

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 IMSS
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR HACIA LA
ORIENTACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DEL
ADOLESCENTE EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 9
TESIS**

**PRESENTADA POR
Rocío Samara Martínez Franco**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz

Aguascalientes, Ags., Febrero 2018.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. 15 DE DICIEMBRE 2017

CARTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS
CARTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TESIS

DR. JORGE PRIETO MACÍAS

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la residente de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes

DRA. ROCÍO SAMARA MARTÍNEZ FRANCO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR HACIA LA ORIENTACIÓN DE LA
ANTICONCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NÚMERO 9”.**

Número de Registro **R-2017-101-17** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de Titulación: **TESIS**

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la Normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE


DR. EUMIR PONCE DE LEÓN ALCARAZ
ASESOR

AGUASCALIENTES, AGS. DICIEMBRE 2017

CARTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la residente de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes

DRA. ROCÍO SAMARA MARTÍNEZ FRANCO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR HACIA LA ORIENTACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9”.

Número de Registro R-2017-101-17 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de Titulación: **TESIS**

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la Normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE



DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

ROCÍO SAMARA MARTÍNEZ FRANCO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR HACIA LA ORIENTACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”**

Aguascalientes, Ags., a 4 de Enero de 2018.

**DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

II. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE Y ASESOR:

Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar #9

Lugar de trabajo: Encargado de educación en UMF#9

Domicilio: Avenida Siglo XXI #301 Col. Municipio Libre. Aguascalientes, Ags. CP 20199

Teléfono: 4498988785

Correo: dreumirponce@hotmail.com

Matrícula: 99103101

INVESTIGADOR ASOCIADO Y TESISISTA:

Dra. Rocío Samara Martínez Franco

Adscripción: Hospital General de Zona 1

Lugar de trabajo: Hospital General de Zona 1

Residente de Medicina Familiar de Tercer Año

Domicilio: José María Chávez No.1102 Col. Linda Vista

Teléfono institucional: 9139022

Teléfono personal: 4491852880

Correo: dra.rsamara.mtzfranco@gmail.com

Matrícula: 99015973

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Eumir Ponce de León Alcaraz,
Por su invaluable tutela.

DEDICATORIAS

A mis amores, Ángel y Maximiliano.
Y a mi esposo Santiago,
Por su paciencia y desinteresado amor, por ser mi ejemplo e inspiración.

ÍNDICE GENERAL

Índice general.....	6
Resumen.....	8
Summary.....	9
Introducción.....	10
I. MARCO TEÓRICO.....	11
I.1 Antecedentes científicos.....	11
I.2. Modelos y teorías que fundamentan las variables.....	26
I.2.1. Definición de actitud.....	26
I.2.2. Comparación entre actitud y otros constructos representacionales.....	29
I.2.3. Modelos sobre actitud.....	30
I.2.4. Teorías sobre actitud.....	31
I.2.5. Teoría de acción razonada.....	32
I.2.6. Conducta y actitud.....	35
I.2.7. Anticoncepción en el adolescente.....	35
I.2.8. Recomendaciones de manejo y seguimiento en anticoncepción.....	36
I.2.9. Epidemiología.....	37
I.2.10. Impacto de la actitud en la anticoncepción.....	38
II. JUSTIFICACIÓN.....	39
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	41
III.1. Contextualización del problema de estudio.....	41
III.2. Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudios.....	41
III.2.1 Especificaciones de los médicos, formación y trabajo en México.....	42
III.3. Panorama del estado de salud.....	43
III.3.1. Encuesta de satisfacción del usuario.....	44
III.4. Descripción del sistema de atención a la salud.....	47
III.5. Normas.....	48
III.6. Descripción de la naturaleza del problema.....	51
III.7. Descripción de la distribución del problema.....	53
III.8. Descripción de la gravedad del problema.....	54
III.9. Factores importantes que pueden influir en el problema.....	56
III.10. Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente.....	56
III.11. Tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y cómo se utilizará para solucionar el problema.....	57
III.12. Lista de los conceptos indispensables utilizados en el planteamiento del problema.....	57
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	58
V. OBJETIVOS.....	58
V.1. General.....	58
V.2. Específicos.....	58

V.3. Complementarios.....	58
VI. HIPÓTESIS.....	59
VII. MATERIAL Y MÉTODOS.....	60
VII.1. Tipo de estudio.....	60
VII.2. Universo de estudio.....	60
VII.3. Sujeto de estudio.....	60
VII.4. Objeto de estudio.....	60
VII.5. Variables.....	60
VII.6. Mapa de actitud.....	61
VII.7. Tipo de muestreo.....	62
VII.8. Tamaño de la muestra.....	62
VII.9. Factibilidad.....	62
VII.10 Criterios de selección.....	62
VII.11. Plan de recolección de datos y logística.....	62
VII.12. Validez de instrumento.....	64
VII.13. Plan de análisis.....	65
VIII. ASPECTOS ÉTICOS.....	66
IX. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO.....	66
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	67
XI. RESULTADOS.....	67
XII. DISCUSIÓN.....	78
XIII. CONCLUSIONES.....	81
XIV. BIBLIOGRAFÍA.....	83
XV. ANEXOS.....	88

RESUMEN

Introducción: La población adolescente es considerada de riesgo debido a conductas imprudenciales o falta de interés en atender cuestiones de salud de manera oportuna, detonando en gastos por parte del sistema de salud hacia programas que limiten las morbilidades consecuentes. La anticoncepción ha sido un eje perseguido, dejando gran responsabilidad al primer contacto, representado en el médico familiar, de brindar orientación efectiva, en lo cual la actitud ha sido poco evaluada en nuestro medio, no obstante se ha visto que es decisivo en la conquista de población adolescente. Es fundamental conocer la actitud del médico familiar en la orientación de la anticoncepción del adolescente. **Objetivo General.** Identificar la actitud del médico familiar hacia la anticoncepción del adolescente a través del modelo teórico de la acción razonada en la UMF #9. **Material y Métodos.** Estudio observacional, transversal, descriptivo, realizado a médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Aguascalientes, Ags., tomando una muestra censal con un total de 28 médicos familiares. Se creó y validó un instrumento de rendimiento típico para valorar la actitud de los médicos familiares sobre la orientación de anticoncepción del adolescente, constituido por un apartado de 12 preguntas sociodemográficas, y posteriormente 38 preguntas de adjetivos bipolares (calificados de 1 a 5) y 2 preguntas abiertas, para medir creencias, normas subjetivas, intención de acción y motivación para complacer. Se aprobó la validez del instrumento en modalidad aparente, con prueba piloto y en base a ella se aprobó la validez de constructo, además de la validez de contenido por juicio de expertos. **Resultados.** Se observaron creencias salientes pero también creencias negativas. Las normas subjetivas tendieron hacia la neutralidad. Se encontró como componente determinante de actitud la intención de acción. **Conclusiones:** Los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 Delegación Aguascalientes, cuentan con una actitud predominantemente positiva hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente.

Palabras clave: Actitud, Teoría de Acción Razonada, Anticoncepción del adolescente, Médico Familiar.

SUMMARY

Introduction: The adolescent population is considered at risk due to imprudent behaviors or lack of interest in addressing health issues in a timely manner, detonating expenditures by the health system towards programs that limit the consequent morbidities. Contraception has been a persecuted axis, leaving great responsibility to the first contact, represented in the family physician, to provide effective orientation, in which the attitude has been little evaluated in our environment, however it has been seen to be decisive in the conquest of adolescent population. It is essential to know the attitude of the family physician in the adolescent contraception orientation. **General Objective:** Identify family physician attitude toward adolescent contraception through the theoretical model of reasoned action in the UMF No. 9. **Material and Methods.** Cross-sectional, descriptive, observacional study, was carried out on UMF No 9 family physicians of Aguascalientes, Ags., taking a census sample with a total of 28 family physicians. A typical performance instrument was created and validated to assess the attitude of family physicians on adolescent contraception counseling, constituted by a section of 12 sociodemographic questions, and subsequently 38 questions of bipolar adjectives (rated from 1 to 5) and 2 open questions, to measure beliefs, subjective norms, intention of action and motivation to please. The validity of the instrument was approved in apparent modality, with pilot test and based on it the validity of the construct was approved, in addition to the content validity by expert judgment. **Results.** Outgoing beliefs but also negative beliefs were observed. Subjective norms tended towards neutrality. The intention of action was found as a determining component of attitude. **Conclusions:** The Family Physicians of the Unidad de Medicina Familiar No. 9 Delegación Aguascalientes, have a predominantly positive attitude towards the orientation of adolescent contraception.

Key words: Attitude, Theory of Reasoned Action, Adolescent Contraception, Family Physician.

INTRODUCCIÓN

Se define anticoncepción, según la Guía de Práctica Clínica, como la administración de anticonceptivos, con el objeto de evitar embarazos. Los métodos anticonceptivos, por tanto, son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente.

La OMS define a los adolescentes como el grupo etario entre los 10 y los 19 años, un grupo considerado de riesgo para embarazos no deseados.

La consejería sobre anticoncepción debe ser sensible a las diferencias culturales y a las creencias religiosas, proporcionándose con dignidad y respeto, basados en las diferencias y necesidades individuales. Los prestadores de servicios que den consejería, deben ser competentes en ayudar a los usuarios a considerar y comparar los riesgos y beneficios de todos los métodos relevantes, así como manejar los efectos colaterales y problemas comunes. (GPC)

La formación básica de un médico general, incluye programas de anticoncepción en todas las universidades nacionales, siendo parte obligada de su conocimiento como profesional de la salud. Asimismo, las rotaciones complementarias por servicios como Ginecología o Medicina Preventiva, brindan información adicional. Los médicos familiares cuentan en su residencia con un PUEM con actualizaciones sobre el mismo tema, y una vez egresados, cada año se ofertan cursos presenciales o vía electrónica, sobre la anticoncepción y prevención de enfermedades transmisibles en este grupo de riesgo.

La GPC brinda además, algoritmos y tablas de datos que facilitan la orientación sobre elección de un método anticonceptivo, tomando en cuenta parámetros como enfermedades crónicas, cuadros agudos de enfermedades, terapias, etc.

Así pues, en México se cuenta con un amplio acervo a disposición del personal sanitario que así lo desee, y a pesar de ello, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un foco rojo que obliga a replantearse si las estrategias aplicadas son las adecuadas o estamos pasando por alto una variable decisiva.

I. MARCO TEÓRICO

I. 1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Grierson, Lawrence; Fowler, Nancy, y Kwan, Matthew, (2015) Publicaron en Canadá, un estudio llamado “*LES INTENTIONS DE PRATIQUE DES RÉSIDENTS EN MÉDECINE FAMILIALE. UNE ÉVALUATION PAR LA THÉORI DU COMPORTEMENT PLANIFIÉ*”, publicado por “*Canadian Family Physician. Le Médecin de Famila Canadien*”. Su objetivo, evaluar a los médicos familiares al existir deficiencias en los servicios ofrecidos, bajo la hipótesis de que la tendencia actual de los médicos residentes es restringir su campo de práctica, omitiendo prácticas de medicina familiar que consideran indeseables , de tener una práctica de amplio alcance determinando el grado en que sus actitudes sobre la práctica integral influyen, además de evaluar las intenciones de los residentes de proveer atención integral desde la introducción del plan de estudios triple C (un plan que busca graduar a médicos familiares que brinden atención integral). Es un estudio descriptivo.

Se desarrolló y administró una herramienta de encuesta basada en la teoría del comportamiento planificado, la cual postula que la intención de realizar un comportamiento particular se predice por sus actitudes hacia el comportamiento (el grado en que el desempeño del comportamiento es valorado como positivo o negativo por el individuo), las normas subjetivas (la percepción de la relevancia que el individuo le da a las creencias de otros sobre que él debe o no realizar el comportamiento) y el control percibido del comportamiento (la percepción del individuo de la facilidad o dificultad de realizar el comportamiento particular). Se considera que la intención es el determinante más proximal del desempeño real de ese comportamiento. Acorde a lo anterior, se plantearon preguntas a los residentes con respecto a sus intenciones, actitudes, normas subjetivas y comportamiento percibido del control en relación con la práctica del cuidado continuo integral, usando una escala tipo Likert de 7 puntos, siendo más positiva a mayor puntuación; además, se incluyeron preguntas independientes sobre las subdisciplinas particulares (obstetricia, cuidado de jóvenes, cuidado de niños, cuidado del adulto, cuidado del anciano, cuidados paliativos, atención en el hogar, atención en la oficina, atención hospitalaria y atención de urgencias).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Esta encuesta fue aplicada a 135 residentes de 1º, 2º y 3er año de Medicina Familiar de la Universidad de McMaster en Ontario, Canadá en 2012, siendo readministrada en 2013 a 54 residentes que habían contestado previamente la encuesta en el 1er año de residencia.

El análisis estadístico se realizó con análisis de regresión lineal, aplicando un instrumento con ecuaciones separadas para actitud, norma subjetiva y control percibido de comportamiento y las intenciones, se usó ANOVA de medidas repetidas (análisis de varianza) para examinar cambios en las variables en aquellos residentes que contestaron la encuesta en 1º y 2º año.

Los resultados mostraron que los residentes tenían intenciones modestas de practicar como médicos integrales tras la graduación (puntuación media de 4.66). Hay fuertes intenciones de ofrecer servicios relacionados con la juventud y el niño (5.18), los ancianos (5.44), el cuidado prenatal (4.99) y la atención del adulto (5.22), con valores similares para percepción de control y normas subjetivas en estas áreas; sin embargo, las actitudes reportadas son notablemente bajas (hasta 4.99), indicando intenciones muy débiles de la práctica de servicios asociados a la obstetricia. También se encontró que las normas subjetivas tienen la mayor influencia en la intención de los residentes de adoptar un amplio alcance de la práctica después de la graduación, encontrando que estas normas no cambian con el tiempo. En lo subsistemas, siempre fue el más positivo el cuidado del anciano y el menos positivo la obstetricia.

