esta institución con respecto a la consejería de planificación familiar a las adolescentes?

5. Platíqueme con mayor profundidad, ¿Cuáles son los recursos con los que cuenta el Hospital? para brindar consejería de planificación familiar a las adolescentes?
6. Describa con precisión y profundidad ¿Qué proceso o método de consultoría se realiza en caso de que la madre adolescente no acepte algún método de planificación familiar?
7. Desde su experiencia laboral en esta institución ¿Qué intervenciones educacionales o motivacionales se han implementado para incrementar el uso de anticonceptivos en adolescentes?
8. ¿Considera misión, visión y valores del Hospital son compatibles con el objetivo de la consejería de planificación familiar se lleva actualmente para incrementar el uso de anticonceptivos entre las adolescentes?

Segundo tema a explorar experiencias del hospital con respecto a las intervenciones para incrementar el uso de anticonceptivos en adolescentes.

1. ¿Cuál ha sido la experiencia de éxito en la adopción de métodos de planificación familiar en adolescentes en esta institución?
2. Explíqueme de forma más amplia ¿Cuál es su opinión acerca de implementar una intervención específica para incrementar el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en este hospital?
3. En un hospital ideal o perfecto ¿Cuáles son los recursos humanos y materiales que considera necesarios para brindar una atención de calidad a las adolescentes a fin de motivarlas hacia el uso de métodos anticonceptivos?
4. De forma más extensa, me puede comentar, ¿es factible implementar una intervención nueva para incrementar el uso de métodos anticonceptivos en esta institución, de acuerdo con los recursos humanos y materiales existentes?
5. En su experiencia laboral en este hospital, ¿Que ha pasado cuando las adolescentes han demandado un servicio de planificación acorde a sus necesidades?

Apéndice W

Validación de la Entrevista Semiestructura Dirigida a la Capacidad

Organizativa de la Clínica

Contextualización:

La intervención CAMI-Spa (Computer Assisted Motivational Interview), es una intervención motivacional basada en el Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente 2009, la cual está dirigida a adolescentes para que utilicen de forma consistente un método de planificación familiar y prevenir un embarazo subsecuente, es decir un segundo embarazo antes de los 24 meses del primero.

CAMI-Spa ha demostrado eficacia en el contexto comunitario, lo cual indica que hay una mayor posibilidad de éxito en otros contextos, motivo por el cual en esta ocasión se pretende adaptar esta intervención al contexto clínico, tomado como marco de referencia de la Teoría de Adaptación de Mckleroy et al., 2006.

Dentro de la primera etapa de adaptación, se requiere evaluar la capacidad organizativa de la Institución, en este caso el Hospital de segundo nivel, para conocer los recursos, experiencia y filosofía, así como su experiencia en la atención con adolescentes y prevención del embarazo subsecuente. Lo anterior, a través de entrevistas a los Directivos y profesionales de la salud que estén relacionados al programa de planificación familiar o salud reproductiva.

Cabe mencionar que esta adaptación es parte del protocolo de investigación autorizado por el Comité de ética e investigación de este hospital con folio _____.

Objetivo

Validar la guía de entrevista semiestructurada dirigida a personal directivo y/o con experiencia en el programa de salud reproductiva dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social para evaluar la capacidad de la organizativa de la institución.

A continuación, encontrará la guía completa, por favor lea cada uno de los ítems, y marque con una X en la siguiente hoja, si éstos están relacionados con la evaluación de la capacidad organizativa de la siguiente manera:

0= Definitivamente no está relacionado, 1= No relacionado, 2= No seguro de su relación, los reactivos requieren más revisión, 3= Relacionado, pero es necesario realizar pequeñas modificaciones, 4= Extremadamente relacionado, sin alteración.

Agradezco su fina atención, quedo en espera de su evaluación el día 8 de octubre del 2021.

MCE. Clara Teresita Morales Álvarez
Estudiante del programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería
Universidad Autónoma de Nuevo León

ítem	0	1	2	3	4	Observaciones
Recursos humanos y materiales destinados al uso consistente de métodos anticonceptivos a adolescentes.						
En su experiencia laboral en esta institución, platíqueme ¿Cómo es la atención se les brinda a las adolescentes con respecto a la consejería de planificación familiar?						
¿Durante su experiencia o contacto con el programa de salud reproductiva de esta institución aproximadamente que cantidad de adolescentes atienden?						
¿Por qué considera que el personal que se encuentra a cargo de brindar consejería sobre planificación familiar a las adolescentes es suficiente o insuficiente para cumplir con esta tarea?						
¿Cuál considera que es el grado de capacitación que tiene el personal sanitario de esta institución con respecto a la consejería de planificación familiar a las adolescentes?						
Platíqueme con mayor profundidad, ¿Cuáles son los recursos con los que cuenta el Hospital? para brindar consejería de planificación familiar a las adolescentes?						
Describa con precisión y profundidad ¿Qué proceso o método de consultoría se realiza en caso de que la madre adolescente no acepte algún método de planificación familiar?						
Desde su experiencia laboral en esta institución ¿Qué intervenciones educativas o motivacionales se han implementado para incrementar el uso de anticonceptivos en adolescentes?						
¿Considera misión, visión y valores del hospital son compatibles con el objetivo de la consejería de planificación						

familiar se lleva actualmente para incrementar el uso de anticonceptivos entre las adolescentes?						
Experiencia del hospital con respecto a las intervenciones para incrementar el uso de anticonceptivos en adolescentes						
¿Cuál ha sido la experiencia de éxito en la adopción de métodos de planificación familiar en adolescentes en esta institución?						
Explíqueme de forma más amplia ¿Cuál es su opinión acerca de implementar una intervención específica para incrementar el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en este hospital?						
¿Cuáles son los recursos humanos y materiales que considera necesarios para brindar una atención de calidad a las adolescentes a fin de motivarlas hacia el uso de métodos anticonceptivos?						
De forma más extensa, me puede comentar, ¿es factible implementar una intervención nueva para incrementar el uso de métodos anticonceptivos en esta institución, de acuerdo con los recursos humanos y materiales existentes?						
En su experiencia laboral en este hospital, ¿Que ha pasado cuando las adolescentes han demandado un servicio de planificación acorde a sus necesidades?						



Apéndice X

Consentimiento Informado Dirigido a Proveedores de Salud Universidad Autónoma De Nuevo León Facultad De Enfermería

Folio: _____

Título de proyecto: Eficacia preliminar de la intervención motivacional asistida por computador en español para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal
Autores/Estudiantes: MCE. Clara Teresita Morales Álvarez
Director de Tesis: DCE. Norma Elva Sáenz Soto

Estimado(a) Enfra/ Dra./ Dr.:

Introducción/Objetivo:

Con el objetivo de obtener el grado de Doctora en Ciencias de Enfermería, por la Facultad de Enfermería de la UANL, estoy realizando un estudio para conocer la eficacia de una consejería basada en entrevista motivacional para el incremento de uso de contraceptivos en adolescentes en el posparto. Dada la problemática actual sobre la alta incidencia de embarazo adolescente, el cual es un problema de salud pública que tiene serias repercusiones en la salud de las adolescentes y sus hijos.

Por este motivo, el presente estudio es una investigación sobre la **Eficacia de la entrevista motivacional en la decisión anticonceptiva de adolescentes en etapa perinatal** en este hospital, en adolescentes menores de 10-19 años que se encuentren embarazadas

Descripción del estudio

Posterior a que Usted acepte participar, será necesario firmar el consentimiento informado, posterior contestar una serie de preguntas las cuales serán grabadas sin mencionar su nombre, estas entrevistas serán analizadas solo por el investigador.

Procedimientos:

Su participación consiste en:

- Responder a preguntas sobre la capacidad organizativa de este hospital con respecto a los recursos que cuenta para brindar atención de planificación familiar a las adolescentes.
- Mencionar cual ha sido la experiencia de este hospital en la consejería anticonceptiva de las adolescentes.
- Mencionar cuales son los recursos materiales y humanos con los que cuenta este hospital para brindar consejería anticonceptiva a las adolescentes.

Riesgos o molestias y aspectos experimentales del estudio:

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Sí Usted se siente incómodo con alguna pregunta puede no contestarla o dejar de participar, sin que esto tenga repercusiones de ningún modo.

Beneficios esperados:

No existe ningún beneficio por su participación. Su participación contribuirá al conocimiento de aspectos relacionados a la salud que ayudaran a prevenir embarazos no esperados en adolescentes.

La información que usted otorgue será anónima y confidencial, solo se utilizará por la investigadora para los fines del presente estudio.

Compromisos del Investigador:

Cualquier duda que surja al leer este consentimiento o durante su participación será aclarada en el momento que la haga saber.

Celaya Gto a _____ de _____ 20__

Firma: _____

Testigo

Firma _____

1 _____

Domicilio _____

Testigo

Firma _____

2 _____

Domicilio _____

Nombre y datos de contacto del investigador principal: Clara Teresita Morales Alvarez, Teléfono de contacto 461 184 01 91, en caso de que desee contactar al presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigación.faen@gmail.com. Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar).

