



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CIUDAD JUÁREZ**



**INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMEDICAS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 46**

**Percepción del personal de salud acerca de uso de métodos  
anticonceptivos en adolescentes en la UMF No. 67 de Ciudad  
Juárez Chihuahua**

**T E S I S**

Tesis para optar por el grado de:  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**Dra. Jéssica Aragón Guzmán**

ASESOR:

**Dra. Edna Edith Licerio Pérez**

ASESOR METODOLÓGICO:

**Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos**

# Dictamen



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



## Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 802.  
U MED FAMILIAR NUM 46

Registro COFEPRIS 17 CI 08 037 035

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 08 CEI 001 2018022

FECHA Lunes, 28 de diciembre de 2020

Dra. EDNA EDITH LICERIO PEREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ACERCA DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES EN LA UMF No. 67 CIUDAD JUAREZ CHIHUAHUA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2020-802-030

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

ATENTAMENTE

Dr. Andrés Juárez Ahumada  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 802

*Impresión*

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ACERCA DE USO DE MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES EN LA UMF No. 67 CIUDAD  
JUÁREZ CHIHUAHUA.**

**DRA. JÉSSICA ARAGÓN GUZMÁN**

**Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos**

Coordinadora De Planeación Y Enlace Institucional  
Coordinadora Auxiliar Medica De Investigación En Salud  
Delegación Chihuahua

---

**Vo.Bo.**

**Dra. Lidia Isela Ordoñez Trujillo**

Coordinación Clínica De Educación E Investigación En Salud  
Unidad De Medicina Familiar No. 46

---

**Vo.Bo.**

**Dra. Adriana Patricia Montaña Delgado**

Profesor Titular Del Curso De Medicina Familiar  
Unidad De Medicina Familiar No. 46

---

**Vo.Bo.**

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ACERCA DE USO DE MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES EN LA UMF No. 67 CIUDAD  
JUÁREZ CHIHUAHUA.**

**DRA. JÉSSICA ARAGÓN GUZMÁN**

ASESORES

**Dra. Edna Edith Licerio Pérez**

Médico Especialista en Medicina Familiar UMF No. 67

---

**Vo.Bo.**

**Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos**

Coordinadora De Planeación Y Enlace Institucional

Coordinadora Auxiliar Medica De Investigación En Salud

Delegación Chihuahua

---

**Vo.Bo.**

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ACERCA DEL USO DE MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES EN LA UMF No. 67 DE CIUDAD  
JUÁREZ CHIHUAHUA.**

**DRA. JÉSSICA ARAGÓN GUZMÁN**

**Dr. Jorge Ignacio Camargo Nassar**  
Jefe del Departamento de Ciencias de la Salud  
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

---

**Vo.Bo.**

**C.D. Salvador David Nava Martínez**  
Director del Instituto de Ciencias Biomédicas  
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

---

**Vo.Bo.**

## Índice

I. Resumen .....	7
II. Marco teórico .....	8
III. Justificación .....	17
IV. Planteamiento del problema.....	17
V. Objetivos .....	18
VI. Hipótesis .....	18
VII. Metodología .....	19
VIII. Criterios de selección .....	19
IX. Operacionalización de las variables .....	20
X. Tamaño mínimo de la muestra.....	22
XI. Análisis estadístico.....	22
XII. Consideraciones éticas .....	23
XIII. Metodología operacional .....	24
XIV. Resultados .....	26
XV. Discusión.....	28
XVI. Conclusiones.....	31
XVII. Recomendaciones.....	32
XVIII. Índice de abreviaturas .....	33
XX. Referencias bibliográficas .....	34
XXI. Anexos. ....	39

## I. Resumen

### **Percepción del personal de salud acerca de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en la UMF no. 67 Ciudad Juárez Chihuahua**

Investigadores: Dra. Aragón Guzmán J; Dra. Licerio Pérez, E. E.; Dra. Maldonado Burgos M.A.

El embarazo adolescente como problema de salud pública, se relaciona no solamente con elevadas tasas de morbimortalidad, en comparación con mujeres de edades mayores, sino que además se relaciona con problemas sociales como el bajo nivel educativo y la pobreza. Los métodos anticonceptivos permiten a las mujeres postergar la decisión de la maternidad y obtener mejores oportunidades, así como autonomía. Sin embargo, aún existen diversas barreras tanto a nivel personal como sistémico y de políticas de salud pública. Los trabajadores de la salud, ya sea de manera advertida o inadvertida forman parte de estas barreras.

**Objetivo:** Conocer la percepción del personal de salud acerca del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en la UMF No. 67 Ciudad Juárez, Chihuahua.

**Material y Métodos:** Estudio de tipo observacional, transversal, analítico/descriptivo, cuantitativo en trabajadores de la Salud de la UMF No. 67 de Ciudad Juárez. Se llevó a cabo una prueba piloto con un instrumento previamente validado en otro estudio, previa autorización del investigador. Se aplicó al personal trabajador de la salud, pasantes, residentes y trabajadores sociales que se encontraban laborando en la UMF No. 67 en el periodo del mes de febrero del año 2021, previa firma del consentimiento informado para el uso de datos en investigación se encuestó a la totalidad de los trabajadores, además de un número de pasantes y residentes. Se llevó a cabo la descripción y análisis de datos mediante el uso de Excel y el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** Se encontró que un 65% de los encuestados tuvo una percepción positiva acerca del uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes y el 35% tuvo una percepción negativa. No se encontraron factores asociados estadísticamente significativos. Se encontró que la mayoría de los encuestados considera inapropiado el uso de ARAP en adolescentes, sobre todo dentro del rango de 10-14 años.

**Conclusiones:** Aunque la percepción fue mayormente positiva se encontró que la mayoría de los encuestados tiene la creencia errónea de que el uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) es inapropiado en la población adolescente, donde solo un 28.20% consideró apropiado el uso del DIU o el implante hormonal (34.6%) en adolescentes de 10-14 años, aun cuando las guías los consideran como métodos ideales para esta población.

**Palabras clave:** percepción, personal de salud, métodos anticonceptivos, adolescentes.

## II. Marco teórico

La OMS<sup>1</sup> define a la adolescencia como la edad que abarca entre los 10 a los 19 años, y la subclasifica en adolescencia temprana, considerando de los 10-14 años la adolescencia temprana, y de los 15-19 años la adolescencia tardía, siendo esta una etapa importante en el desarrollo del ser humano, donde se dan los cambios físicos, psicológicos y psicosociales que dan a las mujeres la posibilidad del embarazo y la formación de una familia<sup>2</sup>.

Sin embargo, la posibilidad biológica de un embarazo no se correlaciona con la capacidad de sobrellevar dicho embarazo. Por un gran número de motivos, entre ellos psicosociales, económicos y culturales, el embarazo en la adolescencia significa un gran reto con consecuencias no solo a corto, sino a largo plazo, tanto para la madre como para el hijo<sup>3</sup>.

Algunas de estas consecuencias van desde lo biológico, como la morbimortalidad, siendo el embarazo adolescente una de las principales causas de muerte entre las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo, siendo este riesgo mayor en las adolescentes menores de 15 años<sup>2</sup>. Solamente en el año 2017 se presentaron 397,395 embarazos en menores de 19 años, siendo la mayoría de estos en el grupo de 15-19 años<sup>2</sup>.

Dentro de la morbilidad en el embarazo adolescente encontramos otros factores como la enfermedad hipertensiva, mayor riesgo de anemia, la rotura prematura de membranas, la desproporción cefalopélvica, el trabajo de parto prolongado, el bajo peso al nacer, el parto prematuro y la mortalidad infantil esto relacionado a la nutrición deficiente, al retraso en el diagnóstico del embarazo y el control prenatal adecuado<sup>4,5,6</sup>. Además de esto, se observa una mayor incidencia de aborto, infecciones urinarias y bacteriuria asintomática<sup>4</sup>.

En las mujeres menores de 16 años se han observado otros procesos patológicos como la soldadura precoz de cartílagos y la desmineralización ósea<sup>5</sup>.

Los niños que son producto de un embarazo adolescente suelen tener un menor peso al nacer, una puntuación menor en el test de APGAR, problemas neurológicos y una mayor probabilidad de morir en el primer año de vida, además, se estima que el 80% de los niños con desnutrición grave son hijos de una madre adolescente<sup>4</sup>.

Ya que el embarazo es poco frecuente durante la adolescencia temprana, debido a factores biológicos, como la anovulación durante varios meses después de la menarca<sup>7</sup>, la mayoría de las estadísticas a nivel mundial integran el embarazo adolescente a partir de los 15-19 años<sup>8</sup>, aunque algunos países contabilizan los embarazos de adolescentes más jóvenes<sup>1</sup>.

El embarazo adolescente es un problema a nivel mundial, sobre todo en aquellos países de bajos y medianos ingresos (PBMI), dentro de los cuales se encuentra México<sup>8</sup>. Se estima que la mitad de los embarazos en adolescentes es no planeado, y que de estos la mitad termina en un aborto inseguro<sup>8</sup>.

La tasa de natalidad mundial dentro de la población adolescente es de 44 por cada 1000 adolescentes de entre 15-19 años<sup>9</sup>, variando entre las diferentes regiones del mundo, encontrándose una tasa de 115 nacimientos por cada 1000 adolescentes de entre 15-19 años en la región de África central y occidental, la más alta de todas las regiones <sup>9</sup>, 102 en la región de África Subsahariana<sup>9</sup>, 92 en Sudáfrica y África oriental<sup>9</sup>, 63 en la región de Latinoamérica y el Caribe, siendo todas estas regiones las que presentan mayor tasa de embarazos adolescentes que el promedio mundial.

En México, la tasa de embarazo adolescente según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), durante los años 2015-2020 fue de 71 embarazos por cada 1000 adolescentes de entre 15-19 años<sup>9</sup>. A pesar de esto la definición del embarazo adolescente como un problema de salud pública se ha vuelto un tanto controversial, esto debido a que estudios dentro de países de altos ingresos han mostrado que el embarazo adolescente no incrementa de manera significativa la morbimortalidad en comparación a grupos de edad mayores<sup>7</sup>. Por lo tanto, en países de altos ingresos el embarazo adolescente se considera un problema social más que uno de salud.

En este aspecto, el embarazo durante la adolescencia se relaciona con la deserción escolar, bajo nivel educativo, el bajo nivel socioeconómico, pobreza y monoparentalidad, sin embargo, resulta poco claro si estos factores son la causa o la consecuencia del embarazo adolescente<sup>7</sup>.