Se concluye que el análisis de regresión sirvió para evaluar el nuevo programa de la universidad (Triple C), las comparaciones sugieren ligeras mejoras en las intenciones de practicar la atención integral, pero no fueron estadísticamente significativas ($p=0.07$). Las normas subjetivas y el control percibido del comportamiento tampoco sufrieron cambios. Los resultados sugieren que los departamentos de medicina familiar de otros lugares harían bien en explorar la forma en que los miembros comunes de la red social residente (preceptores, compañeros, familia y otros) aprovechan el efecto que las normas subjetivas tienen sobre las intenciones de los residentes en materia de cuidados continuos. ⁽¹⁾

El estudio es acertado al evaluar la actitud del médico residente, sin embargo mostró discrepancia entre la intención de ofrecer servicios a la juventud y el niño (calificada con puntuación alta) y la actitud referida (notablemente baja). Como justificación en el análisis de este artículo, se concluye que pudo presentarse el positivismo de la “ilusión de control” que se ha visto asociada a la Teoría de Acción Planeada, lo cual generaría este sesgo.

Espinoza García, MA., (1993) Publicó en México, D.F., la tesis con el título de “CREENCIAS Y ACTITUDES DEL MÉDICO FAMILIAR DEL ISSSTE EN EL ESTADO DE SINALOA, HACIA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS”, publicado por la Facultad de Psicología, división de estudios de posgrados, UNAM, con el objetivo de conocer la actitud de los médicos hacia la anticoncepción.

Es un estudio de tipo confirmatorio-exploratorio, con un diseño ex - post-facto, basado en la Teoría de Acción Razonada.

Se elaboró un cuestionario con dos apartados, el primero con 19 variables de identificación y sociodemográficas, el segundo con 21 frases estímulo con reactivos estilo diferencial semántico, cuyos adjetivos se graduaron de 1 (extremo negativo) a 9 (extremo positivo), elaborados para inferir la actitud y la creencia, seguidos de reactivos para inferir intención conductual, norma subjetiva, creencia normativa y motivación para complacer, en formato diferencial semántico, finalizando con 8 reactivos para conocer quiénes forman parte de la norma subjetiva.

La población fueron 73 médicos familiares contratados y laborando como titulares o suplentes de enero-marzo 1992, en las clínicas del ISSSTE del estado de Sinaloa, una muestra representativa por conveniencia, ya que los médicos fueron seleccionados por la participación voluntaria en la investigación una vez que se reunía a todo el personal en una sala y se les explicaba en qué consistía.

El cuestionario fue aplicado en presencia del director de unidad. El instrumento fue elaborado con reactivos que integraban una escala de la frase estímulo para inferir la actitud hacia los mismos, combinando reactivos de la escala de autoconcepto de La Rosa y de la escala B de Fishbein y Raven; para inferir la creencia se tomaron la escala A de Fishbein y Raven. Se usó la técnica de balanceo de Pick y López (alternando frases estímulos para actitud y creencia y también alternando los extremos negativos y positivos, para disminuir la tendencia en la respuesta), aplicando la t de Student a los reactivos, para discriminarlos y someterlos posteriormente a un análisis factorial y elaborar una escala, considerando los reactivos que obtuvieron 65% de respuestas en uno de los extremos como norma en el desempeño del médico familiar.

Una vez hecha la encuesta, se realizó un análisis de clasificación múltiple.

En los resultados, los encuestados fueron 76.7% hombres y 23.3% mujeres, con una media de 38.7 años de edad y 7.8 años de laborar, 20.5% declararon haber cursado una

especialidad, sólo 8.2% del total de la muestra es médico familiar titulado (se encontraron en la muestra 2 epidemiólogos, 1 ginecólogo, 1 especialista en salud pública, 1 internista, 1 cirujano, 1 forense, 1 cirujano, 1 fisiólogo, 1 especialista en medicina deportiva y un maestro en ciencias de la salud). De los encuestados, 86.3% es casado, 6.8% soltero, 2.7% divorciado y 4.1% no respondió. 82.2% se consideraban católicos y 89% tenían hijos. Se encontró una actitud de menor aceptación hacia el método del ritmo y la píldora anticonceptiva, en los egresados de universidades estatales. Las mujeres que no contaban con especialidad, mostraron mayor aceptación del método del ritmo y el método de Billings. La actitud hacia el condón, es en general, de mayor aceptación. Sólo 3 encuestados se mostraron independientes para tomar decisiones, mientras que el resto nombró a 72 diferentes personas que son importantes en la toma de decisiones de su quehacer profesional, pasando por cónyuge, compañeros de trabajo, amigos, empleados, funcionarios, enemigos, etc.

Como resultado se observó que la actitud de los médicos es por norma positiva hacia la institución, hacia el servicio de medicina familiar, hacia el programa nacional de planificación familiar y hacia los métodos anticonceptivos en general. La intención conductual del médico familiar de recomendar la planificación familiar a todas las parejas en edad reproductiva es del 47.5%, el 9.6% de la muestra percibe que la gente importante para ellos piensa que no debe de recomendar la planificación familiar. 43.8% admite que es probable que desee complacer la expectativa social de recomendar un método de planificación familiar.

Se concluyó que con respecto al análisis de trayectoria, las variables que mejor predicen la intención de conducta son la actitud hacia los métodos anticonceptivos no naturistas; la actitud hacia la religión predijo mejor la actitud hacia los métodos naturistas. El resultado coincidió con la relevancia de las normas subjetivas como un fuerte predictor independiente de la intención de realizar una conducta.⁽²⁾

Este estudio es importante, sin embargo muestra sesgo ya que, a pesar de que todos los encuestados se desempeñan como médicos familiares, sólo el 8.2% de los encuestados es médico familiar titulado, asimismo, el estudio sólo incluyó a voluntarios y la encuesta se realizó en presencia de una figura de autoridad, lo cual no permitió que se expresaran con libertad. Dentro de sus fortalezas destacar, se encuentra el que está dirigido a la actitud del médico familiar en la anticoncepción, mide esta con un instrumento avalado y pone en evidencia las discrepancias entre creencias normativas, actitud e intención de conducta.

Loayssa Lara J., Ruiz Moral R., González García F. (2015) Publicaron un artículo titulado "*THEORY OF ACTION ON PATIENT RELATIONSHIPS. A DIFFERENT WAY OF REPRESENTING AND UNDERSTANDING THE BEHAVIOUR OF THE FAMILY DOCTOR IN THE CLINIC*", con el objetivo de identificar la teoría de acción y comprobar si aparece como una representación válida. Esta teoría formula que la conducta de los profesionales se dirige a conseguir metas concretas y está influenciada por percepciones, intenciones y actitudes de las personas y el contexto, una teoría muy aplicada en gestión de empresas.

Es un diseño descriptivo transversal, de tipo exploratorio, emplazado en atención primaria, en donde participaron 10 médicos familiares con una experiencia mínima de 10 años, pertenecientes a 10 centros de salud de nivel socioeconómico, población, tamaño y localización diferente, realizando un muestreo intencional en función de antigüedad, sexo, características del centro de referencia y estilo de práctica.

Se grabó y transcribió la audiograbación y observación de las consultas, formulando y agrupando inductivamente las proposiciones a partir de la identificación de las conductas en la consulta y su contexto. Se realizaron 3 sesiones de consulta de cada médico, en de entre 120 y 150 minutos, en días diferentes y con distintas características de pacientes.

Se transcribieron en Verbatim, y se analizaron por un procedimiento inductivo, primero con la escucha repetida para identificar patrones del médico, para después individualizar e identificar circunstancias en las que aparecían ciertas intenciones, actitudes y acciones., infiriendo qué era lo que el médico pretendía conseguir, traduciendo las presunciones y creencias del médico como "reglas de comportamiento". a lo que se denominó como proposiciones.

Se obtuvieron como resultado 84 proposiciones de los entrevistados, agrupados en 9 categorías temáticas, que por orden son: Confianza/interés, medicalización, dimensión subjetiva, dirección, negociación, educación e información, calidad clínica, comunicación clínica.

Hubo algunas categorías de particular importancia. En el área de confianza, se obtuvo como proposiciones representativas una actitud tranquila, directa y clara, empatizando con los síntomas, preguntando sobre otros problemas del paciente no relevantes para la consulta actual, con expresiones de humor y de confianza, subrayando que se tienen en cuenta sus problemas. En la atención clínica de calidad se mencionó como fundamental construir una relación con el paciente para lograr su colaboración. En la dimensión

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

subjetiva y personal, se refirieron la exploración de las preocupaciones subjetivas del paciente y de sus circunstancias y condiciones, como comentarios espontáneos y sucesos personales. En el control y dirección de la entrevista, se mencionó la tendencia a estructurar y organizar las consultas sin participación del paciente en su agenda ni en sus decisiones, conformándose con la aceptación pasiva del paciente. En el ámbito de educación e información, se encontraron proposiciones que reflejan que estas tareas no se realizan de forma sistemática, recurriendo a la información cuando se percibe desacuerdo o resistencia por parte del paciente (paso previo a la negación) o cuando han identificado una situación favorable a la motivación al cambio del paciente, obviándola en caso contrario, siendo el médico parco en consejos e información, relacionándose con el tema de la negociación, que sólo hacían al generarse conflictos.

Se concluye que es factible formular la teoría en la acción de los médicos familiares, apareciendo como una representación global y coherente de su comportamiento en la consulta. Sin embargo, sólo tiene valor si se proporcionan resultados válidos en la grabación de consultas, aunque se cree que en este estudio se reflejó la realidad.⁽³⁾

Este estudio es relevante porque muestra tendencias en los médicos, como el ser precarios al brindar información, tomando al paciente como un ser pasivo, sin incluirlo en las decisiones, aunque habían expresado la necesidad de empatizar con el paciente y mostrar interés por sus problemas aunque no fueran la causa de la consulta actual. Sin embargo, la metodología seguida no permite un análisis significativo, además de ser una muestra pequeña con selección por conveniencia.

Rebecca S. Geary et. Al (2015) Publicaron en *Global Health Action* un artículo llamado *“EVALUATING YOUTH-FRIENDLY HEALTH SERVICES: YOUNG PEOPLE’S PERSPECTIVES FROM A SIMULATED CLIENT STUDY IN URBAN SOUTH AFRICA”*, con el objetivo de investigar si los centros de atención primaria daban una experiencia positiva a los jóvenes que solicitaban información sobre métodos anticonceptivos y también para examinar las características más y menos positivas de esta exposición. A su vez, analiza el programa de Servicios Amigables a la Juventud (YFS, por sus siglas en inglés), un programa nacional en Sudáfrica para el sistema público que busca mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, que se ha destacado como exitoso y que sólo

se ha evaluado centrado en el alcance de normas predefinidas de los servicios prestados, la políticas de apoyo a los derechos de los adolescentes y el entorno clínico.

Este estudio es de tipo transversal, observacional, descriptivo. El estudio se llevó a cabo en Sudáfrica entre 2011 y 2012, con el método de cliente simulado, seleccionando a 7 reclutas al azar, de un grupo de participantes de un estudio previo de servicios de salud (que habían salido positivos para una ITS o leucocitosis urinaria a los 13 años). Los clientes recibieron capacitación para presentar en las clínicas a evaluar, escenarios de búsqueda de orientación sobre anticoncepción, desconociendo cuáles eran proveedoras YFS. Se evaluaron 15 clínicas de Soweto, muestreadas al azar para recibir 3-4 visitas simuladas.

Los datos arrojados se combinaron en una sola medida de la experiencia total de los clientes utilizando un análisis de los componentes principales, incluyendo 29 variables correlacionadas, por medio de STATA 11. A mayor puntuación, peor experiencia.

Como resultado, no hubo pruebas estadísticamente significativas de que las clínicas YFS proporcionaran una experiencia más positiva a los adolescentes o de que estas clínicas fueran más recomendadas por los clientes que aquellas que no contaban con este programa, basados en calificaciones y experiencia de los adolescentes sobre autoridad en el manejo, tamaño de la clínica, tiempos de espera, provisión de materiales de información y educación y en si la visita era acogedora. Los clientes masculinos en general tuvieron experiencias más positivas que las mujeres. Se encontró que las actitudes de juicio se relacionaban a menudo con trabajadores de la salud que no proporcionaban cierta información, siendo más expuestas a ello los clientes femeninos. Los trabajadores de salud más antiguos, generaban experiencias más positivas que los más jóvenes. Se hizo énfasis en el comportamiento y las actitudes de los trabajadores sanitarios como los factores más importantes en la determinación de experiencias más y menos positivas. Los clientes simulados con consultas más positivas informaban que el trabajador era amistoso, sabía hablar con los jóvenes, era respetuoso y los valoraba por buscar información. Las consultas menos positivas fueron aquellas en las que no se proporcionó información, faltó privacidad, hubo opiniones negativas o barreras innecesarias.

Además, los trabajadores sanitarios no siempre aceptan ver a los adolescentes solos (a pesar de que la edad legal para acceder a los servicios de manera independiente es a los 12 años) o lo hacen pero violan la confidencialidad. En ningún caso se realizó historia

clínica de salud sexual ni se ofrecieron prueba de VIH o ITS (y raramente se asesoraba sobre prevención de ellas), en esta línea, el uso correcto del condón se realizó sólo en la mitad de las consultas masculinas y sin clientes femeninos.

Se concluye que la mejora de los servicios para los jóvenes debe centrarse en el cambio de las actitudes de los trabajadores sanitarios en lugar de abordar las cuestiones estructurales.

El programa YFS es una de las pocas intervenciones para informar de anticoncepción y salud sexual al adolescente a través de mejoras estructurales, pero debe acompañarse de capacitación de los trabajadores sanitarios para ofrecer experiencias positivas a los adolescentes.⁽⁴⁾

Una limitante del estudio es que no pudo incluir personas menores de 18 años, debido a la aprobación ética, además de que los participantes ya habían tenido interacciones repetidas con personal de salud, por lo cual podían tener más confianza al interactuar con ellos y esto podría brindar experiencias más positivas que otros jóvenes de población abierta. Su fortaleza es que evidencia la perspectiva adolescente y siembra la duda de si el enfoque actual de programas amigables con el adolescente es el adecuado.