Apéndice Y

Resultados de la Etapa de Valoración

Se entrevistaron a 10 adolescentes gestantes (AG) y a 7 proveedores de salud (PS), las primeras presentaron una media de edad de 17.7 ± 1.8 años, el 100% vivía en unión libre, el promedio de semanas de gestación fue de 29.9, el 80% no usó un anticonceptivo antes del embarazo actual, el 60% coincidió en que el implante es el anticonceptivo ideal después de parto. En cuanto al grado escolar un adolescente estudiaba en preparatoria, una en primer año de educación universitaria, el resto contaba con secundaria terminada y los segundos, una media de edad $45.3, \pm 10.5$, seis de ellos fueron mujeres, entre estos se encontraban personal operativo y directivo del hospital. Se analizó el discurso de los participantes, creando categoría y subcategorías las cuales se enlazaron cuyo sentido de referencia fuera similar (Tabla Q1).

Tabla Q1

Categorías y subcategorías de la consejería anticonceptiva prenatal

Categoría	Subcategoría
Adolescentes	
1.- Aceptación de la consejería anticonceptiva	--
2.-Necesidad de interacción	1.- Figura femenina 2.- Valores humanos y proximidad 3.- Valor del contexto clínico
3.-Desconocimiento sobre anticonceptivos	1.- Necesidad de información segura y confiable 2.- Necesidad de espaciar embarazos
Proveedores de salud	
4.--Riesgo reproductivo	1.-Persistencia y trato no diferenciado 2.-Paternalismo
5.-Reconocimiento de los derechos reproductivos	1.- Necesidad de privacidad 2.- Consejería focalizada 3.- Momento ideal
6.-Barreras del entorno clínico	1.- Opciones limitadas 2.- Cumplimiento del indicador 3.- Influencia de familiares

Categoría 1: Aceptación de la consejería anticonceptiva

En la reconstrucción de la CAP, los proveedores vinculan efectos positivos del uso anticonceptivos en la maternidad como estrategia para la aceptación. Sin embargo, el discurso también expresa juicio de valor hacia las adolescentes por embarazarse a temprana edad, a pesar de la situación la información es bien recibida y esto podría generarse por el temor a su primera experiencia como madres.

AG 1: Me dan mucha información de como cuidarme, y todo eso, y yo digo que esta bien, porque hay cosas que como mamá primeriza me dan miedo y no sabes muchas cosas que te hacen mal;

AG 4: Me dicen que es por mi bien y pos para darle cosas a mi bebé, uno que es primerizo...;

AG 9: Que tener un hijo no es cualquier cosa, pues es una gran responsabilidad.

Categoría 2: Necesidades de interacción

Con respecto a las expectativas que las adolescentes tienen de la consejería anticonceptiva en la etapa prenatal, evocó la subcategoría figura femenina, las adolescentes coinciden de forma unánime la preferencia de recibir la consejería de una mujer, grado médico ya que perciben posee más conocimientos.

AG7: Me gustaría que fuera una mujer, es que con los hombres da pena hablar o así, mejor que sea una mujer, así que me de confianza desde la primera vez...

AG4: Que fuera una doctora y ya grande, ya personas grandes tienen experiencia más en eso;

AG5: La Doctora me sabría explicar más las cosas y tendría un punto de vista mejor;

AG7: Más que nada que fuera mujer. Una Doctora me daría más riesgos y complicaciones;

AG9: Una enfermera, es como más confianza de hablar ...;

AG1: Pues no sé, sobre todo que te de confianza con ella que no te de pena hablar con ella, que no sea necesario quedarte con dudas.

La segunda subcategoría fue valores humanos y proximidad, en donde se enfatiza la importancia que tiene para ellas que el PS se acerque y brinde consejería basada en el respeto, amabilidad, confianza, empatía y honestidad.

AG6: Que fueran respetuosos y amables ¿no sé?, tendría más confianza de preguntarle que es lo que quiero saber;

AG10: Que nos pregunten si hay dudas y darnos la confianza para responder;

AG4: Que sean amables para entender mejor [...] que atendiera bien, con responsabilidad, que les dijera lo que es, que sea honesta la doctora;

AG6: Ser amable, porque da inseguridad y todo (risas) que no te atiendan.

AG5: Respeto y dignidad y responsabilidad, que me digan si voy bien, si me falta esto y así;

AG3: Las doctoras deben tener respeto darles consejos y terapias.

AG9: Es un tema nuevo, bueno no nuevo, pero, a lo mejor si te da pena hablarlo y necesitas confianza, sí que te brinden esa confianza de preguntar si quedaste con duda;

AG2: Que la Doctora se acercará a la persona, pues yo digo, acercarse y empezar la plática.

En cuanto a la subcategoría valor del contexto clínico, en este caso, las adolescentes no visualizaron el entorno como un elemento que pudiera influir en la consejería

anticonceptiva o en la decisión de usar un anticonceptivo, llamamos entorno clínico al espacio físico donde la adolescente recibe la consejería, así como las interacciones que realiza con otros PS (trabajo social, laboratoristas, técnicos radiólogos, etc.):

AG1: *Que me atendieran bien, porque hay veces que ya no hallamos a quien preguntar por así, que todos están muy ocupados y tenemos miedo a interrumpir;* **AG3:** *Sería como normal, es más importante que atiendan amable, mmmm yo no me fijo en eso, mientras me atiendan bien, así está bien;*

AG4: *Yo no soy tanto de mirar, sería más importante la confianza, el trato en la forma de expresarse de la doctora.*

Categoría 3: Desconocimiento sobre anticonceptivos

La comunicación de ideas sobre la consejería anticonceptiva se transformó en la necesidad de información segura y confiable, en dónde se muestra que las adolescentes tienen interés en aprender sobre anticoncepción lo cual está íntimamente relacionado con la prevención del segundo embarazo: Sí tuvieras la oportunidad de darle un consejo a las Doctoras sobre como brindar consejería anticonceptiva a las mamás jóvenes como tú ¿Qué les dirías?

AG1: *Me gustaría que informaran cuales son las ventajas de uno y de otro y los riesgos que tienen;*

AG2: *Que explicará bien, pues ¿para qué es cada uno de los métodos?, por decir, el implante ¿para qué es bueno? o por decir o ¿el parche sí es mejor?, que les explique bien de cada uno;*

AG3: *Que nos digan si funcionan al 100% para que no nos embaracemos;*

AG10: *Que nos informen bien, sobre todo, que nos den información para poder elegir bien;*

AG9: *que nos recomienden dependiendo de nuestro cuerpo, porque todos son diferentes como los que son hormonales o los que no, los que tienen reacciones en los cuerpos y ¿de qué manera?;*

AG7: *Yo pienso, que sería explicarles los más efectivos, hasta que uno este seguro que ese método elegido es el bueno;*

AG8: *Sí el método que elijo, sí me va a funcionar [...] que no me afecte para darle de comer a mi bebé.*

Categoría 4: Riesgo reproductivo

La valoración y consejería que realizan los PS no visualiza las necesidades o temores de la adolescente ante el embarazo, sino la complejidad que representa la atención de la adolescente como parto prematuro, hemorragias, desgarros vaginales, el riesgo de morir y tal vez las implicaciones legales que esto representa para ellos y para la institución.

De ésta, surge la subcategoría paternalismo, donde los PS manifiestan, una actitud directiva con respecto a elegir desde su perspectiva el método apropiado para la adolescente:

PS1... *de acuerdo con el riesgo, se le ofrece el método de planificación...;*

PS4: *Cuando llega a la consulta externa referida del primer nivel y se capta en segundo nivel, sabiendo que es un embarazo adolescente, ¿Qué procede?, ¡cayó un embarazo de alto riesgo!, se le da la consejería...;*

PS7: *Una embarazada o puérpera adolescente es un riesgo, le hablamos del periodo intergenésico, la edad adecuada del embarazo, ellas todavía están en etapa de crecimiento y dar vida a otra personita, pues ya ahí comenzamos el riesgo;*

PS8: *Las mamás jóvenes no se dan cuenta del riesgo y después regresan otra vez embarazadas, es importante que se les brinde información para que ellas no vuelvan a embarazarse, se les hace fácil irse sin un método.*

Categoría 5: Reconocimiento de los derechos reproductivos

De la cual emergió como subcategoría necesidad de privacidad, en donde los PS reconocen la necesidad de un ambiente individualizado y una atención digna a las adolescentes, aunque ellas no brindan relevancia a este tópico, la CAP implica temas sensibles por lo que un espacio exclusivo podría mejorar esta interacción.

PS2: *tendríamos que buscar un consultorio donde hubiera todo el material que ocupamos, con mesa ginecológica para colocar Dispositivo Intrauterino (DIU) [...] un espacio donde la señora se sienta confiada y segura...;*

PS4: *Se requiere de un lugar digno, adecuado para trabajar los procesos [...] para una consejería más personalizada.*

La subcategoría consejería focalizada, se refiere a una consejería anticonceptiva exclusiva para las adolescentes tomando en cuenta sus experiencias y necesidades anticonceptivas.

PS3: *Es bien importante que la información que se brinde a las adolescentes sea de forma diferente de acuerdo con su madurez y experiencia para que sea digerible, que ellas comprendan con su corta edad;*

PS2: ...podríamos agregar que fuera esa atención más más acorde a las necesidades de cada paciente [...] tenemos que saber cómo llegar a ellas, conocer ¿Cuál es su interés para su futuro? y de acuerdo con esto, nosotros poder ofertar.

PS4: ... viéndolo como un problema de salud pública para adolescentes, si debería enfocarlo en la misión, particularizar a este grupo poblacional;

PS3: ... es muy importante que las adolescentes aprendan a su forma y necesidades, que se vayan convencidas de que deben planificar...;

PS5:... hablar con ellas, a su nivel de ellas...