Aunque gran parte de la problemática se debe a factores socioculturales, como el matrimonio infantil (cerca del 21% de las mujeres menores de 18 años están casadas en países de bajos ingresos<sup>8</sup>), la trata de blancas, los estigmas contra la actividad sexual antes del matrimonio<sup>8</sup> y las violaciones<sup>10</sup>.

Ante este problema, la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>11</sup> emitió recomendaciones con el objetivo de prevenir el embarazo adolescente y los eventos adversos relacionados con este, entre ellas se encuentran la disminución del matrimonio antes de los 18 años, ya sea mediante políticas públicas o la inducción de cambios socioculturales; la promoción de la postergación del embarazo mediante la educación para la salud, tanto en hombres como mujeres; la prohibición y persecución regular del sexo sin consentimiento así como involucrar a los jóvenes para valorar normas y prácticas socialmente aceptadas, promover el acceso al aborto seguro dentro de las comunidades y educar a los adolescentes sobre el sexo seguro y métodos anticonceptivos además de promover el acceso universal a estos.

Durante las últimas décadas el uso de anticonceptivos ha incrementado de manera importante a nivel mundial<sup>12</sup>, sin embargo aún existe una alta proporción de mujeres que quieren evitar un embarazo que no utiliza un método anticonceptivo actualmente<sup>8</sup>, sobre todo en países de bajos ingresos, encontrándose que un 43% de las adolescentes que quieren evitar un embarazo a esta edad no utilizan un método anticonceptivo, un número estimado de 32 millones de mujeres<sup>8,13</sup>. De estas, un 85% no utiliza ningún método anticonceptivo y el resto utiliza un método tradicional<sup>8</sup>. Entre las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos modernos, el 90% utiliza métodos de corta duración, como los métodos hormonales orales e inyectables y los condones, siendo relativamente pocas las que utilizan anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) como el implante y el dispositivo intrauterino (DIU)<sup>8</sup>.

Los métodos anticonceptivos son métodos, fármacos o dispositivos que previenen el embarazo mediante diferentes mecanismos, y son utilizados para la planificación familiar. Estos han permitido el desarrollo personal, profesional y familiar de las mujeres alrededor del mundo al postergar la paridad hasta el momento en el que lo encuentren necesario. Entre estos encontramos los métodos tradicionales, basados en la observación de los ciclos menstruales y la ovulación para evitar las relaciones sexuales durante los periodos fértiles, y el coitus interruptus, en el que el hombre eyacula fuera de la vagina impidiendo la entrada de semen en el útero y la posterior fecundación, siendo estos métodos los menos confiables por la alta dependencia de una técnica correcta y compromiso por parte del usuario.

Entre los métodos modernos se consideran los métodos de corta y de larga duración, como las píldoras, las inyecciones mensuales, bimensuales y trimestrales, el parche y el anillo intravaginal en el caso de los primeros, y el DIU y el implante hormonal en el caso de los segundos.

Los métodos de barrera como el condón femenino y masculino son los únicos que además de prevenir un embarazo previenen la transmisión de enfermedades infecciosas, aunque el primero suele ser difícil de encontrar en el mercado. Otros métodos menos utilizados incluyen el diafragma, espermicidas y los capuchones cervicales. Los métodos no reversibles incluyen la oclusión tubaria bilateral (OTB) en el caso de las mujeres, y la vasectomía, estos en el caso de los hombres en las personas que ya no desean tener más hijos ya que, aunque existen métodos para revertirlos no se asegura que la fertilidad regrese.

Con respecto a su uso en adolescentes, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), realiza diversas recomendaciones<sup>14</sup>, entre ellas se encuentran la recomendación de una consejería personalizada a la paciente involucrando sus deseos y necesidades, independientemente de su actividad sexual y/o antecedentes gineco obstétricos previos.

Recalca la necesidad de conocer las normativas con respecto al consentimiento informado en el estado en el que el medico lleve a cabo su práctica, pues esta puede

variar, requiriendo autorización del tutor para llevar a cabo determinados procedimientos<sup>14</sup>.

En lo que se refiere a métodos anticonceptivos de emergencia recomienda discutirlo durante la consejería, así como los posibles problemas que pueda tener para acceder a ellos<sup>14</sup>. Hace hincapié en los métodos de larga duración, ya que suelen ser más efectivos, tienen mayores tasas de continuación y de satisfacción por parte de las usuarias<sup>14</sup>.

Diversos reportes establecen que muchas mujeres no utilizan métodos anticonceptivos debido a que carecen del acceso a ellos<sup>13</sup>, por oposición social ya sea por parte de la misma usuaria, el esposo o la familia<sup>8</sup>, falta de conocimiento a los que agrega a creencias erróneas como el miedo a la infertilidad<sup>15</sup> y a la “acumulación” de sangre menstrual y sus hipotéticos efectos deletéreos sobre la salud<sup>16</sup>, además del miedo a los efectos adversos que suelen ser una causa común de discontinuación de los métodos<sup>13</sup>.

Entre los adolescentes, algunas de las razones comúnmente citadas para no utilizar métodos anticonceptivos son el miedo a exponer que son sexualmente activos fuera del matrimonio, porque están casados y son presionados por su familia para tener hijos<sup>17</sup>, porque tienen relaciones de manera infrecuente, porque subestiman la posibilidad de un embarazo, o porque los trabajadores de la salud o proveedores de servicios se rehúsan a suministrarlos o emiten juicios que los desincentivan de intentar obtenerlos <sup>8,18</sup>.

Aun y cuando los adolescentes superen las barreras intrínsecas a su educación y trasfondo sociocultural pueden encontrarse con la renuencia de los trabajadores de la salud o los proveedores de métodos anticonceptivos a suministrarlos, e incluso las leyes y políticas locales pueden ser una barrera para su obtención.

Se ha observado que incluso en aquellos países donde las legislaciones locales no prohíben la administración de métodos anticonceptivos a menores de edad o personas solteras, los trabajadores de la salud no proveen los métodos solicitados por qué no aprueban las relaciones fuera del matrimonio<sup>19</sup>, reforzando

desigualdades de género<sup>20</sup>. Incluso las adolescentes casadas pueden enfrentarse a las barreras relacionadas con el género, entre estas se citan el aislamiento social, la falta de poder, la limitada movilidad y la presión para iniciar una familia a temprana edad<sup>20</sup>. Algunos trabajadores de la salud podrían no administrar métodos anticonceptivos a mujeres nulíparas, o suministrar uno diferente al que solicita la paciente<sup>20</sup>, e incluso tras el nacimiento del primer hijo suelen encontrarse con dificultades para acceder a los métodos anticonceptivos<sup>21</sup>.

Un estudio realizado en Zambia en el año 2018<sup>22</sup>, reportó que entre las barreras que encontraron las usuarias de entre 15-49 para la obtención de métodos anticonceptivos, las actitudes de los trabajadores de la salud ante las mujeres solteras y adolescentes fueron negativas, entre estas reportaron actitudes como gritar, sermonear y no permitir a las usuarias explicar sus experiencias con los efectos adversos.

En 2019, Torres-Pereda y colaboradores<sup>23</sup>, encontraron que los trabajadores de la salud del Seguro Popular e IMSS Prospera, solían tener actitudes paternalistas e intrusivas hacia las usuarias que solicitaban métodos anticonceptivos, llegando a la violación de los derechos humanos al otorgar métodos anticonceptivos en contra de la voluntad de la paciente, al ignorar los deseos de la paciente o al limitar el acceso a la información. También se encontró que los trabajadores de la salud presentaban actitudes negativas en contra de ciertos métodos anticonceptivos, como las píldoras o el DIU en caso de las pacientes nulíparas. Las usuarias mencionaron que los servicios de salud poco amigables suelen ser una barrera para su utilización.

Por parte de los trabajadores de la salud, un estudio realizado en el año 2016 por Tshitenge y colaboradores<sup>24</sup>, en el que se estudiaron los conocimientos, actitudes y prácticas por parte de los trabajadores de la salud en clínicas y hospitales en Bostwana, mediante un cuestionario auto aplicado se observó que la mayoría de los participantes (91%) se sentía capaz de explicar a los adolescentes el uso apropiado de métodos anticonceptivos tradicionales como las píldoras anticonceptivas o el DIU. Menos de la mitad (41%) se sintió capaz de explicar cómo utilizar los métodos anticonceptivos más nuevos, como los panches transdérmicos o los anillos

vaginales, siendo los médicos quienes se sentían con mayor capacidad. Dos tercios de los participantes respondieron que no creían que sus creencias afectarían su capacidad de administrar métodos anticonceptivos a los adolescentes. La mitad de los participantes opinó que creían que el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes era moralmente incorrecto. A pesar de que el 75% respondió que se sentía cómodo prescribiendo métodos anticonceptivos a este grupo etario, solo un 23% los prescribía de manera habitual.

Incluso dentro de los países de altos ingresos y entre estudiantes universitarios, con un nivel educativo más alto, las barreras por parte del personal de salud juegan un papel importante. Un estudio cualitativo realizado en una provincia de Canadá<sup>25</sup>, entre estudiantes universitarios con acceso a servicios de salud en el campus, los estudiantes expresaron que la relación con su proveedor de servicios de salud era un componente importante para continuar con su método anticonceptivo. Además, reportaron que la falta de confidencialidad por parte de los trabajadores de la salud era otro de los factores por los que no acudían a los servicios, a pesar de estar disponibles.

Un meta-análisis publicado en el año 2020, donde se evaluaron las experiencias de los adolescentes al intentar obtener métodos anticonceptivos desde el año 1994 al año 2019<sup>26</sup>, reportó entre las principales barreras percibidas por los adolescentes, se reportan problemas como la limitación de los servicios de salud reproductiva a las personas casadas o mayores de 18 años, o la necesidad del consentimiento de los tutores. Además, se encontraron actitudes desalentadoras o simplemente abusivas por parte de las enfermeras encargadas de estos servicios.

Por otro lado, la falta de confidencialidad en las clínicas exacerbó los sentimientos de culpa y vergüenza por parte de los adolescentes, actuando como otra barrera para la continuación de la utilización de los servicios de salud. Entre las mujeres, se citan ejemplos de cómo conductas aparentemente inocuas, como las expresiones faciales, el tono de voz y la tendencia a interrumpirlas solía desalentarlas de acceder a los servicios de salud reproductiva<sup>26</sup>.