Romero, Lisa M. Et. Al. (2017) Publicaron en Atlanta, GA, U.S. en *Journal Of Adolescent Health*, un estudio llamado “*EFFORTS TO INCREASE IMPLEMENTATION OF EVIDENCE-BASED CLINICAL PRACTICES TO IMPROVE ADOLESCENT-FRIENDLY REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES*”, con el objetivo de describir los cambios en la implementación de prácticas clínicas basadas en la evidencia entre los centros de salud como una iniciativa comunitaria para la prevención del embarazo adolescente, para una mejor comprensión de las barreras y facilitadores, y para describir los aspectos técnicos, asistencia, capacitación y lecciones aprendidas en los compañeros del centro de salud.

El diseño de este estudio cualitativo fue usando el *Clinic Partner Needs Assesment* (CPNA), una herramienta para examinar las prácticas de los centros de salud y la provisión de cuidados de salud reproductiva para el adolescente. Los datos fueron revisados y validados por un equipo de evaluación multidisciplinario. De 31 prácticas clínicas basadas en la evidencia, 28 se formularon con respuesta de opción dicotómica para indicar qué práctica se había implementado, los 3 restantes fueron con opción múltiple, con 2 preguntas abiertas para temas emergentes. Esta investigación fue

revisada y aprobada por *Western Institutional Review Board, Puyallup, WA (WIRB Study protocol #1131670)*.

Se obtuvieron datos de los centros de salud del segundo y tercer año de la iniciativa de la prevención del embarazo adolescente, analizando 10 comunidades en Alabama, Connecticut, Georgia, Massachussets, New York, North Carolina, Pennsylvania, South Carolina (2 comunidades) y Texas respectivamente, siendo el primer año de planificación en el 2012 y el segundo año del programa de prevención en el 2013. Los datos fueron reunidos anualmente por un equipo multidisciplinario perteneciente al centro de salud, incluyendo proveedores de salud, administradores, contadores, y personal informático. Los datos se obtuvieron y mantuvieron seguros en un servidor protegido con contraseña.

Se analizaron 48 trabajadores de centros de salud que aportaron datos en ambos años para identificar prácticas implementadas y oportunidades de mejora (de 58 en 2012 y 62 en 2013, pues algunos datos ya no eran válidos, ya que en el primer año 4 centros se discontinuaron, y se añadieron 9 en el 2013 que no se incluyeron por no tener un análisis previo). Además, los datos se analizaron a partir de una muestra intencional de 30 trabajadores a quienes se les pidió que describieran sus experiencias en la implementación de salud reproductiva adolescente (cuidados, barreras y facilitadores).

El análisis cuantitativo se realizó usando SAS 9.3 y Microsoft Excel 14. Los datos cuantitativos se analizaron con ATLAS.ti software, para identificar temas emergentes que se calificaron como barreras o facilitadores.

Como resultado, se atendió un total de 40,689 pacientes adolescentes en los 48 centros de salud en 2012, 72% mujeres, siendo el 40% de 15 a 17 años y 37% de 18 a 19 años. En estos centros representativos de las 10 comunidades, 25 centros (52%) reportaron aumento en la implementación de prácticas clínicas basada en la evidencia de 2012 a 2013, principalmente en proporcionar acceso anticonceptivo (23%) e inicio rápido de anticoncepción con prueba negativa de embarazo (19%). En 6 centros de salud (13%) no se reportaron cambios. El 35% restante, siendo 17 centros, presentó disminución en la implementación de prácticas clínicas basadas en la evidencia.

Se documentó que los sistemas de salud y los factores de nivel comunitario influyen en la implementación de prácticas clínicas basadas en la evidencia. En particular, el apoyo de líderes del centro de salud, la comunicación líderes- personal, las actitudes y creencias de personal, fueron reportados como factores que facilitaron la implementación de nuevas prácticas, recomendando conocer estos facilitadores para decidir la estrategia adecuada.

El estudio concluye que para aumentar el uso de servicios de salud reproductiva en los adolescentes de calidad, centrados en el cliente, asequibles y confidenciales, se necesita mejorar la implementación de prácticas clínicas basadas en la evidencia. Los esfuerzos para identificar los obstáculos y facilitadores para esta implementación, pueden informar a los centros de salud de oportunidades para aumentar su capacidad de garantizar una buena ejecución.⁽⁵⁾

Un artículo actual, con evaluación de la implementación de un programa específico de acercamiento al adolescente con la anticoncepción, donde apenas la mitad de los centros de salud pertenecientes al programa, aumentaron las cifras de atención, contabilizadas por acciones mínimas como brindar un anticonceptivo (sin tomar en cuenta la orientación, capacitación y otras estrategias preventivas), habiendo incluso retrocesos en el 35% de los centros y estatismo en el 13%, identificando como parte de las barreras y facilitadores a la actitud del personal, siendo factores que determinan la buena aplicación de un programa.

Amanda J Ampt et. Al., (2009) Publicaron un artículo titulado *“ATTITUDES, NORMS AND CONTROLS INFLUENCING LIFESTYLE RISK FACTOR MANAGEMENT IN GENERAL PRACTICE”*, con el objetivo de identificar, a través de la Teoría de Acción Planeada, las influencias que afectan a los médicos que eligen examinar y orientar sobre factores de riesgo en el estilo de vida (tabaquismo, nutrición, alcoholismo y actividad física, llamados SNAP por sus siglas en inglés) de sus pacientes, considerando la relevancia del análisis de estos factores tanto internos como externos que afectan la actitud y conducta actual a nivel clínico y no a nivel organizacional, desglosando tres apartados: ¿Cuáles factores influyen en el médico en la búsqueda oportuna de factores de riesgo SNAP?; ¿Cuáles factores influyen en la decisión del médico de intervenir cuando se detectan SNAP? Y ¿Qué factores influyen en el médico para decidir qué abordar y en qué orden cuando hay múltiples factores de riesgo SNAP en un paciente?

El estudio es de tipo observacional, longitudinal, con método de entrevista grabada en audio, utilizando instrumento probado previamente en otro médico general que no participó en la evaluación, tras lo cual se hicieron pequeños ajustes de redacción y secuencia, dejando una entrevista semi-estructurada, la cual fue analizada por dos investigadores en Sidney, Australia,

La entrevista fue realizada en una población de 15 médicos generales y una practicante de enfermería en 2 etapas. La mayoría de los médicos habían participado en un estudio reciente que examinaba la viabilidad y el impacto en las prácticas en pacientes de 45-49 años, por lo que se procedió a una primera etapa (entrevista inicial) que exploró la introducción del control de salud en esos pacientes y la reflexión de consultas específicas sobre evaluación y manejo de SNAP. Después de analizarse la información obtenida, se procedió a la segunda etapa, donde se discutieron los hallazgos e interpretaciones con los clínicos, buscando retroalimentación y aclaración sobre el análisis de datos (“validación comunicativa”). Las entrevistas se llevaron a cabo en las salas de los médicos, previo consentimiento por escrito.

Para el análisis se auxilió del software QSR NVivo7, identificando temas emergentes y desarrollando un margen de codificación en colaboración entre investigadores.

Como resultado, fueron 15 encuestados, 7 hombres y 8 mujeres, los cuales ya habían participado en un estudio relacionado y habían realizado una sesión de capacitación en entrevistas motivacionales. Se identificaron factores específicos que influyen en el comportamiento, los cuáles son desglosados uno por uno.

En la evaluación del riesgo de estilo de vida, los médicos incluían indagación directa, exámenes, revisión y actualización de registros de los pacientes, declarando que los pacientes esperaban esa evaluación en una consulta de chequeo de salud, lo cual generaba una sensación de permiso para abordar los factores en ese ámbito. Dentro de esta valoración, se mencionaba el tiempo como barrera. Hubo unanimidad en la sencillez de revisar el tabaquismo, pero en el resto de SNAP hubo variación en la actitud para evaluar, ya que algunos consideraban sólo se podía hacer en consultas dirigidas y otros acorde a lo que inferían por el estado general del paciente (por ejemplo obesidad). La percepción del propio papel profesional también fue relevante, en lo cual ayudó el uso de plantillas escritas.

En cuanto a motivar al paciente, la mayoría sentía que sus habilidades habían aumentado posterior a la reciente capacitación, pero algunos experimentaban decepción cuando no lograban motivarlo, otros lo consideraban parte del rol profesional y otros dejaban la responsabilidad en el paciente. El éxito en el tabaquismo y alcoholismo lo consideraban hasta la abstinencia total, lo cual les generaba frustración y la creencia de no contar con habilidades, contrario a lo que ocurría con la reducción de peso, donde el éxito se ubicaba

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

en un continuo de mejora, generando menor frustración. En varios casos, los médicos lo asociaban a la experiencia propia (no poder dejar de fumar, por ejemplo).

Con respecto a dar consejo y educar al paciente se coincidía en la responsabilidad profesional y en la expectativa del paciente, variando en la realización, desde la negociación hasta la presentación didáctica o el poco usado formato escrito, siendo proporcional la cantidad de información con el riesgo del paciente. En la organización de citas de seguimiento se coincidió en la necesidad de más de una visita pero se equilibraba con la realidad, a más de influir la motivación del paciente y el costo, siendo mayormente seguidos el alcohol y el tabaco (nutrición y actividad física sólo si existía HAS o sobrepeso). En cuanto a la referencias, percibían la accesibilidad como una barrera (costo, horarios, actividades laborales), además de la motivación del paciente, reconociendo sólo un médico que los servicios de apoyo podrían ayudar. Otro factor fue la falta de conocimiento de lo que se hace en un servicio de referencia, por lo cual restaban importancia a su efectividad.

Hablando de gestión ante la presencia de múltiples factores SNAP, no hubo consenso, ya que el proceder en cada médico fue distinto, desde abordar primero el factor que el paciente decidiera, hasta enviar al psicólogo.

Se concluye que este estudio no puede extrapolarse a la población médica en general, sin embargo se menciona importante porque evidencia que el desempeño en la acción preventiva se ve influenciado por actitudes, normas y expectativas, además de los controles. Las actitudes incluyeron el nivel de creencia de que cierto comportamiento produciría el efecto deseado, incorporaron sentimientos acerca de su propia efectividad clínica en la promoción del cambio en el paciente, la manera en que miden el éxito en un paciente dependiendo sus normas y la importancia que le dan a la atención preventiva. Las normas incluyeron las expectativas de la comunidad profesional y de los pacientes, variando en la motivación del paciente y en las referencias. Los controles (facilitadores y obstáculos) revelados fueron nivel de riesgo del paciente, provisión de plantillas, pacientes educados, habilidades y conocimientos clínicos, capacidad práctica razonable en función de tiempo y personal, bajo costo y disponibilidad de fuentes de referencia. La remuneración financiera rara vez se planteó como factor influyente.

Es un estudio que se llama a sí mismo importante en el desarrollo e implementación de actividades preventivas tomando en cuenta los conocimientos y actitudes de los médicos.⁽⁶⁾

El estudio tiene sesgo, ya que durante la recolección de muestra, los médicos que se inscribieron habían expresado su interés en el proyecto, teniendo inclinación hacia la atención preventiva, incluso ya habían tomado un curso, por lo cual no puede ser una representación real de la población de médicos. Sin embargo, muestra el interés por la atención preventiva, donde se incluye la orientación sobre anticoncepción, así como las diferentes actitudes entre los médicos.

Paniagua D., Pérula L., Ruiz R. y Gavilán E. (2010) Publicaron un estudio llamado *"IMPLEMENTATION OF PREVENTIVE ACTIVITIES BY FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE RESIDENTS IN PRIMARY CARE CLINICS"*, con el objetivo de determinar el grado en que los médicos residentes realizan actividades preventivas durante su estancia en el centro de salud, así como estimar el tiempo empleado en llevarlas a cabo.

Es un estudio observacional, transversal, descriptivo, realizado en los centros de salud docentes de los distritos de atención primaria de Córdoba y Guadalquivir, España, a través de videograbaciones y visualizaciones directas de consultas por tres médicos residentes, registrando la actividades preventivas efectuadas según la recomendación del programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud del año 2005.

La población de estudio incluyó 40 médicos residentes de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria adscritos a la Unidad Docente de Córdoba, de las promociones 2003 y 2004, con 384 entrevistas clínicas realizadas con pacientes que acuden a la consulta.

Como resultados, se observó que el motivo principal de consulta fue enfermedad aguda (81%). En el 72.1% de las consultas (IC del 95%) no se realizó ninguna actividad preventiva. En las que hubo esta atención, las actividades más frecuentes fueron las de prevención secundaria (70.1%), destacando la toma de presión arterial (8.1%), la prevención primaria fue en el 27.1% y la prevención terciaria en 2.8%. El tiempo medio de consulta en aquellas en que se realiza actividad preventiva es de 5.6 min, mientras que en las que si se realizan es de 7.04 min. Se concluye que la realización de actividades preventivas y de promoción a la salud es muy escasa, a pesar de ser un aspecto primordial para todo médico familiar y que incluso está incluido en los objetivos docentes, suponiendo este estudio una primera aproximación a la actitud real de estos profesionales en esta materia, siendo interesante realizar un estudio para conocer las actitudes de este

colectivo así como de sus tutores, quienes influyen directamente en sus creencias y acciones.

Una limitación importante es que sólo se valoró si se hacía la actividad preventiva, no si era correcta. El sesgo que pudo representar la observación directa, pensando en que esto influiría en que los residentes modificaran su actitud (Efecto Hawthorne), se limitó al no conocer los médicos el objetivo específico de la videograbación.

Se concluye que se debe preparar a los futuros médicos de familia para optimizar los tiempos de consulta, tener adecuada formación, ejercitar habilidades comunicacionales, conociendo su actitud hacia estos recursos, abriendo así la puerta a hipótesis para futuras investigaciones que permitan entender cómo intensificar la realización de actividades preventivas.⁽⁷⁾

Es un artículo relevante porque evidencia la carencia de actividades preventivas de manera considerable, estando dentro de este apartado la orientación sobre anticoncepción. Se muestra además que, si bien aumenta el tiempo destinado a la consulta cuando se realiza esta prevención, no es imposible de realizar, pues en menos de 2 minutos adicionales se pudo hacer una estrategia preventiva. Al encontrar estos resultados, señala sería notable conocer la actitud real de los médicos.