La temporalidad para ofertar tiene un momento ideal de acuerdo con los discursos de los PS los cuales concuerdan en que la etapa prenatal es la adecuada para brindar la consejería anticonceptiva.

PS4: ... nos llegan directamente a la atención de urgencias de tococirugía, prácticamente ya al término del embarazo referida de su unidad [...] uno se avoca un poquito más a cómo va a ser el desenlace del embarazo y ciertamente a veces no se da mucho espacio, sin que sea justificable que no se le oriente de forma directa sobre la planificación familiar...

PS3: ... es difícil en trabajo de parto, las adolescentes ya no ponen atención por una cosa u otra [...] que les hablen desde el embarazo es bueno, pero generalmente no tienen consentimiento informado.

PS2: ... porque es una población más vulnerable... este, sería importante que diera desde la consulta prenatal, porque se debe tener sus 10, 11 consultas prenatales y desde ahí se les va explicando...

Categoría 6: Barreras del entorno clínico

Por otro lado, los PS manifiestan una mayor relevancia a los aspectos contextuales que dificultan brindar una CAP de acuerdo con las necesidades de las adolescentes y dialogar abiertamente para dar paso a las decisiones particulares de las adolescentes. En la subcategoría, influencia de los familiares ellos comentan:

PS1: *... es difícil que acepten porque tal vez quieren a la mamá y ellas siempre opinan, no es fácil que la chica hable o decida tan fácil, ¡las mamás no las dejan!*

PS2: *A veces el esposo no esta de acuerdo, por que influye mucho lo que dice la pareja o lo que dice la suegra, la mamá ...;*

PS3: *las mamás se molestan, por que el personal es insistente, se sienten acosadas, es necesario informarlas y convencer...*

En la segunda subcategoría: opciones limitadas, se aprecia una lucha de valores, dónde los PS reconocen los derechos reproductivos y cuentan con conocimientos para brindar consejería de acuerdo con las demandas de información de las AG su consejería se limita debido a los recursos disponibles y políticas institucionales

PS4: *En segundo nivel de atención, los métodos que se sugieren como metodología anticonceptiva post evento obstétrico es el DIU o el método definitivo, son los que califican en un dado momento por programa...*

PS5: *¿Qué métodos tiene cada institución?, la nuestra tiene muy pocos, tiene lo básico, las unidades de medicina familiar tienen otros y aquí nos contrapunteamos... luego con la anticoncepción post evento obstétrico;*

PS2: *Sí las adolescentes demandan el implante, ¡no lo tenemos aquí!*

A pesar de estas limitaciones en cuanto a recurso y privacidad se debe cumplir con del indicador, tercera subcategoría considerada en el dialogo de los PS, donde se puede apreciar un problema de comunicación indirecto, la adolescente ya no elige, ni el proveedor en base a las necesidades de la adolescente sino a las metas institucionales:

PS2: *cuidamos mucho que se vayan con algún método;*

PS1: *... desde el nivel uno, [...] les empiecen a decir de los métodos o que este método no y es allí donde se nos baja la tasa de éxito y vienen con la mentalidad de que ya el médico les dijo que les iba a poner el implante o que este otro y nos desvían mucho la información, pero de todos modos si se van protegidas.*

PS3: *...realmente muy pocas se van sin método, el trabajo que hacen las enfermeras especialistas y jefa del programa es bueno;*

PS4: *es muy importante ¡no! ¡no! soltar el proceso que es lo más importante, entonces sí depende mucho también de esta situación de vigilar el proceso...;*

PS5: *... no se va sin método, la que se va sin método de las adolescentes es por que tuvo alguna complicación, alguna hemorragia, alguna preeclampsia...*

Apéndice Z

Autorización Para Realizar Prueba Piloto - Fase I

 **GOBIERNO DE MÉXICO**  **IMSS**

Instituto Mexicano del Seguro Social
COAD en Guanajuato
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Celaya Gto, a 17 de Febrero 2022

Clara Teresita Morales Álvarez
Estudiante del programa de Doctorado Ciencias de Enfermería

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, en respuesta a su petición, se le autoriza el ingreso a esta institución con la finalidad de realizar una prueba piloto para su estudio **Factibilidad de la entrevista motivacional en el uso anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal**, para lo cual es necesario se coordine con el departamento de trabajo social

Así mismo, le motivo a compartir los resultados de dicho trabajo con la finalidad de retroalimentar la atención materna de esta institución, deseando éxito en sus actividades se despide, su servidor.

Atentamente


Dr. Sergio Uriel Granados Landa
Director Médico
Unidad Médica Familiar No. 59

 **2022 Ricardo Flores Magón**



Apéndice AA

Consentimiento Informado Para Tutores

Prueba Piloto

Universidad Autónoma De Nuevo León

Facultad De Enfermería

Folio: _____

Título de proyecto: Eficacia preliminar de la intervención motivacional asistida por computador en español para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal
Autores/Estudiantes: MCE. Clara Teresita Morales Álvarez
Director de Tesis: DCE. Norma Elva Sáenz Soto

Estimado(a) Señor/Señora:

Mi nombre es MCE. Clara Teresita Morales Álvarez estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería por la Facultad de Enfermería de la UANL, estoy realizando un estudio basado en consejería en adolescentes para la toma de decisión en el uso de anticonceptivos al posparto.

Introducción/Objetivo del estudio:

El embarazo adolescente es un problema de salud pública que trae riesgos para la salud de la adolescente y de este derivan complicaciones para el desarrollo social de la madre y su hijo, el estudio **Factibilidad de la entrevista motivacional en el uso anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal** se está realizando en este Hospital en adolescentes de 10 a 19 años embarazadas y que no hayan recibido consejería sobre métodos anticonceptivos con el propósito de evaluar la utilidad del procedimiento y recursos de aprendizaje de una entrevista motivacional para el incremento en el uso de anticonceptivos.

Por lo que le invitamos autorizar la participación de su hija contestando algunas preguntas durante una sesión de entrevista motivacional que van encaminadas conocer el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, conocer sus motivaciones hacia la utilización de los anticonceptivos y establecer un plan seguro para utilizar anticonceptivos. A continuación, se le explicará en que consiste el estudio y los procedimientos, lo ayudará a decidir si autoriza o no la participación de su hija en este estudio.

Descripción del Estudio/Procedimientos:

Se invitará a todas las adolescentes que acudan a consulta de control prenatal

Si Usted autoriza la participación de su hija, se le pedirá que firme este consentimiento informado.

Se realizará a la adolescente una serie de cuestionarios para analizar conocimientos, actitud e intención hacia el uso de anticonceptivos entre otros aspectos teóricos, además de una entrevista con una duración de 30 minutos, posterior a esta sesión se citará para aplicar nuevamente los cuestionarios.

La sesión de la entrevista motivacional incluye:

- Responder preguntas para evaluar el riesgo de infecciones de transmisión sexual
- Tener reflexiones acerca de su plan de vida
- Dialogar sobre experiencias con uso de anticonceptivos
- Discutir sobre las inconveniencias e inconveniencias de usar anticonceptivos,
- Resolver dudas sobre la utilización de anticonceptivos
- Dialogar sobre la importancia y confianza en la prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual

- Estructurar planes a futuro para el uso de anticonceptivos
- Posterior a la consejería se enviará al celular de la adolescente mensajes de texto cortos motivacionales para el uso de métodos anticonceptivos durante 1 semana.

El tiempo aproximado de su participación es de 30 minutos para responder cuestionarios y 30 minutos para la entrevista motivacional. Una vez terminada su participación recibirá una gratificación en especie.

La información proporcione su hija será anónima, solo para fines científicos. Los resultados pueden ser publicados en revistas y congresos científicos, respetando la confidencialidad de los datos, para lo cual se asignará un folio

Posibles Riesgos Potenciales: Los riesgos potenciales son mínimos. Si alguna pregunta le hiciera sentir un poco incomoda, su hija tiene el derecho de no responderla y en el remoto caso de que existiera algún daño resultado de esta entrevista se le brindará la atención médica o psicológica de acuerdo con el protocolo de atención establecido en este hospital, acompañada en todo el momento del investigador principal hasta que Usted y su hija queden satisfechos con la atención brindada.

Beneficios esperados: La participación de su hija no tiene un beneficio personal. Sin embargo, contribuirá a conocer la viabilidad de la aplicación de esta entrevista con otros adolescentes en su misma situación y de esta forma incrementar la toma de decisiones anticonceptivas y a largo plazo prevenir embarazos subsecuentes

Compromisos del Investigador: La investigadora principal se compromete a aclarar todas las dudas existentes que se presenten antes, durante y después de la entrevista, así como respetar la voluntad de participación.

Compensación: Al final de la entrevista su hija recibirá una tarjeta con datos móviles de cien pesos.

Su firma indica su aceptación para que su hija participe voluntariamente en el presente estudio

Firma: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Testigo 1: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Testigo 2: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

_____ Fecha: ____ / ____ / ____ / ____

En caso de que desee contactar al Presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigación.faen@gmail.com. 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). **Se deberá firmar el formato por el sujeto o representantes y dos testigos, se entregará un duplicado de la hoja informativa del consentimiento informado, así como la hoja de firmas.