En un estudio cualitativo publicado en 2019, realizado en Ghana<sup>27</sup>, en el cual se obtuvieron opiniones de adolescentes que acudieron a centros de salud con el propósito de obtener métodos anticonceptivos, se detectaron como principales barreras aquellas relacionadas con las instalaciones inadecuadas, con la comunidad, con las percepciones y valores personales y las relacionadas con el personal de salud. Dentro de estas últimas, los adolescentes mencionaron sentirse incómodos con las opiniones del personal de salud y a algunos de ellos se les negó el acceso a los servicios.

En el año 2010, Tilahun y colaboradores<sup>28</sup> llevaron a cabo un estudio cuantitativo descriptivo y transversal en Etiopía, publicado en el año 2012, en el cual se estudiaron las percepciones del personal de salud en torno al uso de métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes. Se encontró que un 46.5% de los participantes acarreaban actitudes negativas o poco favorables en torno al uso de métodos anticonceptivos por parte de adolescentes fuera del matrimonio. Un 13% de los encuestados refirió estar a favor de las penas legales y regulaciones del sexo antes del matrimonio. El estar casado, el menor nivel educativo, la falta de capacitación en torno a los métodos anticonceptivos y el ser un trabajador de la salud no clínico se correlacionaron con las actitudes negativas respecto al tema.

A pesar de su contacto frecuente con adolescentes en la consulta, un estudio cualitativo realizado entre pediatras de la región del Medio-Oeste de Estados Unidos<sup>29</sup>, encontró que pocos recomendarían en DIU a las adolescentes y que generalmente no los mencionaban en las consejerías sobre métodos anticonceptivos. Algunos de los factores que influenciaban esta decisión era la poca familiaridad con el dispositivo, la idea de que su uso es inapropiado en las adolescentes, o que simplemente las adolescentes no los verían de forma favorable. Otro estudio de 2016, realizado entre pediatras y médicos familiares encontró resultados similares<sup>30</sup>.

En México, en una tesis realizada en el 2015<sup>31</sup>, se encontró que dentro de las barreras asociadas a la obtención de métodos anticonceptivos en una UMF por parte de los adolescentes una de las principales fue el personal de salud, ya sea

por poca capacitación con respecto al tema o por actitudes negativas y prejuicios en torno a la sexualidad del adolescente.

La utilización de los servicios de consejería con respecto a la salud sexual y reproductiva por parte de los adolescentes está plagada de diferentes barreras para acceder a ellos. Desde problemas relacionados con el acceso físico a las unidades de salud, ya sea por su lejanía al área donde viven los adolescentes, o por los horarios de atención<sup>18</sup> que suelen empalmarse con los horarios de clases de los jóvenes. Por otro lado, la vergüenza a ser vistos utilizando estos servicios generalmente es uno de los factores que les impide acceder a ellos.

Una vez superadas estas barreras, suelen encontrarse con problemas de índole burocrática o administrativa, como la solicitud de que estén adscritos a la clínica a la que acuden, que cuenten con vigencia o que carguen consigo su tarjeta de citas. Además de esto, problemas de infraestructura como consultorios poco privados, desconocimiento por parte de los adolescentes de cómo se encuentran estructurados los sistemas de salud complican el que accedan a ellos.

En caso de que superen estos obstáculos, en ocasiones se encuentran con que los proveedores de salud son poco amigables o incluso llegan a ser irrespetuosos hacia las necesidades del adolescente, esto por un trasfondo sociocultural en el que las relaciones antes del matrimonio suelen ser mal vistas, sobre todo en personas jóvenes.

Por lo tanto, la identificación y la eliminación de estas barreras es fundamental para aumentar la tasa de utilización de estos servicios por parte de los adolescentes, quienes comprenden una población con necesidad de acceso a métodos anticonceptivos no satisfecha<sup>23</sup>.

### III. Justificación

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública como social en México<sup>2</sup>. En el año 2017, se reportó que un 19.25% de los embarazos se registraron en menores de 19 años<sup>2</sup>. Esto debido al incremento del inicio de vida sexual activa tanto en hombres como mujeres desde el año 2006<sup>2</sup>, de estos, únicamente el 40% utilizó algún método anticonceptivo a pesar de que la mitad de las mujeres expresaron deseos de no embarazarse.

El impacto del embarazo adolescente no es únicamente la morbimortalidad materna e infantil sino los efectos socioeconómicos a largo plazo sobre la adolescente. El embarazo durante la adolescencia suele relacionarse con la deserción escolar, un rezago educativo y la consecuente disminución de oportunidades de trabajo a corto, mediano y largo plazo para las madres adolescentes<sup>32</sup>. Esto da lugar a una menor calidad de vida y menores oportunidades de subir de nivel socioeconómico.

### IV. Planteamiento del problema

Los adolescentes que desean obtener métodos de planificación familiar en ocasiones se encuentran con que los proveedores de salud son poco amigables o incluso llegan a ser irrespetuosos hacia las necesidades del adolescente, esto por un trasfondo sociocultural en el que las relaciones antes del matrimonio suelen ser mal vistas, sobre todo en personas jóvenes.

Por lo tanto, la identificación y la eliminación de estas barreras es importante para aumentar la tasa de utilización de estos servicios por parte de los adolescentes, quienes comprenden una población con necesidad de acceso a métodos anticonceptivos no satisfecha<sup>23</sup>.

Ante esto surge la pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción del personal de salud acerca del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en la UMF No. 67 Ciudad Juárez, Chihuahua?

## V. Objetivos

### **Objetivo general**

Conocer la percepción del personal de salud acerca del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en la UMF No. 67 Ciudad Juárez, Chihuahua.

### **Específicos**

Identificar mitos, creencias y prejuicios del personal de salud.

Determinar la asociación entre factores asociados con la percepción del personal de salud.

## VI. Hipótesis

### **Hipótesis alternativa:**

La percepción del personal de salud de la UMF No. 67 acerca del uso de métodos Anticonceptivos en adolescentes es negativa.

### **Hipótesis Nula:**

La percepción del personal de salud de la UMF No. 67 acerca del uso de métodos Anticonceptivos en adolescentes es buena.

## VII. Metodología

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, analítico/descriptivo, cuantitativo, con análisis de validez y confiabilidad en nuestra población de instrumento, en la UMF No. 67 de Ciudad Juárez. Se elaboró una encuesta auto aplicada en formato físico y electrónico a los trabajadores de la salud y adyacentes, durante el periodo de 1 de octubre del 2021 al 30 de junio de 2022.

## VIII. Criterios de selección

Los criterios de inclusión, exclusión y eliminación se describen a continuación:

Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabajadores del área de la salud de la UMF No. 67 (médicos, enfermeras, pasantes de medicina y enfermería, residentes de medicina, trabajadoras sociales).</li><li>• &gt; 18 años.</li><li>• Ambos sexos</li></ul>
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabajadores del área de la salud que no pertenezcan a la UMF No. 67.</li><li>• Que no acepten participar.</li></ul>
Criterios de eliminación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Datos incompletos.</li></ul>

## IX. Operacionalización de las variables

Conocer la percepción del personal de salud de la UMF No. 67 acerca del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes.

<b>Variable</b>	<b>Operacionalización</b>
<b>Variable dependiente: Percepción</b>	<p>Definición conceptual: La manera en la que una persona percibe o comprende algo</p> <p>Definición operacional: Será evaluada mediante la aplicación de la segunda parte de la encuesta encontrada en los anexos, la cual ha sido traducida y adaptada del estudio de Tshitenge y colaboradores<sup>24</sup>. Se considerará una percepción negativa el dar una puntuación 5-6 en las preguntas 1,2,3,5,8, y obtener una puntuación menor a 3 en las preguntas 4, 6 y 7. Se considera que la percepción global es positiva si se obtiene una percepción positiva en al menos 7 de los 8 ítems.</p> <p>Tipo Variable: Cualitativa</p> <p>Escala: Ordinal</p> <p>Indicador: 1. Negativa 2. Positiva</p>
<b>Variable independiente: Edad</b>	<p>Definición conceptual: Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de aplicación de la encuesta.</p> <p>Definición operacional: Edad reportada por el paciente, será separada en rangos posteriormente para su análisis estadístico.</p> <p>Tipo Variable: Cuantitativa</p> <p>Escala: Ordinal</p> <p>Indicador: 1. 21 – 30, 2. 31 – 40, 3. 41 – 50, 4. 51 - 60</p>
<b>Variable independiente: Religión</b>	<p>Definición conceptual: Conjunto de creencias, normas, prácticas y conductas que generalmente tienen un propósito espiritual y que se asocia con la conexión con elementos místicos o sobrenaturales.</p> <p>Definición operacional: Se dará a los participantes diferentes opciones para que elijan con la que más se identifiquen, tomando en cuenta las principales religiones profesadas en la región. Se dará la opción de incluir otras religiones pero para propósitos de análisis se considerarán como un único grupo.</p> <p>Tipo Variable: Cualitativa</p> <p>Escala: Nominal</p> <p>Indicador: 1. cristiana. 2. católica. 3. Testigo de Jehová. 4. Ateo. 5. Agnóstico. 6. mormón. 7. Otra ¿Cuál?</p>
<b>Variable independiente: Grado máximo de estudios</b>	<p>Definición conceptual: Es el número de años durante los que una persona se dedica a llevar un programa de estudios formal.</p> <p>Definición operacional: Se preguntará el grado de estudios máximo alcanzado por los participantes.</p> <p>Tipo Variable: Cualitativa</p>

	<p>Escala: Ordinal  Indicador: 1. Bachillerato o escuela técnica. 2. Licenciatura. 3. Posgrado</p>
<p><b>Variable independiente: Estado civil</b></p>	<p>Definición conceptual: La situación de una persona en torno a sus relaciones de familia, por matrimonio o parentesco  Definición operacional: Se preguntará a los participantes su estado civil  Tipo Variable: Cualitativa  Escala: Nominal  Indicador: 1. Soltero/a 2. Casado/a. 3. Unión libre. 4. Viudo/a. 5. Divorciado/a</p>
<p><b>Variable independiente: Categoría</b></p>	<p>Definición conceptual: área de la salud en la que se especializa, para la cual realizó estudios técnicos o universitarios  Definición operacional: Área de la salud en la que los trabajadores desempeñen sus actividades diarias dentro de la Unidad de Medicina Familiar.  Tipo Variable: Cualitativa  Escala: Ordinal  Indicador: 1. Enfermería. 2. Medicina. 3. Trabajo Social</p>
<p><b>Terceras variables</b></p>	
<p><b>Años de trabajo en profesión actual</b></p>	<p>Definición conceptual: Cantidad de años trabajados dentro de la categoría que seleccionó.  Definición operacional: Años de trabajo en números, reportados por el encuestado. Se organizará en rangos para su análisis estadístico.  Tipo Variable: Cuantitativa  Escala: Ordinal  Indicador: 1. &lt;= 5, 2. 06-10, 3. 11-15, 4.16 – 20, 5. 21 – 25, 6. 26+</p>
<p><b>Sexo.</b></p>	<p>Definición conceptual: Conjunto de características biológicas asignadas al momento de la concepción, mediante la reproducción sexual, determinado por la presencia del juego de cromosomas XX o XY.  Definición operacional: Sexo con el que se identifique el encuestado  Tipo Variable: Cualitativa  Escala: Nominal  Indicador: 1. Hombre 2. Mujer</p>

## X. Tamaño mínimo de la muestra

El personal de la UMF No. 67, comprende 190 trabajadores, de los cuales del área de la salud corresponde a 74 trabajadores, por lo cual se decidió encuestar a la totalidad de estos, incluyendo además a residentes y pasantes de las áreas de la salud.