Martínez Ramírez, EA y colaboradores, (2016) Publicaron un estudio llamado “COSTO DE ATENCIÓN POR SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A UN GRUPO DE ADOLESCENTES”, un estudio longitudinal-descriptivo sobre el costo de atención por servicios de planificación familiar en un grupo de individuos de 10-19 años, abarcando diferentes escenarios de cobertura, publicado en la revista de Ginecología y Obstetricia de México, número 84, pp 551-555.

Dicho estudio fue aplicado a individuos entre 10-19 años (rango de edad dentro del cual la OMS define adolescencia) en una unidad de 1er nivel de atención médica del estado de Querétaro, incluyendo expedientes electrónicos de aquellos que al menos solicitaron una vez consulta en planificación familiar.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de promedios para población infinita, con nivel de confianza de 92% ($z=1.45$), la técnica muestral fue con el listado de expedientes electrónicos de los pacientes atendidos en planificación familiar, para lo cual se incluyó consejería, otorgamiento de métodos anticonceptivos (tipo y total) y revisión de

DIU. El costo unitario por consulta se estableció con la técnica de tiempos y movimientos, y para los métodos, se usaron los contemplados por la institución. Se hizo una proyección del costo, con el correspondiente porcentaje de adolescentes (20.4%) y diferentes escenarios de cobertura.

En los resultados se tuvo que el promedio de edad de la población estudiada fue de 17.9 años, con predominio del 91% de mujeres, de las cuales el 30.2% eran estudiantes y 21.2% trabajadores. 7.5% tenía antecedente de ITS y 20.8% se había embarazado al menos una vez. El promedio de consultas otorgadas fue de 0.9 al año, el método más frecuente fue el hormonal mensual inyectable. El costo por consulta fue de \$180 y el costo más elevado en promedio por insumo fue de \$340.91, correspondiente al hormonal trimestral. El costo promedio anual fue de \$228.84, el costo por preservativos fue de \$13.50 unitario, siendo el más bajo de uso indiscriminado, ya que la píldora anticonceptiva de emergencia representa un costo de \$8.70. El costo promedio de una atención ideal fue de \$2,708.94

La proyección del costo total en las condiciones actuales para una población de 1,875,159 habitantes con 20.4% de adolescentes, asumiendo cobertura al 100% y costo anual promedio de \$229 entre consejería y métodos anticonceptivos, fue de \$87,537,307. En condiciones ideales y bajo los mismos supuestos, correspondería a 1,036,256.

Se concluye que el costo de la PF en adolescentes es bajo (\$2708), tomando en cuenta el gasto que implicaría la atención de los embarazos de alto riesgo y comorbilidades asociadas. Invertir en esta área permitirá garantizar áreas de oportunidad en los adolescentes para vivir libremente su sexualidad de manera segura, además de disminuir gastos en otras áreas de salud. ⁽⁸⁾

El estudio es relevante ya que hay escasos estudios que reflejen los costos derivados de la atención a adolescentes. Los datos reportados fueron obtenidos de adolescentes mujeres posterior a un evento ginecoobstétrico, presentando un hueco de información con respecto a la población masculina o aquellos individuos que no acuden a capacitarse por miedo al rechazo o circunstancias ajenas. Hay escasa participación y apego al programa de este grupo etario, mencionando quizá sea por la inmadurez psicoemocional, a pesar de que existen programas de planificación familiar dirigidos a los adolescentes para obtener información y adquirir de manera gratuita métodos de planificación.

El estudio brinda información de costos, lo que justifica el fortalecer los lazos médico-paciente, para que la escasa población que llegue a solicitar consulta de planificación

familiar se mantenga constante y a la vez transmita en su medio la existencia de este servicio. Se menciona la necesidad de captar a los adolescentes en primer contacto, para así ofertar mejor calidad de vida y disminuir los riesgos de comorbilidades asociadas con los embarazos de alto riesgo, embarazos no deseados o inclusive las infecciones de transmisión sexual.

I. 2. MODELOS Y TEORÍAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES

I. 2.1. Definición de actitud

Actitud es la capacidad propia del ser humano con la que enfrenta al mundo y las circunstancias que se pueden presentar en la vida, la capacidad de superar o afrontar cierta situación. De manera general puede ser buena o mala, y puede relacionarse con la personalidad.⁽⁹⁾

De acuerdo a su etimología, hay varias teorías:

- La primera la vincula al italiano “*attitudine*”, que es una deformación del latín “*aptitudine*”, acusativo de la palabra “*aptitudo, aptitudinis*”, la misma que dio origen a la palabra aptitud, y que significa capacidad para algo. De ese origen, se vincula al verbo “*agere*” (hacer, actuar, mover) y a su supino “*actum*”, derivando en la probable forma “*actitudo, actitudinis*”, dando surgimiento a “actitud”.⁽¹⁰⁾
- La segunda, menciona su conformación directa a partir de la palabra “*acto*”, del latín “*actus*”, adicionándole a la raíz de la palabra el sufijo “*tud*”, que confiere cualidad, siendo la cualidad de acción, pasividad o dinamismo.⁽¹¹⁾

Actitud se define, según la Real Academia de Lengua Española, como la disposición de ánimo manifestada de algún modo, como amenazadora, benévola, pacífica.⁽¹²⁾

Estas definiciones de idioma necesitan ampliarse para poder entender mejor el concepto y su alcance.

Para la psicología, es una tendencia expresada mediante la evaluación de un ente determinado con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad. Este ente es el objeto de la actitud, que puede ser cualquier cosa que sea susceptible de ser valorada (dependiendo de varios factores), y pudiendo ser este objeto algo concreto, abstracto,

ideas, opiniones, conducta, personas o grupos.⁽¹³⁾ Esta opinión, está acorde a lo propuesto por Eagly y Chaiken.

Según Eagly y Chaiken, la actitud es un estado interno de la persona no observable.

Lo conciben, así pues, como algo que media entre los aspectos del ambiente externo (estímulos) y las reacciones de las personas (respuestas evaluativas manifiestas).

La evaluación implicaría la valencia o dirección (carácter positivo o negativo que se atribuye al objeto actitudinal) y la intensidad (gradación de esa valencia), pudiendo llegar a ser neutra, ya que se representa como un continuo.

La actitud implica, según Eagly y Chaiken, 3 puntos importantes:

1. Apunta siempre hacia algo. Cualquier cosa que se pueda convertir en objeto de pensamiento, también es susceptible de convertirse en objeto de actitud.
2. Actúa como mediador entre las respuestas de la persona y su exposición a los estímulos del ambiente social, al ser un estado interno.
3. Es una variable latente, ya que subyacen procesos fisiológicos y psicológicos, es el resultado de una categorización que lleva al estado interno evaluativo, la actitud.⁽¹⁴⁾

Para Breckler estas respuestas si pueden ser observables y susceptibles de medir, clasificándolas como:

- a. Cognitivas: Pensamientos e ideas (llamados “creencias”) de la persona acerca del objeto de actitud.
- b. Afectivas: Sentimientos, estados de ánimo y emociones asociadas con el objeto de la actitud.
- c. Respuestas conativo-conductuales: Son las intenciones de conducta o disposiciones a la acción dirigidos hacia el objeto de actitud.

Así, la actitud es el resultado de correlacionar las 3 variables.⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

¿Cómo surge pues esta actitud? Es una forma de adaptación activa de la persona a su medio ambiente, un resultado de procesos cognitivos, afectivos y conductuales.

Debido a la sobrecarga informativa proveniente de la exposición a nuestro entorno, la mente necesita estar preparada para estructurar, organizar y dar coherencia a esos estímulos que se nos presentan, consiguiendo así una mejor adaptación. Es así que las actitudes ayudan a satisfacer la necesidad básica de conocimiento y control, estructurando la información⁽¹⁷⁾, permitiendo mostrar principios y valores, identificándose en grupo de personas con actitudes similares y que cubran la necesidad básica de

aceptación y pertenencia grupal⁽¹⁸⁾, además de ayudar a alcanzar objetivos deseados y evitar los no deseados, optimizando la relación individuo-entorno y creando la sensación de libertad y competencia.⁽¹⁶⁾

El estudio de las actitudes resulta relevante para la comprensión de la conducta social humana porque:

- Son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que las personas asimilan y relacionan la información que reciben del mundo en torno a dimensiones evaluativas.
- Desempeñan funciones imprescindibles a la hora de buscar, procesar y responder, no sólo a la información sobre el entorno, sino también a la relacionada con uno mismo.
- Guardan una estrecha relación con nuestra conducta y, por tanto, el mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y sobre sus cambios. Es decir, las actitudes influyen sobre la forma en que piensan y actúan las personas.
- Permiten conectar el contexto social en el que vivimos con la conducta individual, es decir, reflejan la interiorización de los valores, norma y preferencias que rigen en los grupos y organizaciones a los que pertenecemos. Distintos grupos sociales pueden ser distinguidos entre sí por las actitudes diferenciales que hacia determinadas cuestiones o asuntos comparten los individuos que los forman.
- Cambios en las actitudes de las personas pueden cambiar el contexto. Si las actitudes de un gran número de personas cambian, posiblemente las normas sociales puedan cambiar también. Por ello, el estudio de cómo se adquieren y modifican las actitudes resulta esencial para comprender las bases de posibles cambios más amplios.
- La investigación sobre las actitudes permite conectar áreas de investigación tradicionalmente dispersas (por ejemplo el estudio del prejuicio hacia grupos minoritarios puede enfocarse al estudio de actitudes negativas hacia esos grupos).⁽¹⁶⁾

Al momento de hablar de actitudes, se hace referencia al grado positivo o negativo con el que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad (el objeto de actitud).

Estos juicios pueden ser positivos-negativos(o neutros) y variar en su extremosidad o grado de polarización, lo que nos da distintas posibilidades:

- Valencia
 - Positiva de extremosidad media
 - Positiva de extremosidad alta
 - Negativa de extremosidad alta (totalmente negativo)
- Indiferencia y ambivalencia:
 - Ausencia de actitud (objeto de actitud irrelevante)
 - Neutra (indiferencia al objeto de actitud)
 - Ambivalente (evaluación positiva y negativa de manera simultánea)⁽¹⁶⁾

I. 2.2. Comparación entre Actitud y otros Constructos Representacionales

- Actitud y valores: La actitud puede definirse como la evaluación de un objeto social, por lo cual, al igual que los valores, puede suponer una evaluación general estable de tipo positivo-negativo. Sin embargo, los valores son globales y abstractos, sin tener referencias de objetos concretos, que sirven como puntos decisivos de juicio, a partir de los cuales se forman las actitudes y creencias específicas de las personas.
- Actitud y opinión: Las opiniones son verbalizaciones de actitudes o expresiones directas de acuerdo-desacuerdo sobre temas, que no necesariamente tienen que estar asociadas a actitudes ya desarrolladas. Las opiniones son respuestas puntuales y específicas, mientras que las actitudes son más genéricas.
- Actitud y creencia: Ambas, creencia y actitud, comparten una dimensión cognitiva, pero la actitud es en esencia afectiva. Las creencias son cogniciones, conocimientos o informaciones que los sujetos poseen sobre un objeto actitudinal.
- Actitudes y hábito: Ambos son aprendidos y estables, pero los hábitos son patrones de conducta rutinizados (generalmente inconscientes) y las actitudes son orientaciones de acción (generalmente conscientes). Por añadir, la actitud es un conocimiento de tipo declarativo (que el sujeto puede verbalizar) lo que ocurre difícilmente con el hábito que es un conocimiento de tipo procedimental.⁽¹⁹⁾

Las actitudes son sólo un “indicador” de la conducta pero NO la conducta. Es por ello que las mediciones de actitudes deben interpretarse como síntomas o como indicios y no como hechos.⁽²⁰⁾

I. 2.3 Modelos sobre actitud

Existen varios modelos que pretenden explicar los componentes de la actitud, dichos modelos son el tridimensional, bidimensional y unidimensional.

- **Tridimensional.** Propone que la actitud tiene 3 componentes: El cognitivo (forma como se percibe un objeto actitudinal, el conjunto de creencias y opiniones), el afectivo (los sentimientos de agrado o desagrado hacia el objeto) y el conativo-conductual (la tendencias y disposiciones ante el objeto de actitud). En base a esto surgió la “*Teoría de la Consistencia*”, con representantes como Festinger, Carlsmith, Rosenberg o Zajonc, que enfatizaban la relación entre estos componentes, suponiendo que un cambio en uno de ellos repercutiría en cambiar a otro. La disonancia cognitiva mostró que las personas no son conscientes de las inconsistencias entre los componentes de la actitud. Críticas a este modelo es el que se incluya a la conducta como un componente de la actitud, lo cual no es adecuado, ya que ésta puede resultar ser un objeto actitudinal.
- **Bidimensional.** Según él, la actitud consta de un componente afectivo y uno cognitivo, siendo rebasado por los modelos tri y unidimensionales, como lo describen Stahlberg y Frey.
- **Unidimensional.** Enfatiza el carácter evaluativo de la actitud. Petty y Cacioppo lo definen como una evaluación general y perdurable de carácter positivo o negativo de un objeto de actitud. Fishbein y Ajzen propusieron que el modelo tridimensional son entidades separadas, que pueden estar o no relacionadas según el objeto en cuestión, por lo cual se postuló su Teoría de Acción Razonada dentro del modelo unidimensional. Este modelo unidimensional es defendido al distinguir el concepto de actitud del de creencia y del de intención conductual, resultando de gran importancia la experiencia directa que el sujeto tenga con el objeto de actitud con respecto a la relación entre afecto y conducta manifiesta, al formarse una actitud. Cuando la experiencia es más extensa y la actitud más compleja, esta relación de

afecto y conducta desciende y aumenta la relación de la conducta con las creencias.