Apéndice BB
Asentimiento Informado Para Adolescentes
Prueba piloto

Universidad Autónoma De Nuevo León
 Facultad de Enfermería

Folio: _____

Título de proyecto: Eficacia preliminar de la intervención motivacional asistida por computador en español para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal
Autores/Estudiantes: MCE. Clara Teresita Morales Álvarez
Director de Tesis: DCE. Norma Elva Sáenz Soto

Mi nombre es: Clara Teresita Morales Álvarez, soy estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Actualmente se está realizando un estudio para evaluar la eficacia de la entrevista motivacional en la decisión anticonceptiva de adolescentes embarazadas, y para ello queremos pedirte que participes

Tu participación consistirá en:

- Responder algunos cuestionares antes y después de la entrevista motivacional
- Asistir a una sesión de entrevista motivacional
- Responder preguntas para evaluar de infecciones de transmisión sexual
- Tener reflexiones acerca de tu plan de vida
- Dialogar sobre experiencias con uso de métodos anticonceptivos
- Discutir sobre las inconveniencias e inconveniencias de usar métodos anticonceptivos,
- Resolver tus dudas sobre la utilización de anticonceptivos
- Dialogar sobre la importancia y confianza en la prevención de un segundo embarazo e infecciones de transmisión sexual
- Estructurar planes a futuro para el uso de anticonceptivos
- Posterior a la consejería se enviará al celular de la adolescente mensajes de texto cortos motivacionales para el uso de métodos anticonceptivos durante 1 semana.
- Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando alguno de tus padres haya 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 del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda la información que nos proporciones nos ayudará a que las adolescentes tomen una decisión consiente e informada para usar anticonceptivos al final del embarazo.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si no quieres participar, no pongas ninguna(X), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

_____ Fecha: a _____ de _____

Apéndice CC

Fase Resultados de Prueba Piloto

Para iniciar el reclutamiento se solicitó información a las Trabajadoras Sociales de una de las unidades de primer nivel, las adolescentes fueron convocadas vía telefónica para recibir pláticas de educación para la salud de forma general, actividad programada mensualmente por las trabajadoras sociales. Una vez reunidas, se hizo la invitación para participar en la prueba piloto, explicando los objetivos, procedimiento y haciendo énfasis en que su participación era voluntaria y su decisión no afectaría de ninguna manera en la atención de salud de este hospital, además de que todos los datos recabados serían manejados exclusivamente por la investigadora principal y de forma confidencial.

Las 8 adolescentes que asistieron a la cita aceptaron participar, posterior a su aceptación, firmaron el asentimiento informado (Apéndice AA) y sus tutores otorgaron el consentimiento informado (Apéndice BB). Las dos adolescentes que faltaban para completar la muestra requerida para esta fase ($n=10$) se buscaron en la sala de espera de la consulta externa durante los cinco días. Se identificaron 4 adolescentes, a quienes se les invitó a participar, solo dos aceptaron, posterior se aplicó la primera medición de instrumentos al finalizar con este procedimiento, se les brindó una cita que fuera compatible con su próxima visita al hospital (toma de laboratorios, ultrasonido, consulta médica, nutrición y vacunas). Dichas citas estaban programadas a los 7 días respecto a la aplicación del pretest

La entrevista motivacional se implementó en el periodo 9 al 14 de marzo en diversos horarios matutinos y vespertinos, cara a cara en los módulos de atención de enfermería, los mensajes m-Health se enviaron al día de siguiente de la sesión CAMI-

Spa y posterior cada tercer día hasta completar tres mensajes, en horario de 17:00 a 20:00 horas, concluyendo el 15 de marzo. El postest se aplicó el día 18 de marzo, día que estaban citadas las adolescentes por el área de trabajo social para recibir información inherente al embarazo de alto riesgo.

De las adolescentes participantes el 70% refirieron estar en unión libre, predominó la ocupación de estudiante 50% y la mayoría reporto mantener vida sexual durante el embarazo 70%, el resto de las variables numéricas se pueden apreciar en la tabla CC 1.

En cuanto a la comparación de las variables involucradas en el cambio de conducta anticonceptiva en la tabla DD 2 se muestra que todas las variables incrementaron el puntaje con énfasis en la variable preparación para el uso de anticonceptivos. La variable comunicación anticonceptiva perinatal solo se evaluó al postest ya que se tuvo considerada como variable del contexto clínico que moderaría el uso de anticonceptivos, la cual resultó con una evaluación elevada (Tabla CC 2).

Tabla CC 1

Características demográficas de las adolescentes en etapa perinatal (continuación)

Características	n	Min	Max	M	DE
Edad	10	14.0	19.0	17.0	1.8
Número de embarazos	10	1.0	2.0	1.2	0.4
Semanas de gestación	10	9.0	35.0	20.7	7.4
Años estudiados	10	9.0	15.0	13.3	1.2
Menarca	10	9.0	14.0	11.7	1.4
Inicio de vida sexual	10	15.1	1.3	15.1	1.3

Tabla CC 2

Puntuación de las variables del uso de anticonceptivos al pretest y posttest de las adolescentes en etapa perinatal

Variable	Pretest					Posttest				
	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Disposición contraceptiva	10	109.0	143.0	130.3	11.3	10	98.0	145.0	131.6	14.8
Saber contraceptivo	10	4.0	17.0	9.0	9.0	10	7.0	16.0	11.9	11.9
Procesos de cambio	10	73.0	10.4	88.6	9.5	10	83.0	116.0	100.4	8.7
Balance decisional	10	75.0	116.0	95.3	15.5	10	88.0	136.0	108.5	18.3
Uso de anticonceptivos	10	21.0	37.0	27.5	4.4	10	25.0	50.0	33.7	6.8
Uso condón pareja principal	10	24.0	39.0	31.2	5.5	10	30.0	48.0	37.9	7.2
Uso condón otras parejas	10	26.0	48.0	36.6	8.4	10	25.0	50.0	33.7	6.8
Autoeficacia	10	15.0	67.0	46.9	17.4	10	15.0	75.0	50.9	20.5
Uso de anticonceptivos	10	5.0	21.0	12.1	6.5	10	5.0	25.0	14.6	8.6
Uso condón pareja principal	10	5.0	25.0	16.2	7.6	10	5.0	25.0	16.5	7.5
Uso condón otras parejas	10	5.0	25.0	18.6	7.2	10	5.0	25.0	19.8	7.3
Preparación para el uso de anticonceptivos	10	0.0	7.0	2.9	5.5	10	7.0	33.0	20.7	8.4
Comunicación ^a anticonceptiva perinatal						10	89.8	100.0	95.3	3.5

Nota.

^a El instrumento para evaluar la comunicación anticonceptiva perinatal no se aplicó al pretest, motivo por el cual no se muestran resultados al pretest.

Apéndice DD

Oficios de Autorización Para Realizar el ECAP

 **GOBIERNO DE MÉXICO**  **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º 49
DELEGACIÓN GUANAJUATO
DIRECCIÓN MÉDICA

"2022 Año de Ricardo Flores Magón, precursor de la Revolución Mexicana"

Celaya, Guanajuato a 14 de marzo 2022

REF.1108501252110/318/2022

Clara Teresita Morales Álvarez
Estudiante del programa de Doctorado Ciencias de Enfermería

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, en respuesta a su petición, se le autoriza el ingreso a esta institución con la finalidad de llevar a cabo el estudio **Factibilidad de la entrevista motivacional en el uso anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal**, para lo cual es necesario se coordine con la Jefatura de esta unidad.

Así mismo, la invitamos a manejar de forma confidencial la información extraída de las usuarias, así como conducirse en los estándares éticos que el método científico requiere.

Atentamente

Dra. Mireya Franco Saldaña
Directora de la Unidad Médica Familiar No. 49

Atención y Soporte: DR. Col. Centro, C. P. 38006, Celaya, Guanajuato Tel. 01 471 6150204. Mireya Franco Saldaña



Apéndice DD

Oficios de autorización para realizar el ECAP



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



DIRECCIÓN DE OPERACIÓN Y EVALUACIÓN
Unidad de Comunicación Social
Coordinación Técnica de Difusión

MEMORANDUM INTERNO

Ref. 110804012151/CIR/011

Celaya, Guanajuato, a 02 de mayo de 2022.

MCE. CLARA TERESITA MORALES ALVAREZ
ALUMNA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Por medio de la presente le envío un cordial saludo y en atención a su solicitud de no brindar consejería anticonceptiva a las pacientes que aceptaron participar en su estudio “Factibilidad de la entrevista motivacional para el uso de anticonceptivos en adolescentes en etapa perinatal” al ingresar a nuestra unidad, cuente con nuestra colaboración, sin embargo si alguna de las pacientes decide no aceptar ningún método de Planificación Familiar estando en el área de Hospitalización después del evento obstétrico, tendremos que intervenir, ya que contamos con normativas como la NOM 007 SSA2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, donde menciona que la planificación familiar es una de las intervenciones para lograr una maternidad segura a través de la adopción de un método anticonceptivo posparto, con el objetivo de disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal, además se establece en el “Procedimiento de Planificación Familiar en Unidades Médicas del IMSS 2230-003-001” la obligación del personal de salud de informar y orientar a la población en edad reproductiva sobre los servicios gratuitos de planificación familiar que se ofrecen en las unidades médicas del Instituto, por lo que no podemos incumplir dichas disposiciones, por otra parte se sugiere pegar un aviso en admisión de Tococriugía para que el personal esté informado.

Me despido de usted, agradeciendo la atención a la presente, quedando de usted para cualquier duda o aclaración y reiterando nuestro apoyo y colaboración en lo que esté en nuestro alcance.