## XI. Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva por medio de medidas de tendencia central para conocer la distribución de la población (media, mediana, moda).

Se realizaron las pruebas de Chi-cuadrada para determinar la asociación entre las variables de percepción, conocimientos y actitudes al considerarse variables categóricas politómicas y dicotómicas. Se tomó como significativa una asociación con de  $p < 0.05$ .

Se realizó la captura de la base de datos en Excel y posteriormente se realizó la sanitización de la base de datos, para su análisis mediante SPSS v23.

## XII. Consideraciones éticas

De acuerdo con el artículo quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 02 de abril del 2014, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Fue sometido a una comisión de ética, ya que, aunque no se intervino directamente en seres humanos, se intervino aspectos de su atención médica. Esta investigación se desarrolló conforme a las siguientes bases:

- I. Se adaptó a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.
- II. Fue el método más idóneo para la investigación en este tema.
- III. Existió la seguridad de que no se expuso a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevó a cabo este protocolo.
- IV. Se contó con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.
- V. Se contó con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizó la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VI. La investigación se realizó por profesionales de la salud en una institución médica actuando bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
- VII. Se contó con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad.

Se protegió la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos únicamente las iniciales de su nombre y apellidos; todos los resultados fueron

utilizados cuando se requirió y cuando fue autorizado. Esta investigación se clasificó como **sin riesgo**, ya que se obtuvo información por medio de encuestas. El estudio se apegó a lo indicado en la Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 64a Asamblea Fortaleza, Brasil, octubre 2013; solicitándose carta de consentimiento informado a los participantes, que fue obtenido por el investigador, al seleccionar por muestreo de conveniencia a los participantes, que serán trabajadores de la salud de la UMF No. 67.

### XIII. Metodología operacional

Se realizó posterior a la realización del protocolo de investigación el cual fue sometido a un Comité de Ética Institucional y posteriormente a Comité Local de Investigación No. 802. Por último se solicitó la evaluación del Comité Delegacional.

Se realizó la traducción de un instrumento previamente validado en otra población. Se realizó un grupo piloto con 10 trabajadores de la salud quienes prestaron sus opiniones con respecto a la claridad del cuestionario. Con base en sus sugerencias se decidió dividir el rango de edad de los adolescentes de 10-19 años en dos grupos, desde un rango de edad de 10-14 años y un rango de 15-19 años.

Además, se cambió la pregunta *“En mi cultura, se considera malo que los adolescentes utilicen anticonceptivos”* por *“En México, se considera inapropiado que los adolescentes utilicen anticonceptivos”*, en base a dichas observaciones. Se cambió la palabra *“Recetar”* por *“otorgar”*, ante la asociación entre *“recetar”* y la percepción de que solo los médicos pueden recetar.

Se agregó *“Si no profesa ninguna religión seleccione no aplica”* a la pregunta *“La religión que profeso no permite que los adolescentes que no están casados utilicen anticonceptivos.”*

En el apartado de *“educación”* se cambió por *“grado más alto de estudios”* cambiándose *“maestría”* y *“doctorado”* por *“estudios de posgrado”*

Previa autorización de las autoridades de la UMF No. 67, se procedió a solicitar la participación del personal en sus turnos y áreas laborales. Se solicitó su participación y firma de consentimiento informado, posteriormente se entregaron sobres cerrados a las personas que aceptaron participar, donde se encontraba la encuesta requerida para la recolección de datos. Una vez contestada la encuesta se solicitó a los participantes que la entregaran de vuelta con el sobre cerrado.

Además, se elaboró un formato idéntico de manera electrónica utilizando el programa de ofimática “*Google Forms*” y se distribuyó de manera digital a través de un vínculo de internet a los médicos de ambos turnos.

La captura de la base de datos se realizó en Excel y posteriormente se realizó la limpieza de la base, para su análisis mediante SPSS v23. Una vez analizados los resultados obtenidos se procedió a elaborar la discusión y preparar la difusión de las conclusiones.

## XIV. Resultados

Se obtuvieron un total de 78 encuestas, las características de los encuestados se describen en la tabla 1. Se obtuvo que un 30.8% de los encuestados fueron hombres, mientras que el 69.2% restante fueron mujeres. De los participantes un 64.1% fueron médicos, 29.5% personal de enfermería y 6.4% trabajadores sociales. En cuanto al estado civil, predominaron los empleados solteros con un 39.7%, tras esto los casados con un 38.5%, el resto se encontraba en unión libre (10.3%), divorciado (7.7%) o viudo (3.8%).

Se obtuvo que la mayoría de los encuestados profesaba la religión católica, componiendo el 55.1% de la muestra. Tras esto un 23.1% se definió como agnóstico, un 11.5% como cristiano, 5.1% como ateo, 1.3% mormón, 1.3% testigo de Jehová y un 2.6% profesaba otras religiones no mencionadas.

Un 42.3% de los participantes contaba con licenciatura, un 33.3% con estudios de posgrado y un 24.40% con bachillerato o escuela técnica.

En cuanto a edades, la mayor parte de los encuestados se concentró en el grupo de edad de 31-40 años, encontrándose 42.3% de los participantes en este rango de edad, tras esto el 32.1% se encontraba en el rango de 21-30 años, el 24.4% en el rango de 41-50 años, y un 1.3%, es decir un participante, en el rango de 51-60 años. En la tabla 2 se describe una media de edad de 35.4 años, la mediana de 34 años y una moda de 32 años.

Un 48.7% del grupo tenía al menos 5 años de trabajo en su profesión actual, un 24.4% con 6-10 años, 11.5% con 11-15 años, un 9.8% con 16-20 años, 3.8 con 21-25 años y dos participantes más de 26 años, siendo la media de años trabajados (tabla 2) 7.85 años, la mediana 6 años y la moda 1 año.

En el gráfico 1 y la tabla 3 se encontró que un 65% de los encuestados tuvo una percepción positiva acerca del uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes y el 35% tuvo una percepción negativa. Mediante estadística descriptiva se obtuvo la tabla 4, en la que se describen los ítems de la encuesta que pertenecían al ámbito

de “*percepción*”, donde se observa una tendencia hacia la percepción positiva en la totalidad de las preguntas.

En la tabla 5 se describen las asociaciones entre los diferentes posibles factores asociados y la variable dependiente. No se observó una asociación estadísticamente significativa entre la percepción y la edad ( $X^2=2.707$ ;  $df=3$ ;  $p=0.439$ ), los años en la profesión actual ( $X^2=8.518$ ;  $df=5$ ;  $p=0.130$ ), el sexo ( $X^2=0.028$ ;  $df=1$ ;  $p=0.874$ ), la religión ( $X^2=6.459$ ;  $df=6$ ;  $p=0.374$ ), estado civil ( $X^2=4.033$ ;  $df=4$ ;  $p=0.134$ ), la categoría ( $X^2=4.879$ ;  $df=2$ ;  $p=0.87$ ) o el grado de estudios ( $X^2=2.460$ ;  $df=2$ ;  $p=0.292$ ).

En la tabla 6 y grafico 2 se describen las respuestas de los encuestados a la pregunta “*¿Cree que sus conocimientos son suficientes para explicar los siguientes métodos anticonceptivos a adolescentes de entre 10-19 años?*”. Se observó que un 98.70% de los encuestados cree que puede explicar el uso del condón a los adolescentes, por el contrario, solo un 52.60% consideró tener los conocimientos para explicar el uso del anillo vaginal. El 79% de los encuestados consideró tener conocimientos suficientes sobre el uso del DIU (80.8%), el implante hormonal (79.50%), parches de estrógeno (82.10%), anticonceptivo oral (85.90%) y el anticonceptivo inyectable (82.10%). En la tabla 11 se observan las respuestas por categoría, observándose que los médicos son los que consideran saber más acerca del tema, obteniendo más del 80% en la mayoría de los ítems de respuestas “sí”, a excepción del anillo vaginal donde solo el 68% consideró tener conocimiento suficiente acerca de este. El personal de enfermería consideró no tener el conocimiento suficiente acerca de los métodos como el DIU (56.50%) y el anillo vaginal (26.10%). El personal de trabajo social consideró, en su mayoría, tener conocimientos con respecto a los métodos anticonceptivos, a excepción del anillo vaginal donde solo un 20% considero tener conocimientos suficientes al respecto.

En cuanto a la pregunta “*¿Considera que es apropiado el uso de los siguientes anticonceptivos en adolescentes?*”, la cual se dividió en dos rangos abarcando de 10-14 años y de 15-19 años, se encontró que la mayoría de los encuestados considera que el uso de condón es apropiado en ambos grupos de edad, con un

84.60% de aprobación en el grupo de 10-14 años y un 94.90% en el grupo de 15-19 años. Por otro lado, una minoría de los encuestados consideró apropiado el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 10-14 años, encontrándose un 39.7% de aprobación para los anticonceptivos orales, 37.20% para los anticonceptivos inyectables, 35.90% para los parches de estrógeno, 34.60% para el implante hormonal, 28.20% para el dispositivo intrauterino y un 23.10% para el anillo vaginal.

Se encontraron mayores niveles de aprobación en el grupo de adolescentes de 15-19 años, además del condón, la mayoría de los encuestados consideró apropiado el uso de los anticonceptivos orales (84.60%), los parches de estrógeno (79.50%), el anticonceptivo inyectable (76.90%), el implante hormonal (69.20%), el DIU (70.50%) y por último el anillo vaginal en un 60.30%. Los resultados se observan en las tablas 7 y 8 así como en el grafico 3.