Una postura emergente combina el concepto de tri y unidimensional, planteándose a la actitud como una disposición evaluativa global basada en información cognitiva, afectiva y conductual que se puede influenciar por cogniciones, afectos e intenciones conductuales.⁽¹⁹⁾

I. 2.4 Teorías sobre actitud

La mayoría de las teorías clásicas actuales pertenecen al modelo unidimensional, dentro de ellas destacan:

- Teoría socio-cognitiva: Define a la actitud como la categorización del objeto sobre una dimensión evaluativa almacenada en la memoria a largo plazo, formada por asociación de creencias, respuestas afectivas, intenciones de conducta y conductas recordadas en torno a un nodo afectivo-evaluativo. Algunas de estas actitudes serán unipolares (sólo adjetivos positivos) y otras bipolares (con polémica positivo-negativo).⁽¹⁹⁾
- Teoría de la disonancia cognitiva: Explica el cambio de actitud que sigue a determinadas conductas, es decir, como la conducta puede cambiar las actitudes con la motivación de lograr coherencia entre creencias, actitudes y conducta, para tener un bienestar psicológico. Esta teoría nos da entonces tres resultados de actitud, las irrelevantes (que una cognición no tenga nada que ver con otra), las consonantes (que de una cognición se puede inferir la otra) y las disonantes (las cogniciones con contradictorias o incoherentes entre sí). Al estar presente la disonancia, la persona intenta reducirla y evita activamente las situaciones e informaciones que pudieran aumentarla. Influye en ella el grado de disonancia, además de varios paradigmas, como el de la libre elección, de la complacencia inducida, de la desconfirmación de creencias y de la justificación del esfuerzo.⁽¹³⁾ Esto se traduce en una red compleja y difícil de medir, además de que toma a la conducta como base para inferir la actitud.
- Teoría de acción razonada: La TAR define a la actitud como un fenómeno afectivo normado por atributos positivos y negativos asociados, aplicando la lógica de la utilidad o del valor esperado (expectativa-valor). Toma en cuenta la racionalidad

instrumental, que es el tomar decisiones en función del valor que se da a los resultados y expectativas que se tienen, integrando además la racionalidad cultural o normativa, mediante la opinión favorable/desfavorable de la motivación de seguir con esa opinión.⁽¹⁹⁾⁽¹⁶⁾ Los comportamientos están bajo el control del sujeto y por lo tanto, el principal determinante de la conducta va a ser que la persona tenga intención o no de realizar ese comportamiento, midiendo entonces la influencia de la actitud.⁽¹³⁾⁽²¹⁾

- Teoría de Acción Planificada: La TAP fue creada por Ajzen para predecir la conducta, agregando a los postulados de la acción razonada un componente de percepción de controlabilidad de la conducta, incluyendo así a las conductas que no están bajo control de uno mismo. Esta variable demostró tener efectos indirectos sobre la conducta a través de la intención de conducta, sin embargo, su efecto directo es menor, pues el control percibido influye en la conducta posterior a través de la planificación de ésta.⁽¹⁹⁾

Sutton en 1999 encontró que mientras la actitud, la norma subjetiva y la percepción (incluidos en la TAR) predecían de forma significativa la intención de conducta, ni el control percibido ni la auto-eficacia (incluidos en la TAP) lo hacían. Además, la percepción de control presenta el fenómeno de “ilusión de control”, que es la tendencia a tener una visión optimista de la capacidad de controlar la realidad, generando un sesgo positivo, lo que es bastante extendido en las personas.⁽¹⁹⁾

Dado que nuestro estudio se enfoca a medir la actitud, la teoría que se elige es la de Acción Razonada, pues es la que ofrece datos que ayuden a su conocimiento sin generar sesgo, además de que permite la realización de un instrumento comprensible y eficaz.

1. 2.5 Teoría de Acción Razonada

Fishbein y Ajzen formularon la “Teoría de la acción razonada”, como parte de los conceptos de expectativa-valor, postulando que la actitud hacia un objeto es el resultado de las creencias y normas que la persona mantiene hacia dicho objeto.⁽²²⁾⁽¹⁶⁾

En este modelo, se postulan 3 componentes de la actitud, ilustrados en la siguiente imagen (Figura A-1).

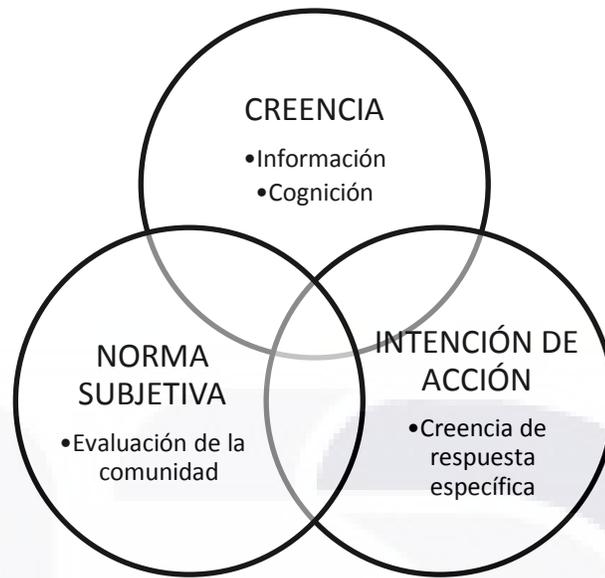


Figura A-1. Componentes de la Teoría de Acción Razonada

La creencia es la información que el sujeto tiene del objeto actitudinal, siendo el componente cognitivo de la actitud. En base a la formación de estas creencias, se habla de creencia descriptiva (mediante observación directa), creencia inferencial (al elaborar una inferencia con base en otra creencia existente del objeto actitudinal) y la creencia informacional (basado en información proporcionada por una fuente externa).

La norma subjetiva hace referencia a la creencia del sujeto de que personas importantes para él piensan que debe o no realizar una conducta de manera general. Cuando se habla de una percepción específica, se denomina creencia normativa, la cual hace función de motivación o de presión social.⁽²⁾⁽²³⁾

La intención de acción es una creencia especial indicada por la percepción subjetiva de la probabilidad de que el individuo tendrá una respuesta específica, relacionada directamente con la creencia.⁽²³⁾

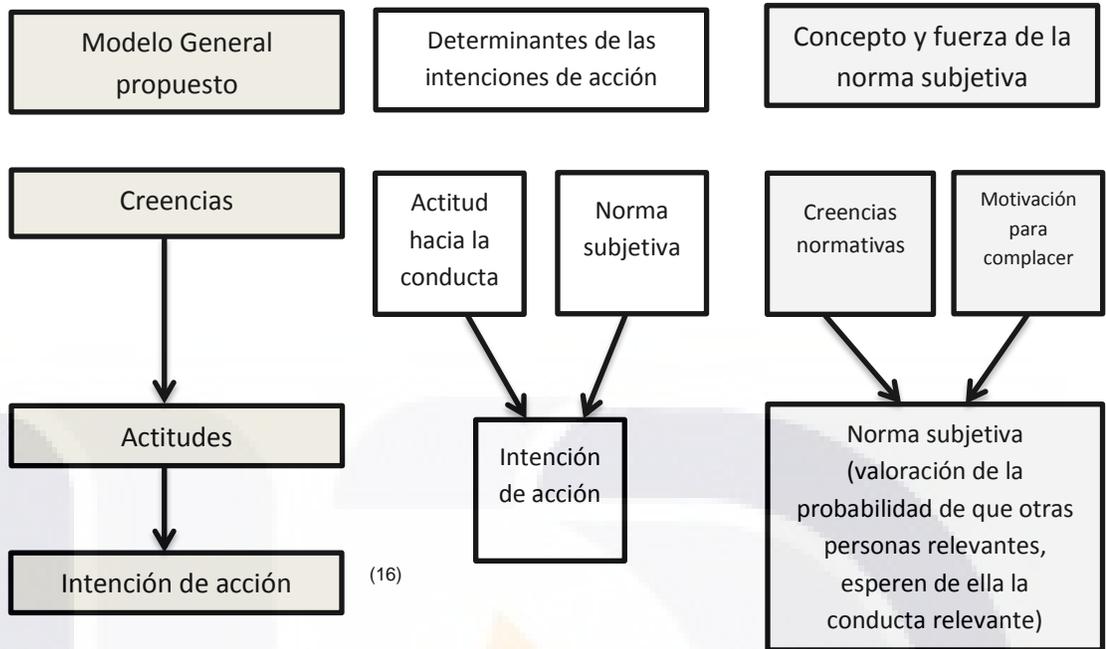


Figura A-2. Modelo General Propuesto de la Actitud, según TAR.

Fishbein y Ajzen aplicaron su teoría con la actitud hacia el uso de píldoras anticonceptivas, recabando datos acerca de las creencias, y posteriormente la probabilidad subjetiva y la deseabilidad subjetiva, ambas en base a esa creencia. Usaron escala de Likert de 7 puntos, de -3 a +3. Si ambas eran elevadas (+3 en su escala), esa creencia contribuiría a que la actitud sea positiva, pero si uno o los dos valores son 0, hay indecisión, y la creencia no forma una actitud. Así pues, no todas las creencias determinan la actitud, sólo las creencias salientes son operativas.⁽²²⁾

Fishbein y Ajzen son valiosos en la investigación de la actitud, ya que sistematizaron el resultado de las creencias, de tal forma que previo a la prueba es necesario:

- a. Conocer las creencias normativas
- b. Seleccionar las que son salientes para cada persona
- c. Calcular la probabilidad y deseabilidad subjetivas de cada creencia saliente
- d. Calcular los productos de probabilidad por deseabilidad
- e. Realizar la suma ponderada de esos productos.

Aunque su fin es identificar sólo la actitud, revisiones meta-analíticas de Sheppard, Hartwick y Warshaw en 1988 y Van Den Putte en 1991, encontraron relaciones significativas entre la intención de conducta y la conducta real, y entre la actitud y la

norma subjetiva con la intención de conducta, aunque bien, no se debe usar como predictor de conducta cuando ésta no está bajo el control de los sujetos.

Fishbein y Ajzen lograron medir la actitud, sin buscar modificarla, sólo identificar variables que se asocian.⁽²²⁾

I. 2.6 Conducta y actitud

Fazio en sus estudios concluyó que las actitudes basadas en la experiencia directa con el objeto de la actitud, se aprenden mejor, son más estables y guardan una relación más estrecha con la conducta que aquellas que surgen de experiencias indirectas, siendo decisivo la accesibilidad de la actitud.

Stroebe, Lenkert y Jonas, realizaron posteriormente una investigación en Alemania para mostrar que las actitudes se pueden modificar sin alterar de forma apreciable su contenido cognitivo. Para ello, utilizaron teorías de condicionamiento que enfatizaban el reforzamiento. A ellos se sumaron Staats, Saats y Crawford, con el Condicionamiento Clásico, a través de estímulos aversivos en objetos neutros al principio de la investigación, encontrando como resultado el cambio de un objeto evaluado como neutro a un objeto negativo. Después llegaron Zanna, Kiesler y Pilkonis, que con ampliaron la investigación, encontrando el condicionamiento extendido a los sinónimos de las palabras utilizadas. Cacioppo, Marshall-Goodell, Tasinary y Petty, encontraron que el condicionamiento era más fuerte al usarse con palabras sin sentido.⁽¹⁹⁾

Existen investigaciones numerosas enfocadas a la modificación de la conducta, partiendo de la identificación de actitudes. En nuestro estudio, se busca identificar los factores que influyen en la actitud.

I. 2.7 Anticoncepción en el adolescente

La planificación familiar en el adolescente es el derecho de toda persona entre 10 y 19 años a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener información especializada y los servicios idóneos, siendo un derecho independiente del género, edad, estado social o legal.⁽²⁴⁾

La calidad de los servicios de planificación familiar se define en términos de la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por el sistema de servicios de planificación familiar. Esta definición incorpora:

1. Variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión
2. Información proporcionada a los usuarios
3. Competencia técnica de los prestadores de servicios
4. Relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios
5. Mecanismo de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos⁽²⁴⁾
6. Conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar

Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada uno de los métodos anticonceptivos están clasificadas en cuatro categorías:

- 1) Sin restricción
- 2) Las ventajas del método anticonceptivo sobrepasan los riesgos teóricos o demostrados
- 3) Los riesgos teóricos o demostrados sobrepasan las ventajas del método anticonceptivo.
- 4) Riesgo inaceptable para la salud si se usa un método anticonceptivo.⁽²⁵⁾

La información disponible sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes muestra que existen mayores tasas de fracaso, menores tasas de continuidad y un menor cumplimiento en comparación con los adultos. Es por ello que la prescripción de anticonceptivos en este grupo es distinta, debiendo evaluar el profesional de la salud prioritariamente los aspectos biopsicosociales involucrados, brindando un modelo de atención no paternalista, que respete la autonomía y los derechos de esta población.⁽²⁶⁾

I. 2.8 Recomendaciones de manejo y seguimiento en anticoncepción

Para la prescripción de un método anticonceptivo se debe proporcionar consejería acorde a los lineamientos de las normas vigentes, efectuar una historia clínica completa, instruir sobre el uso adecuado del método y, si es mujer, efectuar un examen físico que incluya toma de tensión arterial y examen de mamas. Para adolescentes que ya hayan iniciado vida sexual se efectuará examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal.⁽²⁵⁾

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Es importante la accesibilidad a la atención de salud del adolescente, ya que al hablar de anticoncepción, la falta de preparación del equipo que atiende al adolescente y la inexperiencia profesional, dificulta la comunicación, además del manejo dificultoso de padres o acompañantes, la preocupación de confidencialidad y la autopercepción negativa del adolescente, que se traducen en una atención de menor calidad incidiendo en la continuidad del método indicado.⁽²⁶⁾

Una vez establecido un método anticonceptivo en un adolescente, es obligatorio llevar a cabo un seguimiento, ya sea para vigilar la adecuada administración del método, el apego a este (en donde se tiene un mayor índice de fallas), brindar mayor orientación e información, o para detectar efectos secundarios.