Atentamente

Elizabeth Chico Tellez

L.E.O Elizabeth Chico Tellez
Jefe de Enfermería

C.c.p. S.J.E Yanneli Flores Velázquez, Jefe de Enfermería, C.P. 96000, Ciudad de México, E.L. 855887, m.c.p.s.



Apéndice EE

Bitácora de Reclutamiento de Adolescentes

[illegible]

Apéndice FF**Cuestionario Filtro**

Fecha: _____

Folio: _____

- 1.- ¿Cuántos años cumplidos tienes? _____
- 2.- ¿Cuántas semanas de gestación tienes actualmente? _____
- 3.- ¿Cuántos embarazos has tenido hasta el momento? _____
- 4.- ¿Padeces alguna enfermedad relacionada con el embarazo?
Si _____ No _____. ¿Cuál?
- 5.- ¿En el último mes recibiste consejería de planificación familiar?
Si _____ No _____



Apéndice GG
Consentimiento Informado para Tutores, Fase II
 Universidad Autónoma De Nuevo León
 Facultad De Enfermería

Folio: _____

Título de proyecto: Eficacia preliminar de la intervención motivacional asistida por computador en español para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal
Autores/Estudiantes: MCE. Clara Teresita Morales Álvarez
Director de Tesis: DCE. Norma Elva Sáenz Soto

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo del estudio:

El embarazo adolescente es un problema de salud pública que trae riesgos para la salud de la adolescente y de este derivan complicaciones para el desarrollo social de la madre y su hijo, el estudio **Factibilidad de la entrevista motivacional en el uso anticonceptivos de adolescentes en de etapa perinatal** se está realizando en este Hospital en adolescentes de 10 a 19 años que se encuentren embarazadas y que no hayan recibido consejería sobre métodos, con el objetivo de evaluar el eficacia de la entrevista motivacional en el uso de anticonceptivos de las adolescentes. Su participación y los resultados obtenidos son con el fin de obtener el grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Por lo que le invitamos autorizar la participación de su hija contestando algunas preguntas durante una sesión de entrevista motivacional que van encaminadas conocer el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, conocer sus motivaciones hacia la utilización de los anticonceptivos y establecer un plan seguro para utilizar anticonceptivos. A continuación, se le explicará en que consiste el estudio y los procedimientos, lo ayudará a decidir si autoriza o no la participación de la madre adolescente en este estudio.

Descripción del Estudio/Procedimientos:

Se invitará a todas las adolescentes que acudan a consulta de control prenatal de este hospital. Si Usted autoriza la participación de su hija, se le pedirá que firme este consentimiento informado. Se le realizarán una entrevista con una duración de 60 minutos donde se solicitará a la adolescente datos personales y después de eso iniciará una entrevista motivacional con el objetivo de explorar sus experiencias con la planificación familiar.

La sesión de la entrevista motivacional incluye:

- Responder cuestionarios con respecto a la experiencia de uso de anticonceptivos, (seis cuestionarios en dos visitas a la clínica con duración de 15 min)
- Asistir a las sesiones de consejería anticonceptiva de acuerdo con el grupo asignado (30 min)
- Durante las sesiones:
- Responder preguntas para evaluar de infecciones de transmisión sexual
- Tener reflexiones acerca de su plan de vida
- Dialogar sobre experiencias con uso de métodos anticonceptivos
- Discutir sobre las inconveniencias e inconveniencias de usar métodos anticonceptivos,
- Resolver dudas sobre la utilización de anticonceptivos
- Dialogar sobre la importancia y confianza en la prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual
- Estructurar planes a futuro para el uso de anticonceptivos
- Posterior a la consejería responder nuevamente los cuestionarios repartidos en dos visitas a la clínica (15 min en cada visita), posterior se le enviará al celular mensajes de texto cortos

motivacionales para el uso de métodos anticonceptivos durante 4 semana, o hasta la conclusión del embarazo

- Se monitorizará a la fecha de parto por parte de un asistente sin influir en la atención de parto a la conclusión del parto le visitará en hospitalización y se le invitara a responder 2 cuestionarios (5 min).
- Es importante mencionarle que para preservar la calidad de esta intervención al azar se estarán realizando grabaciones de la entrevista, previamente se solicitará permiso a su hija para esta grabación. Si ella no acepta, se respetará su decisión y se continuará con la entrevista. Si ella acepta se procederá a la grabación exclusiva de audio y no se grabarán los datos personales (nombre, nombre, edad etc.) solo se incluirá el folio para idéntica la grabación a futuro. La información proporcione su hija será anónima, solo para fines científicos. Los resultados pueden ser publicados en revistas y congresos científicos, respetando la confidencialidad de los datos.
- **Posibles Riesgos Potenciales:** Los riesgos potenciales son mínimos. Si alguna pregunta le hiciera sentir un poco incomoda, su hija tiene el derecho de no responderla y en el remoto caso de que existiera algún daño, resultado directo de esta entrevista se le brindará la atención médica o psicológica de acuerdo al protocolo de atención establecido en este hospital, acompañada en todo el momento por el investigador principal hasta que Usted y su hija queden satisfechos con la atención brindada.
- **Beneficios esperados:** La participación de su hija no tiene un beneficio personal. Sin embargo, contribuirá a conocer la viabilidad de la aplicación de esta entrevista con otros adolescentes en su misma situación y de esta forma incrementar la toma de decisiones anticonceptivas y a largo plazo prevenir embarazos subsecuentes
- **Compromisos del Investigador:** La investigadora principal se compromete a aclarar todas las dudas existentes que se presenten antes, durante y después de la entrevista, así como respetar la voluntad de participación.
- **Compensación:** Al final de la investigación su hija, recibirá un obsequio para el cuidado del bebé.
- **Su firma indica su aceptación para que su hija participe voluntariamente en el presente estudio**

Firma: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Testigo 1: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Testigo 2: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

_____ Fecha: ____ / ____ / ____ / ____

****En caso de que desee contactar al Presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigación.fae@gmail.com. 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). Se deberá firmar el formato por el sujeto o representantes y dos testigos, se entregará un duplicado de la hoja informativa del consentimiento informado, así como la hoja de firmas.**



Apéndice HH

Asentimiento Informado Adolescentes, Fase II

Universidad Autónoma De Nuevo León

Facultad De Enfermería

Folio: _____

Título de proyecto: Eficacia preliminar de la intervención motivacional asistida por computador en español para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal
Autores/Estudiantes: MCE. Clara Teresita Morales Álvarez
Director de Tesis: DCE. Norma Elva Sáenz Soto

Mi nombre es Clara Teresita Morales Álvarez soy estudiante de la Facultad de Enfermería de la UANL.

Actualmente se está realizando un estudio para evaluar la eficacia de la entrevista motivacional en la decisión anticonceptiva de adolescentes en etapa perinatal.

Tu participación en el estudio consistiría en:

- Formar parte de un de los dos grupos del estudio, para recibir consejería personalizada sobre los métodos anticonceptivos y la prevención de infecciones de transmisión sexual. Cabe mencionar que existe la misma posibilidad de pertenecer a un grupo o a otro, para esto serás asignada al azar a cualquiera de los dos, inicialmente responderás seis cuestionarios en dos ocasiones empatando estas fechas con las citas de atención prenatal con duración de 15 minutos.
- Si perteneces al primer grupo, te incorporarás alrededor de la semana 28 de gestación para recibir consejería sobre planificación familiar que incluye responder a preguntas sobre el riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual, estar presente en la plática acerca de los métodos anticonceptivos y asistir a una sesión en el consultorio de las enfermeras especialistas en medicina de familia. Esta actividad tendrá una duración de 20 minutos.
- En la cita próxima, responder nuevamente los cuestionamientos, riesgo sexual, creencias, conocimientos, estrategias, motivaciones, confianza, intenciones y uso de métodos anticonceptivos al inicio de la sesión duración 20 minutos.
- Si perteneces al segundo grupo, te integrarás en la semana 28 de gestación y la segunda sesión a la semana 33 aproximadamente con una duración de 30 minutos de entrevista motivacional personalizada que incluye responder preguntas sobre el riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual, tus metas en la vida, dialogar sobre experiencias sexuales y uso de métodos anticonceptivos, las conveniencias e inconveniencias de usar anticonceptivos, resolver dudas sobre los métodos anticonceptivos, platicar sobre la importancia y confianza en la prevención de un segundo embarazo e infecciones de transmisión sexual y diseñar planes a futuro para el uso de anticonceptivos.
- Responder una serie de cuestionarios sobre datos personales, riesgo sexual, creencias, conocimientos, estrategias, motivaciones, confianza, intenciones y uso de métodos anticonceptivos antes de la primera sesión (seis cuestionarios repartidos en dos visitas

a la clínica), con duración de 15 minutos y al término de la segunda sesión (siete cuestionarios con la misma dinámica de aplicación) duración de 15 min y en el hospital a las 24 horas posparto 2 cuestionarios con duración de 5 min.

- Recibir y leer en tu celular mensajes de texto cortos motivacionales para el uso de anticonceptivos durante un mes, de la semana de gestación 37 hasta el final del embarazo.

Es importante mencionar que, para control de calidad de esta intervención, se grabarán en audio al azar, siendo posible que una de las dos sesiones sea grabada. Los audios serán evaluados por personal experto para verificar la fidelidad de la intervención y bajo estrictos protocolos de confidencialidad.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando alguno de tus padres haya 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 del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda la información que nos proporciones y/o mediciones que se realicen nos ayudarán a conocer si la eficacia de esta intervención es positiva para que otras adolescentes embarazadas tengan la oportunidad de llevarla a cabo y a largo plazo evitar un segundo embarazo

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

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(X)** en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

☐ Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el consentimiento:

Fecha: a _____ de _____ del ____.