En cuanto a las actitudes del personal hacia los adolescentes que acuden por métodos anticonceptivos se obtuvieron los resultados plasmados en la tabla 9. La mayoría de los encuestados reportó que otorga métodos anticonceptivos a los adolescentes que los solicitan (37.20%, todas las veces, 12.8% casi todas las veces, 5.10% de vez en cuando). Un 82.10% contestó “nunca” al ítem “*He reportado o he amenazado con informar a los padres de un adolescente que solicitó métodos anticonceptivos*” y un 89.70% refirió nunca haber regañado a un adolescente por pensar en tener relaciones sexuales y solicitar métodos anticonceptivos con este fin. Un 87.20% de los encuestados declaró nunca haberle negado métodos anticonceptivos a un adolescente por no estar casado.

## XV. Discusión

Se encontró que un 65% de los encuestados tuvo una percepción positiva acerca del uso de métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes (tabla 3), esto a la par de otros estudios, donde se encontró que un 70% de los encuestados tenía una percepción positiva<sup>28</sup>. Un estudio en China<sup>33</sup> reveló hallazgos similares, en los que un 70% de los trabajadores que otorgaban métodos anticonceptivos

concordaban con la necesidad de otorgar métodos anticonceptivos a los pacientes jóvenes, aunque no estuvieran casados, un 60% estaba de acuerdo con que el gobierno los otorgara, solo un cuarto de los encuestados aprobaba que los estudiantes de preparatoria tuvieran acceso a ellos.

En otro estudio 75% de los encuestados reportó sentirse cómodo otorgando métodos anticonceptivos a los adolescentes, pero solo un 23% los otorgaba<sup>24</sup>. En contraste, en este estudio se encontró que del personal que otorga directamente métodos anticonceptivos (tabla 10), un 68.3% los otorga, un 94.1% reportó nunca haber amenazado con informar a los padres de un adolescente solicitando métodos anticonceptivos, y el 100% reportó nunca haber regañado a un adolescente o haberle negado los métodos anticonceptivos por no estar casado.

Los factores asociados que se estudiaron fueron: edad, sexo, años de trabajo en profesión actual, religión, estado civil, categoría y grado más alto de estudios. Parece haber una relación entre la religión y la percepción positiva del uso de métodos anticonceptivos por parte de adolescentes, siendo los agnósticos y los católicos quienes en su mayoría tenían una percepción positiva, sin embargo no se encontró alguna relación estadísticamente significativa. El resto de los factores asociados tampoco arrojaron resultados estadísticamente significativos.

Aunque hubo una percepción positiva del uso de anticonceptivos por parte de la población adolescente y a pesar de que los participantes consideraron en su mayoría sentirse con conocimiento suficiente para explicar el uso de métodos anticonceptivos a adolescentes (tabla 6), donde el 79% de los encuestados consideró tener conocimientos suficientes sobre el uso del DIU (80.8%), el implante hormonal (79.50%), parches de estrógeno (82.10%), anticonceptivo oral (85.90%) y el anticonceptivo inyectable (82.10%). Los médicos consideraron tener más conocimientos (tabla 11), pero se observó que a nivel global los trabajadores de la salud no consideran apropiado el uso de ARAP como el DIU (28.20% de aprobación) o el implante hormonal (34.6% de aprobación) en adolescentes de 10-14 años; la ACOG extiende la recomendación de utilizar el DIU (de cobre o levonogestrel) citando que los beneficios superan los riesgos conocidos de uso en

adolescentes desde la menarca hasta los 20 años<sup>34</sup>. El uso del implante hormonal también se recomienda desde la menarca hasta los 20 años, sin citar restricciones especiales<sup>34</sup>. Estas recomendaciones se basan en las mayores tasas de continuación, la mayor eficacia y mayores tasas de satisfacción en comparación con los anticonceptivos de corta duración, haciendo hincapié en la importancia del uso del condón para evitar la transmisión de infecciones de transmisión sexual<sup>34</sup>. Esta tendencia cambia en el grupo de 15-19 años en el que se observa que la mayoría de los participantes considera apropiado el uso de ARAP, en esta población con 70.5% de aprobación para el DIU y un 69.20% de aprobación para el implante hormonal, sin embargo, la mayoría de los participantes considera más apropiados otros métodos menos eficaces en este rango de edad, como los anticonceptivos orales (84.60%) y los parches de estrógeno (79.50%). Estudios previos han identificado estas creencias erróneas, en 2017 un estudio cualitativo transversal realizado en Estados Unidos reportó que pocos pediatras recomendaban el DIU a sus pacientes, ante preocupaciones de que este no fuera apropiado para los adolescentes o a que estos no los aceptaran, el implante tuvo una opinión más favorable por parte de los pediatras <sup>29</sup>. Otro estudio estadounidense encontró resultados similares<sup>35</sup>.

## XVI. Conclusiones

Un 65% de los encuestados tiene una percepción positiva del uso de los anticonceptivos en la población adolescente y un 68.3% de los encuestados otorga métodos anticonceptivos cuando son solicitados. Aunque la percepción fue mayormente positiva se encontró que la mayoría de los encuestados tiene la creencia errónea de que el uso de ARAP es inapropiado en la población adolescente, donde solo un 28.2 % consideró apropiado el uso del DIU o el implante hormonal (34.6%) en adolescentes de 10-14 años, aun cuando las guías los consideran como métodos ideales para esta población. No se detectaron factores asociados a la percepción positiva del método de usos anticonceptivos estadísticamente significativos.

## XVII. Recomendaciones

Ante los hallazgos plasmados en este trabajo se extiende la recomendación de otorgar capacitación a todo el personal de salud que se encuentre involucrado en la atención a los adolescentes acerca del uso apropiado de métodos anticonceptivos en esta población y contar con los recursos necesarios para su aplicación para facilitar su acceso. Además, orientar las campañas de salud pública a eliminar los posibles prejuicios que tenga la propia población adolescente y no adolescente contra el uso de ARAP.

## XVIII. Índice de abreviaturas

Anillo Vaginal (AV)

Anticonceptivo Inyectable (AI)

Anticonceptivo Oral (AO)

Anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP)

Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG)

Dispositivo intrauterino (DIU)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Implante Hormonal (IH)

Oclusión tubaria bilateral (OTB)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Países de bajos y medianos ingresos (PBMI)

Parches de Estrógeno (PE)

## XX. Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development. WHO Discuss Pap Adolesc [Internet]. 2004;36. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42901/1/9241591447\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42901/1/9241591447_eng.pdf)
2. Maria del Rocío Sánchez Díaz YAMN. Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México. Boletín CONAMED. 2019;53(9):1689–99.
3. Flores-Valencia ME, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Rev Salud Publica [Internet]. 2017;19(3):374–8. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0124-00642017000300374%0Ahttp://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0124-00642017000300374](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0124-00642017000300374%0Ahttp://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0124-00642017000300374)
4. Cancino AMM, Valencia MH. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. Perinatol y Reprod Humana [Internet]. 2015;29(2):76–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rprh.2015.05.004>
5. Obstetricia SE de G y. Embarazo en la adolescencia (actualizado febrero 2013). Progresos Obstet y Ginecol. 2014;57(8):380–92.
6. Mora-Cancino, AM. Embarazo en la Adolescencia. Ginecol Obs Mex. 2015;83:294–301.
7. Kirchengast S. Teenage Pregnancies: A Worldwide Social and Medical Problem. En: An Analysis of Contemporary Social Welfare Issues [Internet]. InTech; 2016. Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/an-analysis-of-contemporary-social-welfare-issues/teenage-pregnancies-a-worldwide-social-and-medical-problem>
8. Sully EA., Biddlecom A, Darroch JE., Riley T, Ashford LS., Lince-Deroche N, et al. Adding it up. Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. 2020.
9. UNICEF. Early childbearing [Internet]. 2018. [citado el 1 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent->

health/

10. Seince N, Pharisien I, Uzan M. Embarazo y parto en adolescentes. EMC - Ginecol [Internet]. 2008;44(3):1–7. Disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X08708063>
11. World Health Organization. WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes [Internet]. 2011. Disponible en:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf?ua=1)
12. United Nations D of E and SAPD. World Contraceptive Use 2020 [Internet]. United Nations. 2020 [citado el 4 de septiembre de 2020]. Disponible en:  
<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2020.asp>
13. Cleland J, Harbison S, Shah IH. Unmet Need for Contraception: Issues and Challenges. *Stud Fam Plann*. 2014;45(2):105–22.
14. ACOG. Counseling adolescents about contraception. *Am Coll Obstet Gynecol*. 2017;710:1–7.
15. Jonas K, Crutzen R, Krumeich A, Roman N, Van Den Borne B, Reddy P. Healthcare workers' beliefs, motivations and behaviours affecting adequate provision of sexual and reproductive healthcare services to adolescents in Cape Town, South Africa: A qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1–13.
16. Nelson AL, Shabaik S, Xandre P, Kakaiya R, Awaida J, Mellon M, et al. Perceptions of health risks associated with pregnancy compared to oral contraceptive use. *Contraception* [Internet]. 2019;100(3):193–5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.04.008>
17. Richardson E, Allison K, Gesink D, Berry A. Barriers to accessing and using contraception in highland Guatemala: the development of a family planning self-efficacy scale. *Open Access J Contracept*. 2016;77.
18. Gómez-Inclán S, Durán-Arenas L. El acceso a Métodos Anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2017;59(3):236–47. Disponible en:  
<http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7891%0Ahttp://www>.

saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7891%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28902311

19. Chandra-mouli V, Mccarraher DR, Phillips SJ, Williamson NE. Contraception for adolescents : Social , clinical and service delivery considerations  
Contraception for adolescents in low and middle income countries : needs , barriers , and access. *Reprod Health* [Internet]. 2014;11(1):1–8. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1742-4755-11-1?site=reproductive-health-journal.biomedcentral.com>
20. Prácticas de alto impacto en la planificación familiar. Servicios de anticoncepción adaptados a los adolescentes: Incorporando elementos amigables para adolescentes en los servicios anticonceptivos existentes. [Internet]. USAID. Washington DC: USAID; 2015. 1–8 p. Disponible en: [https://www.fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2018/08/PAI\\_Servicios-de-anticoncepción-adaptados-a-los-adolescentes.pdf](https://www.fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2018/08/PAI_Servicios-de-anticoncepción-adaptados-a-los-adolescentes.pdf)
21. Jain A, Ismail H, Tobey E, Erulkar A. Stigma as a barrier to family planning use among married youth in Ethiopia. *J Biosoc Sci*. 2019;51(4):505–19.
22. Silumbwe A, Nkole T, Munakampe MN, Milford C, Cordero JP, Kriel Y, et al. Community and health systems barriers and enablers to family planning and contraceptive services provision and use in Kabwe District, Zambia. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1–11.
23. Torres-Pereda P, Heredia-Pi IB, Ibáñez-Cuevas M, Ávila-Burgos L. Quality of family planning services in Mexico: The perspective of demand. *PLoS One*. 2019;14(1):1–22.
24. Tshitenge ST, Nlisi K, Setlhare V, Ogundipe R. Knowledge, attitudes and practice of healthcare providers regarding contraceptive use in adolescence in Mahalapye, Botswana. *South African Fam Pract* [Internet]. 2018;60(6):181–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/20786190.2018.1501239>
25. Cassidy C, Bishop A, Steenbeek A, Langille D, Martin-Misener R, Curran J.