Las situaciones que indicarían suspensión del método, son: Sospecha de embarazo, cefalea intensa, alteraciones visuales, disnea, dolor intenso en tórax o miembros inferiores, ictericia, irregularidades menstruales que son intolerables, trombosis venosa, persistencia de efectos colaterales por más de 6 meses.

La vigilancia varía dependiendo el método elegido, sin embargo de manera general se recomienda una visita al inicio del método anticonceptivo, 30 días después y posteriormente cada año o antes, si es necesario, reforzando en cada visita la consejería, satisfacción del usuario y la aparición de efectos colaterales.⁽²⁵⁾

I. 2.9 Epidemiología

Hay mayor probabilidad de disfunción familiar al presentarse un embarazo en la adolescencia, yendo desde moderada (la más frecuente) hasta severa. Los aspectos más frecuentemente afectados son el crecimiento y el afecto, de acuerdo a la evaluación cualitativa de las características familiares del test Smilkeisten, donde se revela que el adolescente no tiene una madurez emocional, no percibe apoyo y cariño por parte de su familia de origen y esto los obliga a tomar la decisión de unirse a su pareja. La mayoría de los padres de estas adolescentes son casados y el embarazo de primera vez es en más de la mitad. A las adolescentes embarazadas se les limita su derecho a la autorrealización y se les otorga un afecto limitado en momentos cruciales de la etapa de la adolescencia, contribuyendo a tener problemas psicosociales con la posibilidad de un núcleo que no acepte el embarazo. Las adolescentes requieren de mayor participación al momento de tomar decisiones que afecten a la familia, que se les distribuya de manera responsable,

se les confiera libertad para tomar decisiones sobre su vida, de acuerdo a su madurez y bajo la supervisión de los padres; mayor calidad del tiempo disponible para compartir, demostraciones de confianza, solidaridad y afecto.⁽²⁷⁾

1. 2.10. Impacto de la actitud en la anticoncepción

El médico familiar es el primer contacto del adolescente que le brinda información real y adecuada en un mundo globalizado donde se tiene acceso a artículos de sexualidad sin ningún tipo de control. El adolescente, según se ha evidenciado en los artículos, no asiste regularmente a la consulta de manera preventiva, acude cuando hay enfermedad y es impaciente⁽²⁸⁾, por lo cual sólo expresa su necesidad de orientación cuando se encuentra frente a un médico con una actitud calificada como positiva, en base a respeto, facilidad de diálogo, cordialidad, brindar información adecuada, clara y suficiente, dejando la oportunidad de decidir al adolescente⁽⁴⁾.

Si un adolescente asiste poco y es retraído al hacerlo ¿haría falta una buena actitud del médico para poder captarlo? Es claro que sí. Las consecuencias que derivan de una falta de orientación anticonceptiva se ven medidos en los embarazos adolescentes, con un alto riesgo de complicaciones; las disfunciones familiares que derivan de ello y lo más evidente para el sector salud: El dinero que se destina a campañas con resultados insatisfactorios, la taza creciente de embarazos no planeados con gastos en hospitalizaciones, medicamentos y atención médica subsecuente por complicaciones⁽⁸⁾. Es mucho más económica la prevención, y más efectiva.

De poco servirá una campaña que busque acercar al adolescente a sus unidades médicas, si cuando se decida a hacerlo se encuentra un ambiente hostil, con una mala actitud del médico que lo reciba, pues se ha demostrado que el adolescente no tiene deseos de volver cuando así pasa, sin poder expresar sus dudas e inquietudes, sintiéndose enjuiciado o ignorado por el médico, lo cual es común verlo en el área de consulta aún cuando el hospital pertenezca a un programa que busca ser amigable con el adolescente⁽⁴⁾.

II. JUSTIFICACIÓN

En México se atienden más de 350 mil partos de adolescentes, y son madres antes de los 19 años más de 600 mil mujeres ⁽²⁹⁾. Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas, para sus familias y para la comunidad.

La planificación familiar permite que las personas adolescentes tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar.⁽³⁰⁾ Otra benevolencia del hecho, es el menor costo de inversión en la prevención primaria que en la atención de las comorbilidades de un embarazo en la adolescencia⁽⁸⁾.

Con lo anterior, se entiende la importancia de la orientación sobre anticoncepción en la adolescencia, un grupo expuesto a riesgos específicos derivados de la inmadurez fisiológica y la toma de decisiones influenciada por el contexto sociocultural (embarazos, enfermedades de transmisión y violencia sexual entre otros).

El médico familiar representa el importante nivel preventivo que el sistema de salud da como primer contacto, y es por tanto el eslabón a reforzar en la captación de este grupo etario.

Las universidades nacionales, en el plan de estudios del Médico General, cuentan con apartados que incluyen difusión de conocimiento durante la etapa de aula y aplicación de tal durante la participación en internado de pregrado en área hospitalaria y servicio social en la comunidad. Este conocimiento se ve reforzado durante el curso de la especialidad médica, incluyendo la planificación familiar y anticoncepción en el Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) del residente médico familiar ⁽³¹⁾ y es continuado durante el ejercicio laboral, donde la capacitación se vuelve un terreno complejo, ya que hay factores como tiempo, costos, accesibilidad, actitud, que hacen desigual la preparación del personal sanitario.

Por todo lo anterior, y aunado a que el adolescente ha mostrado asiste a consulta en pocas ocasiones, y cuando lo hace es para atención de una enfermedad aguda específica⁽²⁸⁾, es que se han creado programas dirigidos a la población adolescente,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

incluyendo programas preventivos de embarazos no deseados, con gran disposición de recursos y resultados insatisfactorios. En países con similares programas de unidades amigables, ponen de manifiesto que si bien estos programas captan la atención del adolescente, es más importante cautivarlos a través de una actitud positiva de los prestadores de servicios de salud.

Hay pocos estudios publicados sobre actitud en la anticoncepción en el adolescente. En los buscadores de Conricyt, PubMed, BVS bajo las diferentes combinaciones de los Mesh “*family physician*”, “*contraception*”, “*attitude*”, “*attitude of health personnel*”, “*adolescent*”, “*adolescent health services*”, “*adolescent behavior*” y de las variables fishbein, ajzen”, “*Theory of reasoned action*”, “*family physician*”, “actitud del médico familiar”, “actitudes y opiniones de sexualidad”, hubo pocos resultados, y de estos se descartaban la gran mayoría por no ser pertinentes. A pesar de tener múltiples búsquedas, con distintas estrategias, con apoyo de bibliotecarios y docentes, se tienen muy pocos artículos pertinentes que nos dejan satisfechos con la consulta, más no con los resultados, por lo que se considera este trabajo es significativo, pues el conocimiento debe mejorarse, actualizarse e investigarse en nuestro medio.

De los estudios encontrados, se mostró discrepancias en los resultados, con variables de actitud que incluyen resultados positivos⁽²⁾⁽⁶⁾ en algunos y negativo en otros ^{(5) (1)}, además de opiniones de adolescentes que refieren una mala actitud del médico familiar ⁽⁴⁾ y otros tantos estudios sin una clara inclinación.

Existe un artículo que muestra una actitud positiva del médico familiar hacia la anticoncepción, sin embargo su variable de estudio es la actitud hacia la anticoncepción en general y nuestro estudio se orienta a la aplicación en población adolescente, lo que centra la atención pues las normas subjetivas y creencias cambian.

La actitud de este médico de primer nivel, es la pieza clave en el éxito o fracaso de los programas de anticoncepción, así como de la eficacia de la difusión de los métodos y el buen uso de ellos.

Este estudio, busca por ello, crear un instrumento e identificar cuál es la actitud de nuestros médicos de familia, cuáles son sus creencias, sus normas conductuales y sus intenciones de conducta y así sentar bases para futuras políticas de intervención.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

III. 1. Contextualización del problema de estudio

Área problema: Orientación de la anticoncepción del adolescente

Objeto de estudio: Actitud del médico familiar en la orientación de la anticoncepción del adolescente.

Sujeto de estudio: Médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9

Contexto: Unidad de Medicina Familiar No. 9

III. 2. Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio

El IMSS cuenta con un total de 5,744 unidades médicas, de las cuales 1806 unidades son ordinarias y 3938 son IMSS Oportunidades, con un total de unidades de primer nivel de 5,358 (Fuente, Transparencia IMSS). A nivel nacional, se cuenta con 1504 unidades de Medicina Familiar. El primer nivel de atención en la Delegación Aguascalientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encuentra conformado por atención de Medicina Familiar, atendiendo al 80% de la población derechohabiente. Está conformado a su vez, por 6 unidades de medicina familiar urbanas (UMF 1, UMF 7, UMF 8, UMF 9, UMF 10 y UMF 11) y 5 unidades en área rural o de comunidad (UMF 2 en Rincón de Romos, UMF 3 en Pabellón de Arteaga, UMF 4 en Calvillo, UMF 5 en Asientos y UMF 6 en Jesús María), que dan atención a usuarios, con un aproximado de 6508 consultas diarias.

Aguascalientes, en su total de unidades de medicina familiar, cuenta con 101,306 en el rango de edad de 10 a 19 años.

La UMF 9, donde se llevará a cabo esta investigación, cuenta con un Director Médico, 2 Jefes de clínica (uno en turno matutino y uno en vespertino), un Jefe de enseñanza, un epidemiólogo, un Médico del Trabajo y 14 consultorios de medicina familiar, funcionando en turno matutino y vespertino, 28 médicos familiares de base (14 adscritos al turno matutino y 14 médicos pertenecientes al turno vespertino), atendiendo un promedio de 744 consultas por día. La unidad cuenta además con un laboratorio, farmacia, y un consultorio específico de Planificación Familiar que funciona una vez a la semana, y donde se provee de un método de planificación a la población que acuda referida de su consultorio.

La UMF9 atiende un total de 81, 746 derechohabientes, de los cuáles el 14.10% tienen de 10 a 19 años (11,524 adolescentes), con 5,802 varones (el 7.1% de la población total) y 5,722 mujeres (el 7% de la población total). . Esta población joven, es la que menos asiste a la consulta, con un total de 8.1%.

III. 2.1 Especificaciones de los médicos, formación y trabajo en México

De acuerdo a los informes de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) realizado por INEGI en 2014, en México hay 1.9 médicos generales o especialistas por cada mil habitantes (superando este promedio nacional la Cd. de México, Baja California Sur y Nuevo León con 3 médicos/1000 hab.), con un promedio de 343,700 personas que estudiaron medicina, siendo 82% pertenecientes a la población económicamente activa.

La edad promedio es de 43.3 años (46.3 para hombres y 38.5 para las mujeres).

La licenciatura en medicina en México oscila entre 4.5 y 5 años, además de 1 año de internado médico y otro más para el servicio social. La población médica económicamente activa tiene en promedio 17.8 años de escolaridad.

Las entidades con más médicos ejerciendo son Estado de México, Cd. de México, Jalisco, Veracruz y Nuevo León, concentrando el 44.1% del total, en contraste con B.C.S., Quintana Roo, Tlaxcala, Zacatecas, Campeche y Colima, que juntos reúnen menos del 5%.

De las personas que ejercen medicina, 82.4% son médicos generales o especialistas, 5% directivos, funcionarios o jefes y 2.7% se desempeña en ocupaciones relacionadas con el campo de la salud. Acorde a género, en Durango es la mayor proporción de médicos mujeres (59%) y en Sonora de hombres (88%). La ocupación es mayor en hombres (86.2% frente a 75.7% de las mujeres), teniendo éstos más participación como jefes.

Del total de médicos, casi su totalidad (97%) se desempeña en el sector terciario o de servicios, trabajando la mayoría en instituciones (70.1%), y el resto en empresas (25.4%) u hogar (4.5%).

El promedio de horas trabajadas a la semana es de 41.2 hrs, ganando en promedio \$77.2 por hora, pero destacando del resto de la población por las prestaciones (63.5% tiene acceso a instituciones de salud contra el 37% nacional, además de tener el 88% aguinaldo, vacaciones con goce de sueldo, contrato escrito, etc.). Los médicos tienen además indicadores de mayor bienestar sobre la población común (3.7 personas

ocupantes de hogar contra el 3.9 de la población, 5.4 cuartos por vivienda contra el 3.7 de la población, mejores materiales de construcción en sus viviendas en el 81% contra el 38% nacional). ENOE^{(32) (33)}

III. 3. Panorama del estado de salud

La población afiliada (asegurada y/o derechohabiente) de las instituciones de seguridad social goza de beneficios y prestaciones, teniendo garantizado el derecho a la salud, a la asistencia médica, a la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual, como resultado de una prestación al trabajador, a los pensionados y a sus familiares designados como beneficiarios, así como los estudiantes.⁽³⁴⁾ De esta manera tenemos incluida en la seguridad social a los jóvenes.

El costo de la atención médica por servicios de planificación al grupo etario de estudio es bajo en relación con los costos que generaría la atención de los embarazos de alto riesgo y sus comorbilidades asociadas.⁽⁸⁾

En el 2015 el estado de Aguascalientes contaba con una población de 1 312 544 habitantes y el municipio de Aguascalientes con 877,190 habitantes⁽²⁹⁾, de los cuales el 81% era población urbana y el 19% rural. 93% se profesaba católico.