Apéndice II

Consentimiento Informado Para adolescentes 18 y 19 años Fase II

Universidad Autónoma De Nuevo León

Facultad De Enfermería

Folio: _____

Título de proyecto: Factibilidad de la entrevista motivacional en el uso anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal

Autores/Estudiantes: MCE. Clara Teresita Morales Alvarez

Director de Tesis: DCE. Norma Elva Sáenz Soto

Estimado(a) Srita:

El embarazo adolescente es un problema de salud pública que trae riesgos para la salud de la adolescente y de este derivan complicaciones para el desarrollo social de la madre y su hijo, el estudio **Factibilidad de la entrevista motivacional en el uso anticonceptivos de adolescentes en de etapa perinatal** se está realizando en este Hospital en adolescentes de 10 a 19 años que se encuentren embarazadas y que no hayan recibido consejería sobre métodos, con el objetivo de evaluar el eficacia de la entrevista motivacional en el uso de anticonceptivos de las adolescentes. Su participación y los resultados obtenidos son con el fin de obtener el grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Por lo que la invitamos a participar contestando algunas preguntas durante una sesión de entrevista motivacional que van encaminadas conocer el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, conocer sus motivaciones hacia la utilización de los anticonceptivos y establecer un plan seguro para utilizar anticonceptivos. A continuación, se le explicará en que consiste el estudio y los procedimientos, lo ayudará a decidir si autoriza o no la participación de la madre adolescente en este estudio.

Descripción del Estudio/Procedimientos:

Se invitará a todas las adolescentes que acudan a consulta de control prenatal de este hospital

Si Usted decide participar, se le pedirá que firme este consentimiento informado.

Se le realizarán una entrevista con una duración de 30 minutos donde se solicitará a la adolescente datos personales y después de eso iniciará una entrevista motivacional con el objetivo de explorar sus experiencias con la planificación familiar.

La sesión de la entrevista motivacional incluye:

- Responder cuestionarios con respecto a la experiencia de uso de anticonceptivos, (seis cuestionarios en dos visitas a la clínica con duración de 15 min)
- Asistir a las sesiones de consejería anticonceptiva de acuerdo con el grupo asignado (30 min)
- Durante las sesiones:
 - Responder preguntas para evaluar de infecciones de transmisión sexual
 - Tener reflexiones acerca de su plan de vida
 - Dialogar sobre experiencias con uso de métodos anticonceptivos
 - Discutir sobre las inconveniencias e inconveniencias de usar métodos anticonceptivos,
 - Resolver dudas sobre la utilización de anticonceptivos
 - Dialogar sobre la importancia y confianza en la prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual
- Estructurar planes a futuro para el uso de anticonceptivos
 - Posterior a la consejería responder nuevamente los cuestionarios repartidos en dos visitas a la clínica (15 min en cada visita), posterior se le enviará al celular mensajes de texto cortos

motivacionales para el uso de métodos anticonceptivos durante 4 semana, o hasta la conclusión del embarazo

- Se monitorizará a la fecha de parto por parte de un asistente sin influir en la atención de parto a la conclusión del parto le visitará en hospitalización y se le invitara a responder 2 cuestionarios (5 min).
- Es importante mencionarle que para preservar la calidad de esta intervención al azar se estarán realizando grabaciones de la entrevista, previamente se solicitará permiso a su hija para esta grabación. Si ella no acepta, se respetará su decisión y se continuará con la entrevista. Si ella acepta se procederá a la grabación exclusiva de audio y no se grabarán los datos personales (nombre, nombre, edad etc.) solo se incluirá el folio para idéntica la grabación a futuro. La información proporcione su hija será anónima, solo para fines científicos. Los resultados pueden ser publicados en revistas y congresos científicos, respetando la confidencialidad de los datos.

Posibles Riesgos Potenciales: Los riesgos potenciales son mínimos. Si alguna pregunta le hiciera sentir un poco incomoda, su hija tiene el derecho de no responderla y en el remoto caso de que existiera algún daño, resultado directo de esta entrevista se le brindará la atención médica o psicológica de acuerdo al protocolo de atención establecido en este hospital, acompañada en todo el momento por el investigador principal hasta que Usted y su hija queden satisfechos con la atención brindada.

Beneficios esperados: La participación de su hija no tiene un beneficio personal. Sin embargo, contribuirá a conocer la viabilidad de la aplicación de esta entrevista con otros adolescentes en su misma situación y de esta forma incrementar la toma de decisiones anticonceptivas y a largo plazo prevenir embarazos subsecuentes

Compromisos del Investigador: La investigadora principal se compromete a aclarar todas las dudas existentes que se presenten antes, durante y después de la entrevista, así como respetar la voluntad de participación.

Compensación: Al final de la investigación su hija, recibirá un obsequio para el cuidado del bebé.
Su firma indica su aceptación para que su hija participe voluntariamente en el presente estudio

Firma: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Testigo 1: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Testigo 2: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

_____ Fecha: ____ / ____ / ____ / ____

****En caso de que desee contactar al Presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigación.fae@gmail.com. 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). Se deberá firmar el formato por el sujeto o representantes y dos testigos, se entregará un duplicado de la hoja informativa del consentimiento informado, así como la hoja de firmas.**

Apéndice JJ

Mapeo de la Intervención CAMI-Spa-Clínico

A continuación, se muestra el mapa de la intervención motivacional para el uso de anticonceptivos, en la cual redacta una breve semblanza del problema, características de la población de estudio, guía teórica que fundamenta esta intervención y se plantea la carta descriptiva considerando los temas, objetivos, recursos y tiempo de las sesiones de la entrevista motivacional y el componente m-Health.

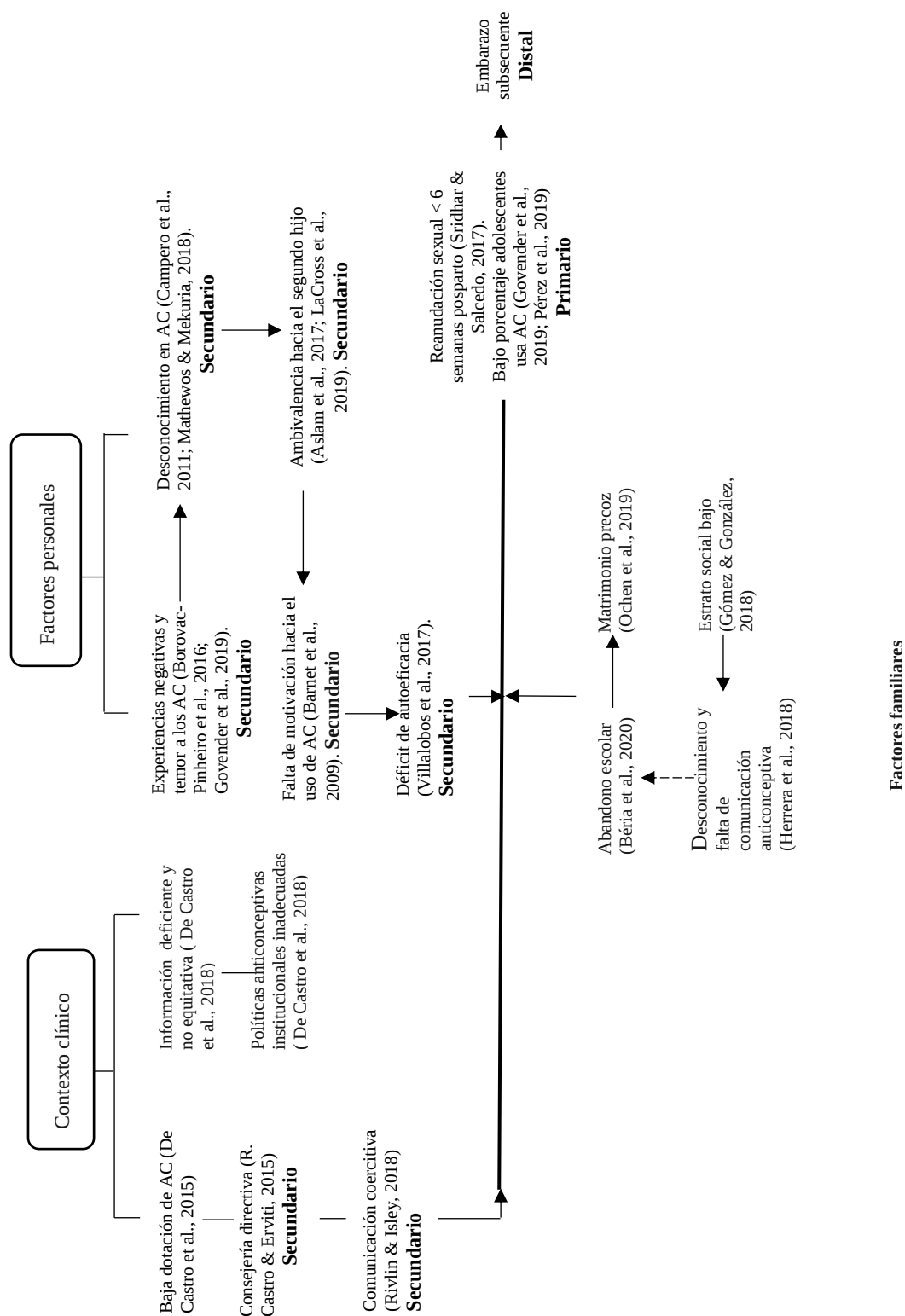
1.- Especificar el problema a resolver (total, parcialmente) con la intervención.