- Barriers and enablers to sexual health service use among university students: A qualitative descriptive study using the Theoretical Domains Framework and COM-B model. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):1–12.
26. Abubakari Sulemana W, Abu M, Yidana Z, Apraku Anane E, Mutaru Goro I, Badasu Delalali M. Young people's experiences in accessing sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa from 1994 to 2019 - A content analysis. *Int J Sex Reprod Heal Care.* 2020;3(1):017–26.
  27. Abuosi AA, Anaba EA. Barriers on access to and use of adolescent health services in Ghana. *J Heal Res.* 2019;33(3):197–207.
  28. Tilahun M, Mengistie B, Egata G, Reda AA. Health workers' attitudes toward sexual and reproductive health services for unmarried adolescents in Ethiopia. *Reprod Health.* 2012;9(1):1–7.
  29. Berlan ED, Pritt NM, Norris AH. Pediatricians' Attitudes and Beliefs about Long-Acting Reversible Contraceptives Influence Counseling. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2017;30(1):47–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2016.09.001>
  30. Murphy MK, Stoffel C, Nolan M, Haider S. Interdependent Barriers to Providing Adolescents with Long-Acting Reversible Contraception: Qualitative Insights from Providers. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2016;29(5):436–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2016.01.125>
  31. Martínez-Carpio B. Barrera más frecuente que limita el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en el área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar no. 33. Universidad Nacional Autónoma de México; 2015.
  32. Villalobos A, de Castro F, Rojas R, Allen B. Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: Uso y necesidades insatisfechas. *Salud Publica Mex.* 2017;59(5):566–76.
  33. Tu X, Cui N, Lou C, Gao E. Do family-planning workers in China support provision of sexual and reproductive health services to unmarried young people? *Bull World Health Organ.* 2004;82(4):274–80.
  34. ACOG. Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants

and Intrauterine Devices - Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group. ACOG Comm Opin [Internet]. 2018 [citado el 29 de septiembre de 2022];131(5):e130–9. Disponible en: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Adolescent-Health-Care/Adolescents-and-Long-Acting-Reversible-Contraception>

35. Kaskowitz A, Quint E, Zochowski M, Caldwell A, Vinekar K, Dalton VK. Contraception Delivery in Pediatric and Specialist Pediatric Practices. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2017;30(2):184–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2015.10.022>

XXI. Anexos.

Anexo 1. Hoja de recolección de datos

**Muchas gracias por su participación. Le recordamos que los resultados de esta encuesta son anónimos y con fines de investigación, no hay respuestas correctas o incorrectas.**

\*\*\*

	¿Cree que sus conocimientos son suficientes para explicar los siguientes métodos anticonceptivos a adolescentes de entre 10-19 años?			¿Considera que es apropiado el uso de los siguientes anticonceptivos en adolescentes de entre 10-14 años?			¿Considera que es apropiado el uso de los siguientes anticonceptivos en adolescentes de entre 15-19 años?		
	Sí	No	No estoy seguro/a	Sí	No	No estoy seguro/a	Sí	No	No estoy seguro/a
Dispositivo intrauterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anillo vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parches de estrógeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticonceptivo Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticonceptivo Inyectable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implante Hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Marque dentro de las siguientes casillas con qué frecuencia realiza las acciones enunciadas. Si en su profesión usted no realiza alguna de las actividades mencionadas seleccione “No aplica”.**

	Nunca	Infrecuente mente	Algunas veces	De vez en cuando	Casi todas las veces	Todas las veces	No aplica

¿Qué tan frecuentemente otorga métodos anticonceptivos a los adolescentes que los solicitan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He reportado o he amenazado con informar a los padres de un adolescente que solicitó métodos anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He regañado a algún adolescente por pensar en tener relaciones sexuales a su edad y solicitar métodos anticonceptivos para ello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me he negado a darle métodos anticonceptivos a un adolescente antes del matrimonio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Marque dentro de las casillas como se siente con respecto a las siguientes oraciones, Si en su profesión usted no realiza alguna de las actividades mencionadas seleccione “No aplica”**

	No estoy seguro/a	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	No aplica
1. En México, se considera inapropiado que los adolescentes utilicen anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La religión que profeso no permite que los adolescentes que no están casados utilicen anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dar anticonceptivos a los adolescentes promueve la promiscuidad y los contagios por VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Los servicios de salud deberían otorgar métodos anticonceptivos a los	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

adolescentes que los soliciten, estén casados o no							
5. Es mejor informar a los adolescentes sobre la abstinencia en lugar de otorgarles métodos anticonceptivos cuando los soliciten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Los adolescentes deberían recibir consejería anticonceptiva antes de que inicien su vida sexual activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me siento cómodo otorgando anticonceptivos a los adolescentes de entre 10-19 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mis creencias afectan la manera en la que prescribo/otorgo/recomiendo anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Favor de proporcionar los siguientes datos:**

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  Hombre  Mujer **Años de trabajo (en profesión actual):** \_\_\_\_\_

**Religión:**  Ateo (“No creo en un dios o poder superior”)  Agnóstico (“No profeso una religión pero creo que puede existir un dios o poder superior”)  Cristiana  Católica  Mormón  Testigo de Jehová  Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Casado/a  Soltero/a  Unión Libre  Viudo/a  Divorciado/a

**Categoría:**  Enfermería  Medicina  Trabajo social

**Educación:**  Bachillerato o escuela técnica  Licenciatura  Posgrado

**Anexo 2. Consentimiento informado**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio: **Percepción del personal de salud de la UMF NO. 67 acerca de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes**

Patrocinador externo (si aplica): **No aplica**

Lugar y fecha: **Ciudad Juárez, Chihuahua. Fecha 01-01-22**

Número de registro: **R-2020-802-030**

Justificación y objetivo del estudio: **El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública como social en México<sup>2</sup>. En el año 2017, se reportó que un 19.25% de los embarazos se registraron en menores de 19 años<sup>2</sup>. Esto debido al incremento del inicio de vida sexual activa tanto en hombres como mujeres desde el año 2006<sup>2</sup>, de estos, únicamente el 40% utilizó algún método anticonceptivo a pesar de que la mitad de las mujeres expresaron deseos de no embarazarse. Objetivo: Conocer la percepción del personal de salud acerca del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en la UMF No. 67 Ciudad Juárez, Chihuahua. Solicito amablemente su participación en este estudio de manera completamente anónima, con el objetivo de identificar que opinan los trabajadores de la salud del instituto con respecto a que los adolescentes utilicen métodos anticonceptivos.**

Procedimientos: **Encuesta auto aplicada**

Posibles riesgos y molestias: **Ninguno relacionado con el estudio**

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: **Ninguno porque el estudio es observacional.**

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: **Al concluir el estudio se realizará un concentrado de toda la información recabada, con la cual posterior a ser analizada se emitirán resultados del estudio.**

Participación o retiro: **Todos los pacientes deberán firmar un consentimiento informado en donde acepten participar en el estudio, cualquier paciente puede abandonar el mismo cuando así lo considere.**

Privacidad y confidencialidad: **Toda la información será resguardada por el investigador y bajo ninguna circunstancia se hará público, no se recabarán datos personales.**



En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Identificar mitos, creencias y prejuicios del personal de salud para identificar posibles intervenciones educativas y de capacitación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Residente de curso de especialización en Medicina Familiar, Dra. Jéssica Aragón Guzmán. Dirección: Unidad de Medicina Familiar No. 46. Av. Henry Dunant 610, Pronaf, Condominio La Plata C.P.32310. Correo electrónico: [jessicaaaguzman@gmail.com](mailto:jessicaaaguzman@gmail.com), teléfono 656-351-33

Colaboradores:

Asesora clínica  
Dra. Edna Edith Licerio Pérez  
Coord. MAT. 98081056  
Coord. Clínico de Educación Médica en Salud UMF No 67  
Av. Santos Dumont 654, Panamericana C.P. 32695 Cd. Juárez, Chih.  
Teléfono: (656) 6 31 60 20 ext. 3005  
Correo Electrónico: [ednalicerio@hotmail.com](mailto:ednalicerio@hotmail.com)

Asesora metodológica  
Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos  
Encargado de Planeación y Enlace Institucional MAT. 98081637  
Delegación Chihuahua IMSS Chihuahua, Chihuahua  
Av. Universidad No. 115, Col. San Felipe Viejo 31203  
Teléfono: (614) 4 13 31 56  
Correo Electrónico: [martha.maldonadob@imss.gob.mx](mailto:martha.maldonadob@imss.gob.mx)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

### Anexo 3. Tablas y gráficas

Tabla 1. Datos demográficos de los empleados encuestados en la UMF no. 67

Perfil de los Encuestados	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
Hombre	24	30.8%
Mujer	54	69.2%
<b>Categoría</b>		
Medicina	50	64.1%
Enfermería	23	29.5%
Trabajo Social	5	6.4%
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	31	39.7%
Casado	30	38.5%
Unión libre	8	10.3%
Divorciado	6	7.7%
Viudo	3	3.8%
<b>Religión</b>		
Católico	43	55.1%
Agnóstico	18	23.1%
Cristiano	9	11.5%
Ateo	4	5.1%
Otra	2	2.6%
Mormón	1	1.3%
Testigo de Jehová	1	1.3%
<b>Grupo de Edad</b>		
21 - 30	25	32.1%
31 - 40	33	42.3%
41 - 50	19	24.4%
51 - 60	1	1.3%
<b>Años de trabajo en profesión actual</b>		
<= 5	38	48.7%
6 - 10	19	24.4%
11 - 15	9	11.5%
16 - 20	7	9.0%
21 - 25	3	3.8%
26+	2	2.6%
<b>Grado más alto de estudios</b>		
Licenciatura	33	42.30%
Posgrado	26	33.30%
Bachillerato o escuela técnica	19	24.40%