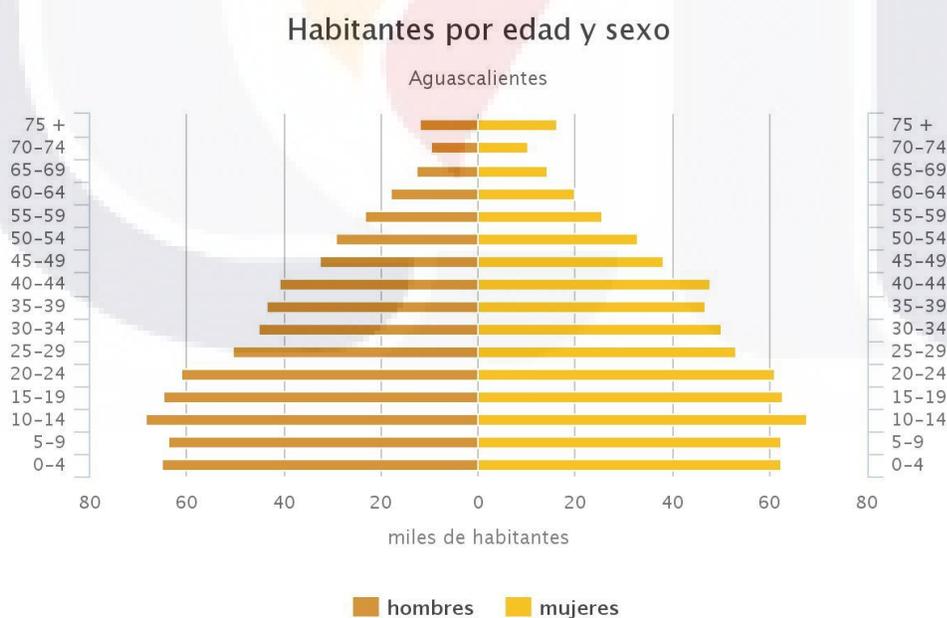


Figura A-3. Habitantes de Aguascalientes, 2015.

El IMSS, quien es el mayor proveedor de servicios de salud a nivel nacional, cuenta con una población adscrita de entre 10-14 años de 3,832,246 habitantes, y de 15 a 19 años de 1,054,449 habitantes, dando un total de adolescentes de 4 886 695.

Existe capacitación en anticoncepción para personal sanitario y para los usuarios existen programas preventivos, mecanismos, métodos de planificación gratuitos, pero sigue existiendo una alarmante cifra de embarazos en adolescentes, lo cual habla que esta capacitación es insuficiente, quizá por falta de becas o falta de espacios destinados a ello, pues posterior al egreso de la universidad no hay una continuidad real, generando dudas hacia la atención que se brinda.

Se debe tomar en cuenta que existe escasa participación y apego a la orientación médica en el grupo etario adolescente, quienes refieren no perciben un espacio para acercarse y es por ello que el médico familiar debe actuar como captador, debiendo cautivar al adolescente que llegue al consultorio aun cuando su motivo de consulta sea por una causa diferente a la planificación.

Estudios nos hablan en general disienten en la actitud del médico familiar hacia la anticoncepción en este rubro, los cuales se consideran a sí mismos como competentes para recomendar algún método y orientar. Esto discrepa con la actitud hacia la orientación de anticoncepción y el número de orientaciones brindadas en el consultorio, ante lo cual se argumenta el no ser el motivo de consulta, ser una población aversiva, falta de tiempo. Así surge el problema de actitud, lo cual debe investigarse en el área de salud, conociendo a los médicos y sus motivos, para poder generar una adecuada atención en beneficio de los pacientes, y sobre todo en grupos de riesgo como los adolescentes.

III. 3. 1. Encuesta de satisfacción del usuario

Según estadísticas de 2016 y como parte del sistema de transparencia del IMSS, se publicó la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Servicios Médicos (ENSat) de Primer Nivel del IMSS, la cual tiene como finalidad captar la percepción de los derechohabientes usuarios de servicios médicos del IMSS, evaluando a todas las instituciones y unidades de este ámbito.

Nuestra unidad de interés, la UMF No. 9, fue evaluada a través de 89 encuestados de 18 a 90 años, con un promedio de 43.39 años y una media de 43 años, durante su visita a la unidad para recibir consulta médica (en 82 casos) o al módulo de PrevenIMSS (7 casos),

siendo en la gran mayoría de los encuestados, los pacientes (sólo 10 llevaban pacientes pediátricos).

Se hicieron varias cuestiones, tomando para esta investigación sólo los resultados de interés del documento de Excel y graficando para un mejor análisis.

¿Qué tan satisfecho o insatisfecho está con la atención médica que recibe en ...?

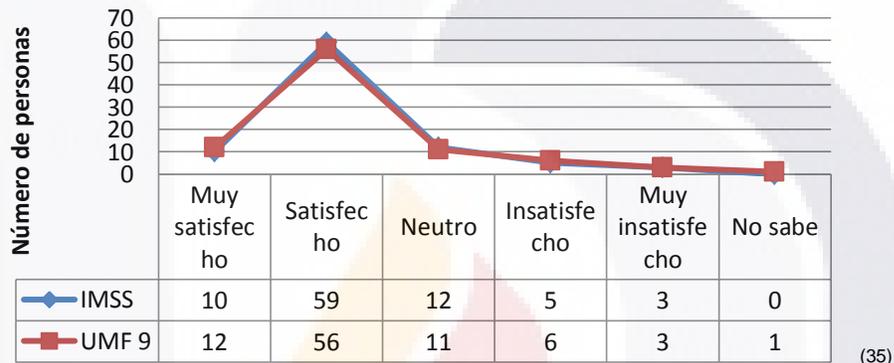
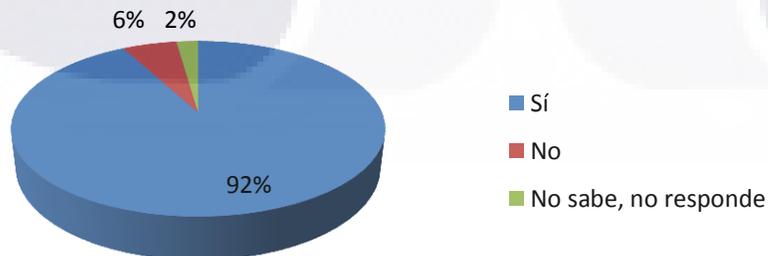


Figura A-4 ENSAT. Satisfacción con la atención

En esta variable no hubo diferencia significativa en los resultados de IMSS y UMF No. 9.

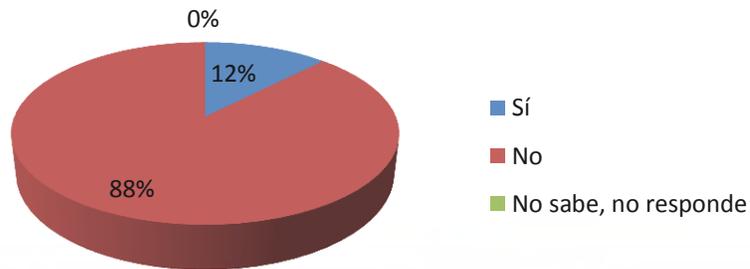
¿Tuvo la oportunidad de decirle al médico o enfermera lo que le preocupaba sobre su salud?



(35)

Figura A-5. ENSAT. Oportunidad de manifestar preocupaciones de salud al médico

¿Se quedó con dudas sobre los cuidados necesarios para su padecimiento?



(35)

Figura A-6. ENSAT. Dudas sobre cuidados

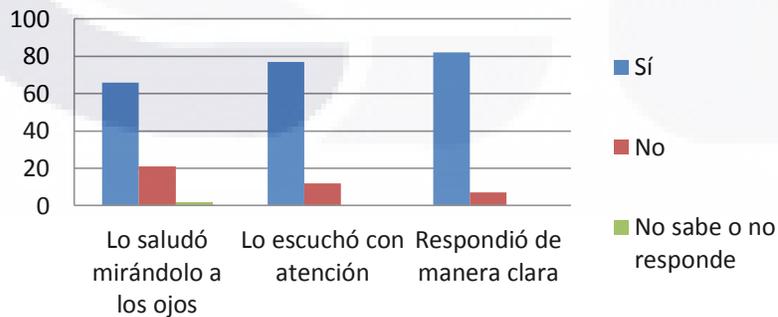
En los últimos 12 meses, ¿ha acudido a medicina preventiva (PrevenIMSS)?



(35)

Figura A-7. ENSAT. Asistencia a Medicina Preventiva

El personal que lo atendió...



(35)

Figura A-8. ENSAT. Calidad de atención

Se calificó al médico con un promedio de 9.1 (de una escala de 1 a 10 donde 1 es pésimo y 10 es excelente), aunque hubo calificaciones de 1, 5 y hubo quienes no respondieron.

Se calificó el trato del personal con un promedio de 8.72 y sólo 10 personas opinaron que no las trataron igual que al resto de los que habían acudido a recibir atención. Dentro de este tema, el 70 % indicó que el trato en esta visita era bueno, y la mayoría indicó que el trato fue igual que en su última visita .Dentro de las recomendaciones para mejorar estuvieron mejorar el trato por parte del personal, mejorar el sistema de citas, que los trabajadores hagan bien su trabajo, reducir los tiempos de espera, mejorar la atención médica, tener más médicos, capacitar al personal, entre otras.⁽³⁵⁾

En estos resultados se observa que la mayoría de los encuestados son pacientes con cita previa por problemas crónicos, por lo cual los resultados no coinciden con lo expresado en encuestas internas a usuarios del servicio de planificación familiar, en los cuales es común encontrar insatisfacción, ya que es un sector donde varios acuden sin cita previa, en un grupo etario distinto y con necesidades diferentes. El módulo de planificación familiar en la UMF9 comenzó sus funciones hace 4 años, ante la necesidad de brindar un mejor servicio a la población demandante, sin embargo la insatisfacción es algo recurrente.

Otro punto a considerar es que las encuestas de satisfacción se dirigen a poblaciones con mayoría de edad, no teniendo en cuenta la opinión formal de nuestra población adolescente.

III. 4 Descripción del sistema de atención a la salud

El sistema de salud de México se compone de dos sectores. Público y privado. El sector público se constituye a su vez por instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y otros) que dan servicio a los trabajadores del sector formal de la economía, y por instituciones que protegen a trabajadores informales, desempleados y personas sin seguridad social (Seguro Popular, SSA, SESA, IMSS-PROSPERA). El sector privado presta servicio a la población que pueda pagarlos.⁽³⁶⁾

El sistema de salud cuenta con un Plan Nacional de Desarrollo.

El Programa Sectorial de Salud vigente (2013-2018), cuenta con los siguientes objetivos:

- a. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- b. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad
- c. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- d. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
 - e. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud
 - f. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.⁽³⁷⁾

Estos objetivos respaldan la orientación de la anticoncepción del adolescente, promoviendo la salud y previniendo enfermedades, con un acceso efectivo, asegurando un uso efectivo de los recursos con que se cuenta.

La infraestructura del IMSS se basa en 5,744 unidades médicas, de las cuales son 1,506 unidades ordinarias y 3,938 unidades IMSS oportunidades. Se cuenta de manera ordinaria con 36 hospitales de 3er nivel, 271 hospitales de 2º nivel y 1499 clínicas de primer nivel.⁽³⁸⁾ El IMSS cubre más del 80% de la población, el ISSSTE 18%; PEMEX, SEDENA y SEMAR juntas el 1%.⁽³⁶⁾ Estos números revelan la importancia del IMSS y por qué es de particular interés la actitud del médico familiar al orientar sobre anticoncepción.

III. 5. Normas

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

En su *Título Primero*, sobre los derechos humanos y sus garantías, marca que “Todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como las garantías para su protección, quedando prohibida toda discriminación motivada por género, *edad*, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, etnias, *preferencias sexuales*, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.⁽³⁹⁾

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. BEIJING PLATFORM FOR ACTION

Es un derecho básico de todas las parejas e individuos decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el espaciamiento y tiempo de los embarazos, la información y los medios para hacerlo y el derecho para alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva. El enfoque para disponer de anticonceptivos supone una consideración holística de los usuarios, lo que incluye tomar en cuenta las necesidades

del cuidado de su salud sexual y reproductiva, y analizar todos los criterios de elegibilidad para ayudar a las personas a escoger y usar un método de planificación familiar.⁽⁴⁰⁾

PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA ADOLESCENCIA

El Programa Nacional de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA) beneficia a la población de 10 a 19 años, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud del grupo adolescente a través de la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables y la atención integral en todas las Unidades de Salud, promoviendo una participación activa en el cuidado y autocuidado mutuo de su salud, conjugando factores protectores de riesgo, derechos de los adolescentes, equidad de género y promoción de salud, otorgando los servicios que se encuentran incluidos en la Cartilla Nacional de Salud para Adolescentes de 10 a 19 años (promoción de la salud, *orientación y consejería*, nutrición, esquema de vacunación, prevención y control de enfermedades, *salud sexual y reproductiva*, prevención de accidentes y lesiones, prevención de adicciones y actividad física), utilizando dos estrategias prioritarias: Los grupos de adolescentes promotores de la salud (GAPS) y la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (SNSA), ofreciendo servicios, información y orientación.⁽⁴¹⁾

GPC 202-09. ACTUALIZACIÓN 2014. MANEJO DE ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES HORMONALES EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVELES DE ATENCIÓN. (CIE 10 Z30)

La consejería sobre anticoncepción debe ser sensible a las diferencias culturales y a las creencias religiosas, proporcionándose con dignidad y respeto, con personal de salud capacitado para que el usuario decida de forma libre e informada. Se deben incorporar preguntas sobre sexualidad dentro de la valoración general del paciente. Los cuidados anticonceptivos deben integrar promoción a la salud, consejería, prevención de infecciones y violencia sexual.⁽⁴²⁾

NOM-005-SSA2-1993 DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Tiene por objetivo uniformar los criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basada en la aplicación del enfoque holístico de salud

reproductiva, constituyendo su campo de aplicación los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, siendo de observancia obligatoria, con enfoque prioritario el marco de la salud reproductiva. ⁽²⁵⁾

4.1.2. La impartición de los servicios de planificación familiar por personal médico debe comprender promoción y difusión, información y educación, consejería; selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos; identificación y referencia de los caso de infertilidad.

4.1.3. La prestación de servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo, cuidando de no condicionar los otros servicios a la aceptación o negación al uso de métodos anticonceptivos.

4.1.8 Los responsables de la unidad médica deben verificar que su personal efectúe la prestación de los servicio con criterios de calidad y calidez.

4.4.1.2 La consejería debe dar particular atención a los adolescentes.

4.4.1.7 El prestador de los servicios tiene la obligación de informar con calidad y calidez, otorgando un trato digno con respeto, consideración y atención, asegurando la continuidad y cumplimiento de los ideales reproductivos de la persona.

4.4.2 El perfil del prestador de consejería incluye un diálogo ágil, escuchar, observar, preservar la privacidad y confidencialidad.