El embarazo subsecuente (ES) en adolescentes es un problema sanitario multicausal, implica factores sociales e institucionales, familiares y personales. Se considera que dentro de los últimos se encuentra el temor hacia el uso de AC, la actitud negativa hacia los mismos, el déficit de conocimiento, motivación y autoeficacia (variables secundarias) puede ser resueltos con la intervención CAMI-Spa-Clínico, así como la comunicación anticonceptiva coercitiva factor del contexto clínico.

Lo anterior, debido a que la Intervención CAMI-Spa-Clínico está fundamentada en el MTT, TCP y EM, esta última es una forma de comunicación centrada en la persona, donde la principal actriz es la adolescente como experta en sí misma, la cual puede decidir el uso de un AC de acuerdo a sus necesidades en asesoría con el proveedor de salud (PS) (variable secundaria). En tanto que el MTT, guía el tránsito de la adolescente desde etapa de precontemplación (no tener interés por usar un AC) hasta la acción es decir utilizar un AC en las primeras horas posparto, en la Figura JJ1 se muestra el mapa de las variables involucradas en el fenómeno y susceptible a ser modificadas con esta intervención (primarias y secundarias).

Figura JJ1

Mapa del problema de la intervención CAMI-Spa-Clínico



2.- Definir-caracterizar a la población

Adolescentes gestantes menores de 0-19 años que se encuentren embarazadas y adscritas a un hospital de segundo nivel de atención. De acuerdo con la literatura esta población se ha caracterizado por tener una baja escolaridad y nivel socioeconómico, con creencias erróneas sobre el uso de AC, conocimientos deficientes acerca de los métodos anticonceptivos,

3.- Especificar la teoría en que fundamenta la intervención

La intervención motivacional CAMI-Spa se fundamenta el Modelo Transteórico (Prochaska y Prochaska, 2019) y el Modelo de cambio de conducta para el uso de métodos anticonceptivos de (Manjarres-Posada, 2021), Ambas teorías fundamentan la transición de la adolescente por las etapas de cambio hasta llegar al uso consistente de AC, sin embargo se considera importante la moderación que realiza el proveedor de planificación familiar al brindar la consejería a la adolescente en un contexto clínico, por lo cual se introduce el Control Conductual percibido de la Teoría de la Conducta Planeada de (Fishbein & Ajzen, 1975).

Este proyecto propone adaptar CAMI-SPA al contexto clínico, con el propósito de que la adolescente adopte un AC y de esta forma contribuir a la prevención de un segundo embarazo antes de los dos años del nacimiento del hijo índice, para lo cual atrae la metodología de la adaptación de intervenciones Mckleroy (2006), al ser un proyecto que considera de guía varios modelos y un contexto en el que no se había desarrollado CAMI y CAMI-Spa es necesario considerar la ciencia de la implementación de intervenciones de Gitlin y Czaja (2016).

4.- Describir las metas generales del tratamiento implicado en la intervención.

1.- Adaptar la intervención al contexto de un hospital de segundo nivel.

2.- Incrementar el uso de anticonceptivos ente las adolescentes gestantes antes del egreso hospitalario.

5.- Describir los objetivos de la intervención y las actividades principales para alcanzarlos, Tabla JJ 1).

6. Resultados del tratamiento:

Primario: Elevar el número de usuarias adolescentes adoptantes de AC al postparto inmediato

Secundario:

1.- Incremento de los saberes y disposición contraceptivos

3.- Evolución conductual de la precontemplación a la etapa de acción.

4.- Elevar la autoeficacia a través del uso del balance decisonal anticonceptivo y procesos de cambio.

5.- Utilizar la comunicación anticonceptiva perinatal como un factor contextual r en el uso de anticonceptivos en etapa perinatal.

Tabla JJ 1

Carta descriptiva de la intervención CAMI-Spa- Clínico

Contenido	Objetivo	Actividades	Recursos	Tiempo
Sesión 1	Motivar a la adolescente hacia la toma de decisión	Discusión de planes a futuro	Humanos	
1.-Evaluación del riesgo	hacia la toma de decisión anticonceptiva durante el periodo perinatal, a través de entrevista motivacional	Revisión de experiencias sexuales y uso de AC	1 consejero certificado en entrevista motivacional, amplios conocimientos en métodos anticonceptivos con habilidades empáticas hacia las adolescentes	5 min
2.- Entrevista motivacional		Revisión de la historia del uso de AC		25 min
3.- Creación de un plan seguro		Reflexión sobre el riesgo de un segundo embarazo e infecciones de Transmisión sexual (ITS)		
		Discusión de los conveniencias e inconveniencias del uso de AC	Materiales: Software de evaluación de riesgo	5 min
		Discusión del nivel importancia y confianza en la prevención de un segundo embarazo e ITS.	Manual del consejero CAMI-SPA-Clínico Materiales de educación para la salud	Total: 30 minutos

(Continúa)

Tabla JJ 1*Carta descriptiva de la intervención CAMI-Spa- Clínico (Continuación)*

Contenido	Objetivo	Actividades	Recursos	Tiempo
Sesión 2. Entrevista Motivacional con sus tres componentes +		Crear un plan seguro para utilizar AC		Total: 30 minutos
Mensajes motivacionales	Potencializar la motivación hacia la toma de decisión anticonceptiva	Envío de mensajes motivacionales través del celular, los lunes, miércoles y viernes	lantilla de mensaje previamente validados al lenguaje adolescente.	4 semanas

Apéndice KK

Procedimiento para la Atención de Planificación Familiar

Etapa 1

Asistente médica

Recibe a la paciente, revisa cartilla, agenda citas y registra lo correspondiente en la cartilla.

Orienta sobre los beneficios de planear la familia e investiga si usa método de planificación familiar, conduce con el médico familiar.

Etapa 2

Médico Familiar

Define el motivo de consulta, si es embarazo de bajo riesgo decide envió a enfermera en medicina de familia.

Enfermera en medicina de Familia

Recibe a la embarazada de bajo riesgo, verifica la consulta en la agenda, revisa las acciones preventivas y exhorta acuda al módulo PREVENIMSS, Realiza acciones de comunicación educativa a partir de la semana 28, sobre la adopción de un AC, registra las acciones y procede conforme a la decisión de la paciente de aceptar un método anticonceptivo, si acepta elabora formato en la semana 34 o antes si refiere para su atención obstétrica en el hospital.

Apéndice LL

Plan de Fidelidad de la Intervención CAMI-Spa-Clínico

Dominio	Mejoras	Seguimiento	Medición
Fidelidad teórica	La intervención CAMI-SPA-Clínico, es guiada por el MTT, MCC-MAC y TCP.	Se elaboró mapa del problema con las variables involucradas.	Revisión de expertos
	Se actualizo el manual para el consejero CAMI-SPA-Clínico	Se realizó el modelo lógico de acuerdo proceso de la conducta, componentes e intervenciones.	
	Se realizó un mapa del problema.		
Diseño	Entrevistador	Asistencia a capacitación virtual sobre entrevista motivacional	Certificado como entrevistador motivacional.
	El consejero, fue adiestrado por la agencia especializadas en EM Motivational Interviewing Training and Consulting (MITC).	Retroalimentación de audios	
		Sesiones de coaching	
	Procedimiento		
	Se programarán reuniones semanales para evaluar el plan de trabajo: desde el reclutamiento hasta el egreso de las pacientes.	Reunión viernes	Informes de avance
	Se verificará el folio de todas las entrevistas por otras personas que no sean el consejero CAMI.	Se revisó la congruencia del folio asignado en el reclutamiento, agendas.	Reporte por escrito
			Audios grabados
	Entrega		Listas de verificación
	Durante la entrevista motivacional de todas las participantes se utilizó como guía la lista de verificación de la fidelidad en la entrega del CAMI-Spa de Manjarres (2020) por parte del entrevistador y se almacenará en el expediente de la paciente.	Se solicitó autorización de grabar la sesión, posterior se enviaran a evaluación por expertos	Número de violaciones del protocolo.
		La lista de cotejo se revisará los viernes durante la reunión para evaluar el procedimiento	
	Envío de los mensajes de texto		
	El envío se monitorizó a través de una lista de cotejo.		Número de violaciones del protocolo.

Seguimiento de alertas y eventos adversos

En caso de que la madre adolescente refiera malestar o inconformidad con los temas dialogados en la entrevista motivacional, se registrará en las notas clínicas (ver apéndice C) y le brindará referencia para asistencia por un profesional de salud del IMSS.