FUENTE: Base de datos

Tabla 2. Edad y años trabajados de los encuestados en la UMF no. 67

	Media	Mediana	Moda
Edad	35.4	34	32
Años trabajados	7.85	6	1

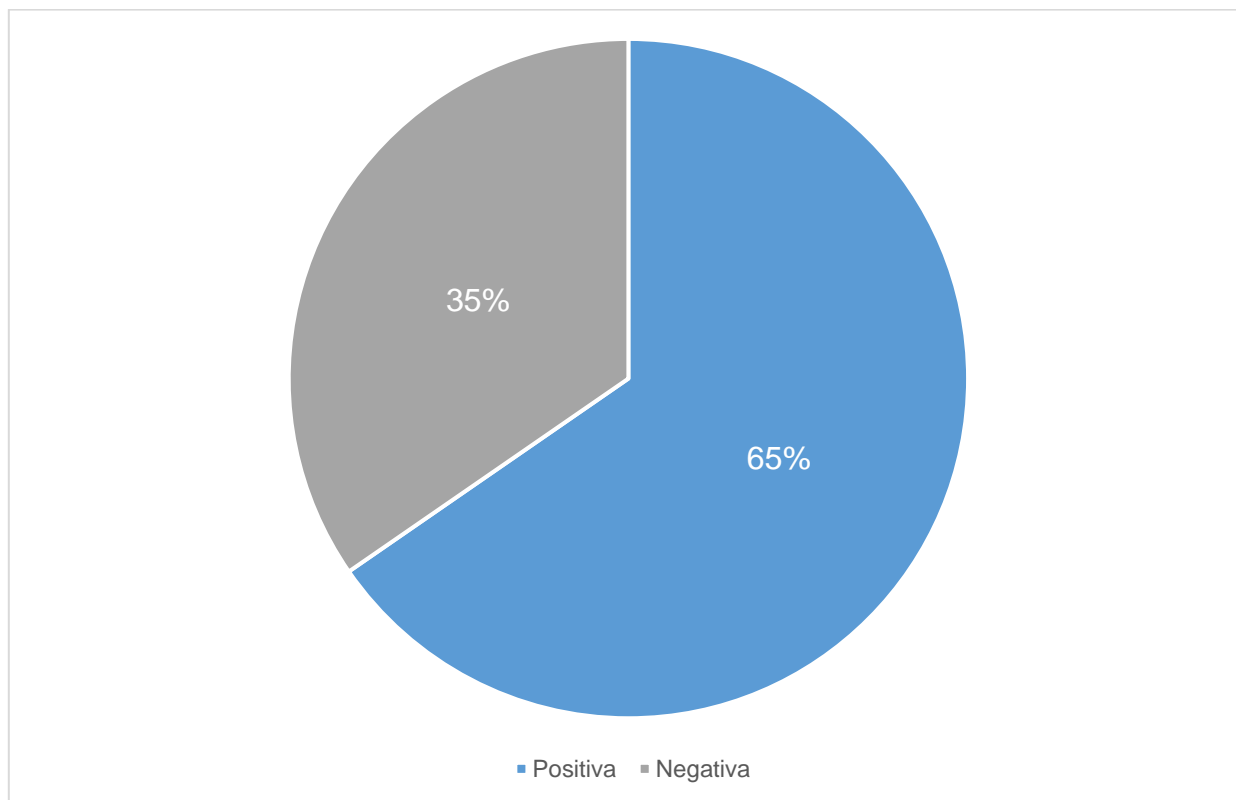
FUENTE: Base de datos

Tabla 3. Percepción del uso de métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes en el personal de salud de la UMF No. 67

	Positiva		Negativa	
	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia
Percepción del uso de métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes	65.40%	51	34.60%	27

FUENTE: Base de datos

Gráfico 1. Percepción del uso de métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes en el personal de salud de la UMF No. 67



FUENTE: Base de datos

Tabla 4. Media, mediana y moda de los resultados obtenidos en percepción entre los trabajadores de la salud de la UMF No. 67, según Escala de Likert. Se consideró percepción negativa el dar una puntuación 5-6 en las preguntas 1,2,3,5,8, y obtener una puntuación menor a 3 en las preguntas 4, 6 y 7, anotado aquí entre paréntesis.

Ítem	Media	Mediana	Moda
En México, se considera inapropiado que los adolescentes utilicen anticonceptivos	2.78 (5-6)	2	2
La religión que profeso no permite que los adolescentes que no están casados utilicen anticonceptivos	2.15 (5-6)	2	2
Dar anticonceptivos a los adolescentes promueve la promiscuidad y los contagios por VIH/SIDA	2.56 (5-6)	2	2
Los servicios de salud deberían otorgar métodos anticonceptivos a los adolescentes que los soliciten, estén casados o no	5.37 (≤3)	6	6
Es mejor informar a los adolescentes sobre la abstinencia en lugar de otorgarles métodos anticonceptivos cuando los soliciten	3.24 (5-6)	3	2
Los adolescentes deberían recibir consejería anticonceptiva antes de que inicien su vida sexual activa	5.58 (≤3)	6	6
Me siento cómodo otorgando anticonceptivos a los adolescentes de entre 10-19 años	4.49 (≤3)	5	6
Mis creencias afectan la manera en la que prescribo/otorgo/recomiendo anticonceptivos	2.14 (5-6)	2	2

FUENTE: Base de datos

Tabla 5. Factores asociados a la percepción del uso de métodos conceptivos en adolescentes entre los trabajadores de la salud de la UMF No. 67.

	Percepción				X <sup>2</sup> (df)	Valor de p
	Positiva		Negativa			
	N	(%)	N	(%)		
<i>Edad</i>					2.707 (3)	.439
21 - 30	17	33.33	8	29.63		
31 - 40	23	45.10	10	37.04		
41 - 50	11	21.57	8	29.63		
51 - 60	0	0	1	3.70		
<i>Años de trabajo en profesión actual</i>					8.518 (5)	.130
<= 5	28	54.90	10	37.04		
06-10	12	23.53	7	25.93		
11-15	5	9.80	4	14.81		
16 - 20	3	5.88	4	14.81		
21 - 25	3	5.88	0	0.00		
26+	0	0.00	2	7.41		
<i>Sexo</i>					0.025 (1)	.874
Hombre	16	31.37	8	29.63		
Mujer	35	68.63	19	70.37		
<i>Religión</i>					6.459 (6)	.374
Ateo	1	1.96	3	11.11		
Agnóstico	12	23.53	6	22.22		
Católico	29	56.86	14	51.85		
Cristiano	6	11.76	3	11.11		
Mormón	0	0.00	1	3.70		
Testigo de Jehová	1	1.96	0	0.00		
Otra	2	3.92	0	0.00		
<i>Estado civil</i>					7.033 (4)	.134
Casado	21	41.18	9	33.33		
Soltero	22	43.14	9	33.33		
Unión libre	5	9.80	3	11.11		
Viudo	0	0.00	3	11.11		
Divorciado	3	5.88	3	11.11		
<i>Categoría</i>					4.879 (2)	.087
Medicina	34	66.67	16	59.26		
Enfermería	16	31.37	7	25.93		
Trabajo Social	1	1.96	4	14.81		
<i>Grado más alto de estudios</i>					2.460 (2)	.292
Licenciatura	19	37.25	14	51.85		
Posgrado	20	39.22	6	22.22		
Bachillerato o escuela técnica	12	23.53	7	25.93		

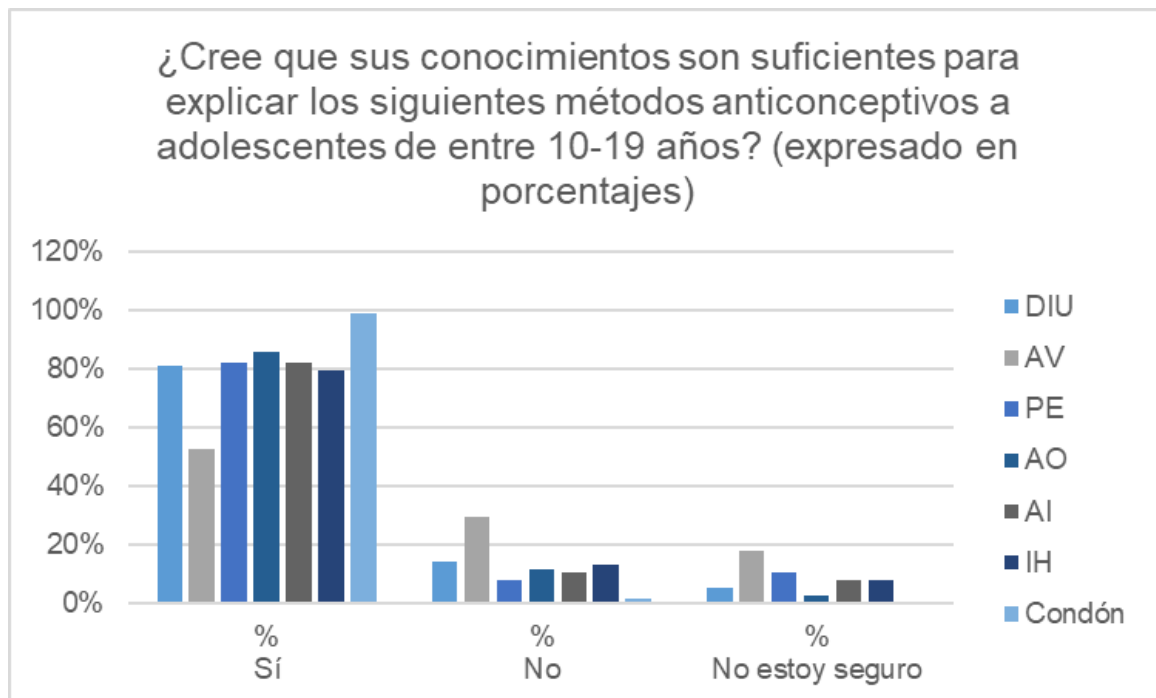
FUENTE: Base de datos

Tabla 6. Respuestas de los trabajadores de la salud de la UMF No. 67 a la pregunta “¿Cree que sus conocimientos son suficientes para explicar los siguientes métodos anticonceptivos a adolescentes de entre 10-19 años?”