Para asegurar que todas las alertas / eventos adversos fueron detectados, se registraron eventualidades en las notas clínicas

Número de alertas y resolución oportuna

Apéndice MM

Lista de Verificación de la Fidelidad de la Entrega del CAMI-Spa- Clínico

Fecha: _____ ID Participante: _____ Sesión No. _____

Actividad	¿Se realizó la actividad? Si o No	¿Las instrucciones se llevaron a cabo de acuerdo con las instrucciones del manual del consejero?	¿Qué cambios se presentaron durante el desarrollo de la actividad?
Paso 1. Introducción			
Paso 2. Evaluación de riesgo			
Paso 3. Revisión del resumen impreso			
Paso 4. Discusión de las metas a futuro			
Paso 5. Revisión de las experiencias sexuales y el uso de AC			
Paso 6. Revisión del historial del uso de AC			
Paso 7. Síntesis de la discusión sobre el uso pasado de métodos anticonceptivos			
Paso 8. Revisión de los resultados de la evaluación de riesgo de embarazo e ITS.			
Paso 9. Síntesis de la discusión acerca de la evaluación de riesgos de embarazo e ITS.			
Paso 10. Revisión de la disposición de la participante para el uso de AC			
Paso 11. Discusión de las ventajas y desventajas del uso de AC			
Paso 12. Discusión del nivel de importancia y confianza de embarazo e ITS.			
Paso 13. Creación de un plan seguro			
Tiempo de duración y otras novedades			

Apéndice NN

Lista de Cotejo m-Health

[illegible]

Apéndice ÑÑ

Resultados Cualitativos de los m-Health al Posparto

A continuación, se muestran las 18 opiniones cualitativas de las adolescentes con respecto a los m-Health:

Adolescente 1. *Me parecieron bien para cuidar de nuestra salud y no quedar muy rápido embarazadas, y no tener infecciones, me llegaron a una hora adecuada.*

Adolescente 2. *Me parecieron buenos*

Adolescente 3 *Los mensajes fueron agradables y entendibles*

Adolescente 4. *Me parecieron muy importantes para mi toma de decisiones y reflexión de los anticonceptivos*

Adolescente 5. *Son un buen apoyo, motivacionales y agradables*

Adolescente 6. *Me gustaron los mensajes fueron de motivación para pensar en mi embarazo, llegaron en buen horario*

Adolescente 7. *Me sirvieron para elegir el método de planificación familiar*

Adolescente 8. *Me parecieron bien y me llegaron en tiempo, los mensajes me dieron buenas opiniones*

Adolescente 9. *Para mí fue muy agradable y aprendí sexualidad con responsabilidad y recomendaría estas platicas a quienes empiezan a experimentar su sexualidad.*

Adolescente 10. *Fueron muy buenos mensajes que me ayudaron a no olvidarme de utilizar métodos anticonceptivos*

Adolescente 11. *Estaban muy interesantes y me sirvieron demasiado para seguir recordando sobre los anticonceptivos*

Adolescente 10. *Los mensajes fueron agradables, me gustaron.*

Adolescente 11. *Las pláticas me parecieron interesantes y me enseñaron mucho de los anticonceptivos*

Adolescente 12. *Fueron llamativos y me recordaban los anticonceptivos*

Adolescente 13. *Los mensajes que lei, fueron interesantes para continuar con los anticonceptivos.*

Adolescente 14. *Los mensajes me parecieron bien para usar anticonceptivos*

Adolescente 15. *Todo me parecido bien, los mensajes me sirvieron saber más de los anticonceptivos.*

Adolescente 16. *Me parecieron bonitos*

Adolescente 17. *... los mensajes fueron buenos como recordatorios*

Adolescente 18. *Me parecieron agradables para continuar pensando en usar un anticonceptivo.*

Apéndice OO

Escala de Evaluación Motivational Interview Treatment Integrity

Globales Técnicos (habilidades)				
Cultivando la plática de cambio: El grado con que el clínico fomenta activamente el lenguaje propio del cliente a favor del cambio y su confianza para llevarlo a cabo. El objetivo de cambio es que sea obvio en la sesión y la conversación tiene que centrarse en el cambio.				
1	2	3	4	5
El clínico no muestra atención explícita o preferencia por el lenguaje del cliente a favor del cambio.	El clínico esporádicamente presta atención al lenguaje del cliente a favor del cambio, frecuentemente pierde oportunidades para fomentar el discurso de cambio.	El clínico a menudo presta atención al lenguaje a favor del cambio, pero pierde algunas oportunidades para fomentar el discurso de cambio.	El clínico consistentemente presta atención al lenguaje de cambio y hace un esfuerzo para fomentarlo.	El clínico muestra un esfuerzo marcado y consistente para incrementar la profundidad, fortaleza, o el impulso en el lenguaje del cliente a favor del cambio.
Atenuando la plática de permanencia: El grado en que el clínico evita enfocarse en las razones en contra del cambio o a favor de mantener el statu quo. El clínico debe evitar quedarse en discusiones relacionadas con la dificultad o indeseabilidad de cambiar				
1	2	3	4	5
El clínico consistentemente responde al lenguaje del cliente de forma que facilita la frecuencia o profundidad de los argumentos a favor del statu quo.	Usualmente escoge explorar, enfocarse, o responder a las razones del cliente para mantener el statu quo.	El clínico da preferencia al lenguaje del cliente a favor del statu quo, pero en algunas instancias puede alejar su enfoque de la plática de cambio.	El clínico típicamente evita el énfasis en el lenguaje del cliente a favor del statu quo.	El clínico muestra un esfuerzo marcado y consistente en reducir la profundidad, fortaleza, o el impulso del lenguaje del cliente a favor del Statu quo.

(Continua)

Escala de evaluación Motivational Interview Treatment Integrity (Continuación)

Globales relacionales (Espíritu)

Colaboración: El grado con que el clínico transmite que la pericia y sabiduría sobre el cambio se encuentra principalmente en el cliente. EL clínico debe comportar como si la entrevista estuviera ocurriendo entre dos personas iguales, las cuales tienen conocimiento que puede ser útil para resolver el cambio

1	2	3	4	5
El clínico activamente asume el rol de experto en la mayoría de la interacción con el cliente. La colaboración o asociación están ausentes.	El clínico responde superficialmente oportunamente para colaborar.	El clínico incorpora las contribuciones del cliente, pero lo hace de forma tibia o de manera errática.	El clínico fomenta la colaboración y comparte el poder de forma que las contribuciones del cliente impactan la sesión de manera que de lo contrario no ocurriría.	El clínico fomenta y alienta activamente a compartir el poder durante la interacción de tal manera que las contribuciones del cliente influyen sustancialmente la naturaleza de la sesión.

Empatía: El grado con que el clínico entiende o se esfuerza por captar la perspectiva y experiencia del cliente. Tiene la intención de captar todos los esfuerzos que el clínico realiza para entender la perspectiva del cliente y transmitir esta comprensión al cliente. La empatía no debe confundirse con simpatía.

1	2	3	4	5
El clínico presta poca o nada de atención a la perspectiva del cliente.	El clínico realiza esfuerzos esporádicos para explorar la perspectiva del cliente. El entendimiento del clínico puede ser inexacto o puede restar valor al verdadero significado del cliente.	El clínico activamente intenta entender la perspectiva del cliente con éxito modesto.	El clínico hace esfuerzos activos y repetidos para entender el punto de vista del cliente. Muestra evidencia de una comprensión precisa de la visión del mundo del cliente, aunque mayormente limitada a un contenido explícito.	El clínico muestra pruebas de comprensión profunda sobre el punto de vista del cliente, no solamente sobre lo que se ha dicho explícitamente, sino lo que el cliente quiere decir y no ha dicho.

Resumen Autobiográfico

MCE. Clara Teresita Morales Álvarez

Candidata a Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: EFICACIA PRELIMINAR DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL ASISTIDA POR COMPUTADOR EN ESPAÑOL EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE ADOLESCENTES EN ETAPA PERINATAL

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Biografía: Nacida en Querétaro, Qro., el 8 de octubre de 1981, hija de Ma. del Pueblito Álvarez Rentería y J. Natividad Morales González.

Educación: Egresada de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (2005) y Maestría en Ciencias de Enfermería (2009) en la Universidad de Guanajuato, realizó Postécnico en Enfermería Pediátrica (2012) en el Centro Médico Nacional de Occidente avalada por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y Postécnico en Administración y Docencia (2015) en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Autónoma de México.

Experiencia profesional: Ha desempeñado diversas categorías en el Instituto Mexicano del Seguro Social: Enfermera General en el Hospital General de Zona No. 4 (2004-2013), Enfermera Pediatra en Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 (2014-2017) y actualmente como Enfermera Jefe de Piso en el Hospital General de Zona No. 4.

Docencia: Profesora de asignatura en la Facultad de Enfermería de Celaya (2006-2009), Profesora de tiempo parcial de 20 horas (2010-2014) y Profesora de tiempo completo en el Campus Celaya – Salvatierra, División Ciencias de la Salud e Ingenierías del 2015 a

la fecha, Coordinadora de la Especialidad de Enfermería en Cuidados intensivos 2015-2018, Coordinadora de la Especialidad en Enfermería Pediátrica y Especialidad en Enfermería Médico-Quirúrgica 2016-2019.

Asociaciones y membresías: Miembro del Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha, Colegio de Enfermería de Celaya A.C. y Asociación Nacional Mexicana de Urgencias/Emergencias pediátricas A.C.

Distinciones: Reconocimiento al perfil deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) 2017 a la fecha, al desempeño docente 2021, Mención honorífica en el premio estatal de docencia 2020.

Investigación: Integrante del Cuerpo Académico Estilo de Vida Saludable y Cronicidad, Asesora de proyectos de investigación de Licenciatura en Enfermería, Maestría en Ciencias de Enfermería y Licenciatura en Medicina, Dirección de proyectos de mejora en los programas de Especialidad de Enfermería y Especialidades Médicas.

Ponente: Participación en múltiples eventos académicos y científicos nacionales e internacionales.

Publicaciones: Cuenta con artículos en revistas arbitradas, indexadas, con reconocimiento CONACYT y Scopus.