	Sí		No		No estoy seguro	
	N	%	N	%	N	%
Dispositivo intrauterino	63	80.80%	11	14.10%	4	5.10%
Anillo Vaginal	41	52.60%	23	29.50%	14	17.90%
Parches de estrógeno	64	82.10%	6	7.70%	8	10.30%
Anticonceptivo oral	67	85.90%	9	11.50%	2	2.60%
Anticonceptivo inyectable	64	82.10%	8	10.30%	6	7.70%
Implante hormonal	62	79.50%	10	12.80%	6	7.70%
Condón	77	98.70%	1	1.30%	0	0.00%

FUENTE: Base de datos

Gráfica 2. Respuestas de los trabajadores de la salud de la UMF No. 67 a la pregunta “¿Cree que sus conocimientos son suficientes para explicar los siguientes métodos anticonceptivos a adolescentes de entre 10-19 años?”. AV: Anillo Vaginal, PE: Parches de Estrógeno, AO: Anticonceptivo Oral, AI: Anticonceptivo Inyectable, IH: Implante Hormonal



FUENTE: Base de datos

Tabla 7. Respuestas de los trabajadores de la salud de la UMF No. 67 a la pregunta “¿Considera que es apropiado el uso de los siguientes anticonceptivos en adolescentes de 10-14 años?”

	Sí		No		No estoy seguro/a	
	N	%	N	%	N	%
Dispositivo Intrauterino	22	28.20%	52	66.70%	4	5.10%
Anillo Vaginal	18	23.10%	51	65.40%	9	11.50%
Parches de Estrógeno	28	35.90%	43	55.10%	7	9.00%
Anticonceptivo Oral	31	39.70%	37	47.40%	10	12.80%
Anticonceptivo Inyectable	29	37.20%	39	50.00%	10	12.80%
Implante Hormonal	27	34.60%	45	57.70%	6	7.70%
Condón	66	84.60%	10	12.80%	2	2.60%

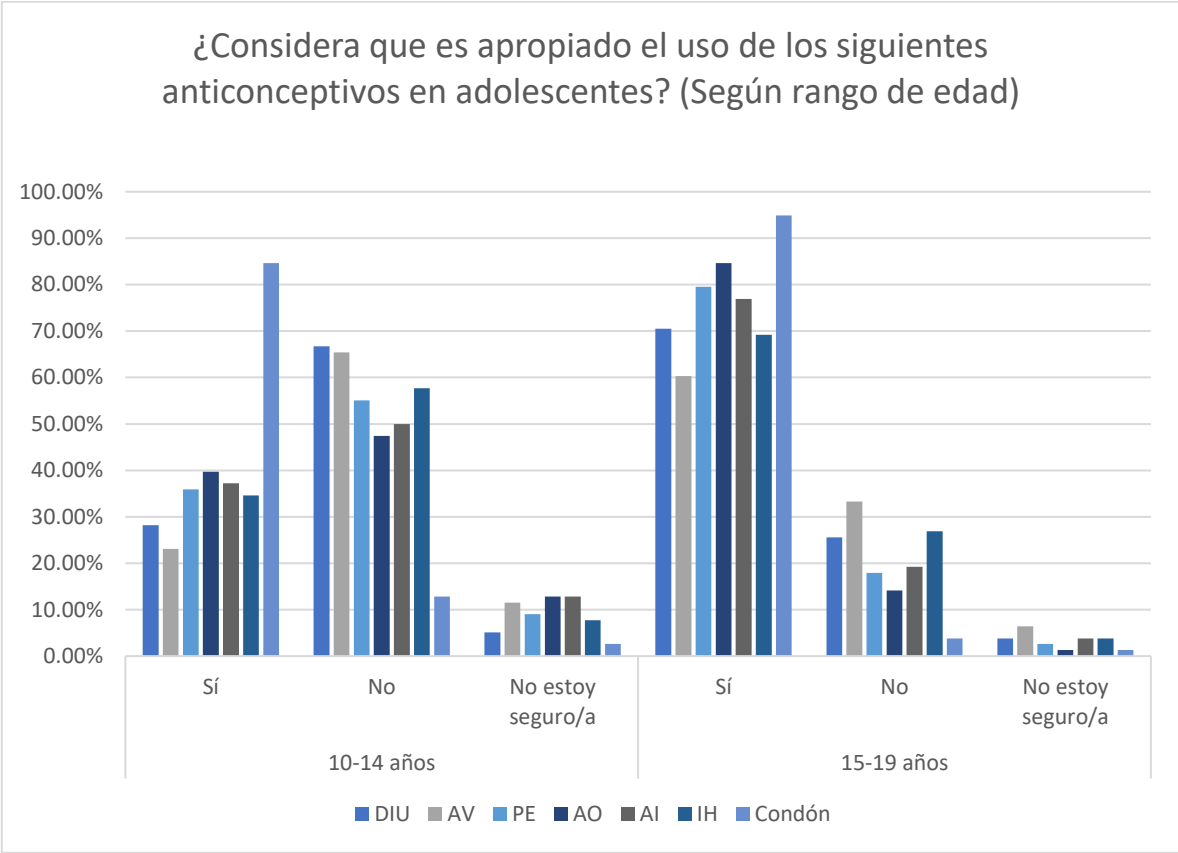
FUENTE: Base de datos

Tabla 8. Respuestas de los trabajadores de la salud de la UMF No. 67 a la pregunta “¿Considera que es apropiado el uso de los siguientes anticonceptivos en adolescentes de 15-19 años?”

	Sí		No		No estoy seguro/a	
	N	%	N	%	N	%
Dispositivo Intrauterino	55	70.50%	20	25.60%	3	3.80%
Anillo Vaginal	47	60.30%	26	33.30%	5	6.40%
Parches de Estrógeno	62	79.50%	14	17.90%	2	2.60%
Anticonceptivo Oral	66	84.60%	11	14.10%	1	1.30%
Anticonceptivo Inyectable	60	76.90%	15	19.20%	3	3.80%
Implante Hormonal	54	69.20%	21	26.90%	3	3.80%
Condón	74	94.90%	3	3.80%	1	1.30%

FUENTE: Base de datos

Gráfica 3. Respuestas de los trabajadores de la salud de la UMF No. 67 a la pregunta “¿Considera que es apropiado el uso de los siguientes anticonceptivos en adolescentes?” (Según rango de edad). AV: Anillo Vaginal, PE: Parches de Estrógeno, AO: Anticonceptivo Oral, AI: Anticonceptivo Inyectable, IH: Implante Hormonal



FUENTE: Base de datos

Tabla 9. Actitudes del personal de salud de la UMF No. 67 con respecto al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes

		¿Qué tan frecuentemente otorga métodos anticonceptivos a los adolescentes que los solicitan?	He reportado o he amenazado con informar a los padres de un adolescente que solicitó métodos anticonceptivos	He regañado a algún adolescente por pensar en tener relaciones sexuales a su edad y solicitar métodos anticonceptivos para ello	Me he negado a darle métodos anticonceptivos a un adolescente antes del matrimonio
No aplica	N	15	10	8	10
	%	19.20%	12.80%	10.30%	12.80%
Nunca	N	4	64	70	68
	%	5.10%	82.10%	89.70%	87.20%
Infrecuentemente	N	6	2	0	0
	%	7.70%	2.60%	0.00%	0.00%
Algunas veces	N	10	0	0	0
	%	12.80%	0.00%	0.00%	0.00%
De vez en cuando	N	4	1	0	0
	%	5.10%	1.30%	0.00%	0.00%
Casi todas las veces	N	10	0	0	0
	%	12.80%	0.00%	0.00%	0.00%
Todas las veces	N	29	1	0	0
	%	37.20%	1.30%	0.00%	0.00%

FUENTE: Base de datos

Tabla 10. Actitudes del personal de salud de la UMF no. 67 con respecto al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, excluyendo a aquellos que consideraron las preguntas no aplicaban a su caso

	¿Qué tan frecuentemente otorga métodos anticonceptivos a los adolescentes que los solicitan?		He reportado o he amenazado con informar a los padres de un adolescente que solicitó métodos anticonceptivos		He regañado a algún adolescente por pensar en tener relaciones sexuales a su edad y solicitar métodos anticonceptivos para ello		Me he negado a darle métodos anticonceptivos a un adolescente antes del matrimonio	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca	4	6.3	64	94.1	70	100.0	68	100.0
Infrecuentemente	6	9.5	2	2.9	0	0.0	0	0.0
Algunas veces	10	15.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
De vez en cuando	4	6.3	1	1.5	0	0.0	0	0.0
Casi todas las veces	10	15.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Todas las veces	29	46.0	1	1.5	0	0.0	0	0.0

FUENTE: Base de datos

Tabla 11. Respuestas de los trabajadores de la salud de la UMF No. 67 a la pregunta “¿Cree que sus conocimientos son suficientes para explicar los siguientes métodos anticonceptivos a adolescentes de entre 10-19 años?” Según la categoría. AV: Anillo Vaginal, PE: Parches de Estrógeno, AO: Anticonceptivo Oral, AI: Anticonceptivo Inyectable, IH: Implante Hormonal

Categoría	Sí		No		No estoy seguro	
	N	%	N	%	N	%
<b>Medicina</b>						
DIU	45	90.00%	4	8.00%	1	2.00%
AV	34	68.00%	11	22.00%	5	10.00%
PE	44	88.00%	0	0.00%	6	12.00%
AO	45	90.00%	3	6.00%	2	4.00%
AI	45	90.00%	1	2.00%	4	8.00%
IH	45	90.00%	3	6.00%	2	4.00%
Condón	50	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
<b>Enfermería</b>						
DIU	13	56.50%	7	30.40%	3	13.00%
AV	6	26.10%	10	43.50%	7	30.40%
PE	15	65.20%	6	26.10%	2	8.70%
AO	17	73.90%	6	26.10%	0	0.00%
AI	14	60.90%	7	30.40%	2	8.70%
IH	13	56.50%	7	30.40%	3	13.00%
Condón	22	95.70%	1	4.30%	0	0.00%
<b>Trabajo Social</b>						
DIU	5	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
AV	1	20.00%	2	40.00%	2	40.00%
PE	5	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
AO	5	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
AI	5	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
IH	4	80.00%	0	0.00%	1	20.00%
Condón	5	100.00%	0	0.00%	0	0.00%

FUENTE: Base de datos