La Norma Oficial Mexicana que regula los Servicios de Planificación Familiar, está acorde a las guías y recomendaciones emitidas por las organizaciones internacionales:

The World Health Organization, Family Health Division

The World Health Organization, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction

Family Health International

International Planned Parenthood Federation

The Population Council

Pathfinder International

Engender Health

The Family Planning Service Expansion and Technical Support Project

Social Marketing Project

John Snow, Inc.

The Enterprise Program

Family Planning International Assistance⁽²⁵⁾

NOM-039-SSA2-2002 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

El personal de salud debe realizar acciones de promoción tendientes a informar a la población sobre la magnitud y la trascendencia de la ITS. Se debe promover la vinculación y participación de los profesionales, dando prioridad a la prevención de estas infecciones, enfocándose en brindar información, adoptar un estilo de vida saludable y en el uso de métodos anticonceptivos. Se considera a los adolescentes una población vulnerable, por lo cual son prioridad.⁽²⁵⁾

NOM-009-SSA2-1993 PARA EL FOMENTO DE LA SALUD DEL ESCOLAR

Norma dirigida a preescolares, escolares de primaria y secundaria, con recomendación de extender las acciones a nivel Medio Superior. La educación para la salud debe incluir la responsabilidad individual de salud, lo que comprende ambiente, cuidados y protección, participación social, sexualidad (ejercicio ano, responsable y seguro), prevención de accidentes y estilos de vida saludables.⁽²⁵⁾

III. 6. Descripción de la naturaleza del problema

Posterior a una revisión exhaustiva de la bibliografía, se encontró que en estudios observacionales ha sido de gran impacto la evaluación de la actitud a través de la Teoría de Acción Razonada, ya que a pesar de tener varios años de publicada, sigue siendo vigente y muestra aspectos puros de la actitud que otras teorías no logran. Sin embargo, no hay artículos suficientes que valoren la actitud del médico familia hacia la anticoncepción del adolescente, encontrando más artículos dirigidos a población abierta, donde se evidencia la percepción de una actitud negativa del médico familiar

Al conocer cuáles son los factores que determinan la actitud, y con ello determinar si es preponderantemente positiva o negativa, se puede evaluar si la estrategias actuales son las adecuadas, incluyendo la orientación de la anticoncepción del adolescente. Se

propone la actitud como un determinante de que se brinde la orientación apropiada al adolescente, ya que podemos encontrar una falta de disposición del médico para realizar una adecuada atención.

Espinoza realizó una investigación de la actitud del médico familiar hacia la anticoncepción, encontrando actitud positiva, sin embargo en su investigación la mayoría de los encuestados eran médicos generales o de otras especialidades, con aplicación del instrumento frente a figuras de autoridad lo que pudo generar un fenómeno de deseabilidad social, y además dicha investigación no incluye el enfoque hacia el adolescente, lo cual cambia por completo la perspectiva.⁽²⁾ Grierson et. Al. acertaron al evaluar la actitud del médico residente, sin embargo su estudio mostró discrepancia entre la intención de ofrecer servicios a la juventud y el niño (calificada con puntuación alta) y la actitud referida (notablemente baja), pudiendo aludirse al fenómeno de “ilusión de control” que se ha visto asociada a la Teoría de Acción Planeada., en la cual se basó el estudio.⁽¹⁾ Loayssa et. Al. colaboran al estudiar tendencias en los médicos, mostrando antagonismo en sus actitudes y conductas, como el ser precarios al brindar información, tomando al paciente como un ser pasivo, sin incluirlo en las decisiones, aunque habían expresado la necesidad de empatizar con el paciente y mostrar interés por sus problemas aunque no fueran la causa de la consulta actual; el problema es su metodología, ya que no permite un análisis significativo, además de utilizar una muestra pequeña con selección por conveniencia.⁽³⁾ Geary et. Al. identifican a través de la percepción del adolescente, una actitud tendiente a ser negativa hacia la anticoncepción en adolescentes en médicos mujeres y positiva en hombres, con casi nula diferencia entre unidades con o sin programas amigables con el adolescente, pero con el sesgo de que no incluyó personas menores de 18 años además de que los participantes ya habían tenido interacciones repetidas con personal de salud, por lo cual podían tener más confianza al interactuar con ellos que otros jóvenes de población abierta, percibiendo una falsa mejor actitud⁽⁴⁾. Romero observa que al implementar un programa específico de acercamiento al adolescente sobre anticoncepción, apenas la mitad de los centros aumentaron las cifras de atención aunque fuera mínima, identificando a la actitud como barrera-facilitador para que responda la estrategia⁽⁵⁾, cuando se sabe que los costos son menores al brindar orientación y métodos anticonceptivos, que resolver las comorbilidades de un embarazo no deseado⁽⁶⁾.

Se requiere investigar la actitud, alejada de otras variables como competencia, evaluando sus dimensiones. La información es insuficiente, carente en nuestro medio local, por lo que debe investigarse, brindando información que permita realmente impactar al médico familiar, conociendo cuál es su actitud y servir para futuras políticas de intervención.

III. 7. Descripción de la distribución del problema

La formación de la actitud de una persona es resultado de los factores sociales, educativos y personales, a través de creencias, normas e intenciones de acción.⁽²³⁾ Esta actitud en el médico con respecto a sus deberes es forjada por varias situaciones que se describen a continuación.

La especialización progresiva dentro de la práctica médica ha propiciado que los enfoques parciales y fragmentarios del organismo ganen terreno y aceptación, dificultando en antagonismo la comprensión del hombre como totalidad compleja, perdiendo así la capacidad de jerarquizar intervenciones médicas de acuerdo al paciente como integridad y sus circunstancias. Además, la creciente participación de médicos en institutos de salud dependientes del gobierno ha burocratizado la práctica médica y por tanto, se han incrementado los errores del equipo de salud. A ello se suman los obstáculos crecientes para que los médicos intercambien experiencias profesionales que permitan la reflexión de una manera crítica hacia su actitud y su práctica, con una poderosa inercia hacia el aislamiento, fragmentando y debilitando el ejercicio de la medicina.⁽⁴³⁾

La orientación de la anticoncepción del adolescente va de la mano con este problema, pues se han generado programas a nivel gubernamental, que exigen resultados en papel: Desde el Instituto Nacional de la Juventud en 1975, hasta el programa prioritario de Atención a la Salud de los Adolescentes en 2001.⁽⁴¹⁾

El rezago en las instituciones en cuanto a cobertura y los programas instrumentados por el Estado por “decreto” (sin constituir verdaderas soluciones), generan objetivos fallidos.

La escasez, o incluso ausencia, de mecanismos de superación y control en la práctica médica, se traduce en insatisfacción de competencia técnica de los médicos, comportamiento ético, actitud y responsabilidad profesional. En este aspecto, las instituciones públicas han puesto en marcha mecanismos de control administrativo, lo cual ha sido contraproducente. Los consejos como agrupación médica, intentan cierto control,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con un avance en la maestría, pero un impacto insignificante.⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾ Estos programas han sido evaluados en otros países con muy pobres resultados.⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽²⁶⁾⁽⁷⁾

Otro factor que ayuda a dimensionar el problema, es que el médico acepta de manera acrítica la tecnología, como beneficio incuestionable de modernidad, dejando en ella la acción medular de atención al paciente, incrementando así los costos y disminuyendo la cantidad y calidad de tiempo dedicada al paciente, perdiendo gradualmente el interés y la capacidad de obtención e interpretación apropiada de datos clínicos, con historias clínicas superficiales y rutinarias.⁽⁴³⁾⁽⁸⁾, siendo conciente sólo por momentos de la necesidad de empatizar con el paciente y tener una actitud positiva.⁽³⁾, sobre todo en la captación de pacientes adolescentes, un grupo que poco asiste a la consulta por apatía, una imagen errónea de salud, percepción de mala actitud del personal de salud, entre otros.⁽²⁸⁾⁽⁴⁾ Así, la orientación anticonceptiva ha demostrado efectividad con respecto a costos⁽⁸⁾, y sin embargo no se realiza.

Esta práctica clínica ineficiente y costosa es el escenario en que nuevas generaciones aprenden cómo ser médicos, perpetuando la situación, entendiendo así la gravedad y distribución del problema.⁽⁴³⁾

III.8. Descripción de la gravedad del problema (magnitud y trascendencia, consecuencias en la población y en los servicios)

La burocracia avanza, debilitando organizaciones médicas, incapaces de ubicar como prioritario el interés académico y profesional, siendo el médico un administrativo que pierde su humanismo y su actitud inquisitiva, importando poco los aspectos cualitativos de la consulta (trato a los pacientes, actitud, tiempo de calidad, información pertinente, interés por el paciente, etc.) siendo prioritaria la gestión administrativa, llenando indicadores como número de notas, consultas por día, prescripción en cuadro básico, altas mínimas por día, interconsultas, etc. ¿Qué se obtiene? El deterioro de la imagen médica, con una nula organización de la contraparte (los pacientes), que exija lo adecuado.⁽⁴³⁾

Los adolescentes, ya apáticos a acudir a la consulta⁽²⁸⁾, son alejados aún más al percibir como negativa la actitud del personal de salud⁽⁴⁾⁽²⁶⁾, por lo que no es de extrañar que la información sexual que reciben por la parte médica sea sólo del 7%, el último lugar de las fuentes de información donde están amigos, revistas, maestros, padres, cine, etc., y a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pesar de que un 33% preferiría obtener esa información de la parte médica (sólo tras el primer lugar en que se ubicó a los padres, con un 34%).⁽⁴⁵⁾

Las instituciones colocan el punto decisivo en atraer al adolescente, imitando modelos que se han implementado en otros países similares al nuestro, donde se generaron programas amigables con el adolescentes⁽⁴⁶⁾⁽⁴¹⁾. Sin embargo, los modelos de atención en salud generados en países hegemónicos, al ser reproducidos por países subordinados, desplazan y encubren necesidades no satisfechas propias de la sociedad receptora, dando lugar al surgimiento de necesidades desarticuladas del contexto cultural originario. Los Estados con progreso pasos atrás, se ven obligados a asumir una serie de funciones sociales, intentando acelerar el paso en busca del ansiado desarrollo que tienen los países dominantes. Esta tendencia pasivo-receptiva se expresa en el reforzamiento de actitudes de constante expectativa, dejando que otros sean los que opinen, hagan, critiquen, dirijan, etc., perpetuando el problema.⁽⁴³⁾

Es así, que a pesar de la implementación de estos programas en México, los resultados no son alentadores. La entrega informada de condones dentro de las unidades de salud a este grupo es bajísima (2.9%), con una tasa nacional de embarazos adolescentes muy alta (13.8%, llegando hasta el 20% en algunos estados). La cobertura de aceptantes de métodos anticonceptivos a nivel nacional sólo llega al 2%, con una cobertura de atención prenatal de sólo 39.9%.⁽⁴⁶⁾.

Un embarazo adolescente, representa afección a la salud que incluso puede terminar con la muerte, también un mayor costo de atención, con comorbilidades que impactarán por largo tiempo a los padres y a su hijo, además de lo que representa esta crisis familiar: Abandono de estudios, mala dinámica familiar, rechazo social, incapacidad de cuidar al RN, enfermedades emergentes, violencia intrafamiliar, etc.⁽⁸⁾⁽³⁰⁾⁽⁴¹⁾.

Las Guías de Práctica Clínica proveen información pertinente para el ejercicio médico, incluyendo la anticoncepción⁽⁴²⁾, dando pauta de lo que se debe hacer de manera estandarizada. La información está, pero la actitud varía, como hemos constatado en los artículos.

Se necesita partir del conocimiento local, obteniendo datos del medio que permitan conocer la actitud real del médico familiar con respecto a orientar a los jóvenes sobre anticoncepción, para que así pueda visualizarse el punto a intervenir.

III.9 Factores importantes que pueden influir en el problema

Los profesionales sanitarios consideran de gran influencia negativa al orientar sobre anticoncepción la falta de tiempo en la consulta, el no ser el motivo de consulta,⁽²⁾ su bioética⁽⁴⁷⁾, la baja asistencia del adolescente o la falta de acompañante en la unidad médica⁽²⁶⁾ y como positivas el apoyo de líderes de la unidad y la comunicación líderes-personal⁽⁵⁾. Las actitudes y creencias del personal, son el resultado de estos factores, que pueden actuar como facilitadores o bloqueadores.

A un nivel más jerárquico, influye la implementación de programas inspirados en modelos de otros países, sin tomar en cuenta las características del personal local y de la unidad en que se piensa aplicar, repercutiendo en un reforzamiento negativo de la actitud del médico⁽⁴³⁾.

III.10 Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente

Existen varias teorías acerca de la actitud y su formación, siendo la más exacta en evaluación la Teoría de Acción Razonada, ya que otras se enfocan a la relación que guarda con la conducta-acción, presentando menor certidumbre. Se ha evaluado la orientación médica en anticoncepción con respecto a conocimiento, estrategia de aprendizaje o como competencia, pero poco se ha investigado sobre actitud pura. No existe información del medio local de la actitud del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente, y en otros países la información es insuficiente. Una buena actitud del médico familiar en el primer contacto, fomentaría la captación de pacientes adolescentes, pudiendo brindar la orientación sobre anticoncepción propuesta por los programas nacionales e internacionales, haciendo que el costo de salud en este rubro disminuya, al disminuir la tasa de embarazos adolescentes y sus comorbilidades a largo plazo, sólo que por ahora, no se conoce esta variable en nuestra población, por lo que debe investigarse y así implementar estrategias efectivas y enfocadas.

III. 11. Tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y cómo se utilizará para solucionar el problema.

Permitirá contar con información sobre la Actitud del Médico Familiar hacia la Orientación de la Anticoncepción del Adolescente, con detección de creencias, normas subjetivas e intenciones de acción, que servirán para identificar áreas de oportunidad que puedan mejorarse y a su vez explotar los factores a favor de una actitud positiva sobre la anticoncepción, con la consecuente sensibilización de los médicos familiares en este rubro.

III. 12. Lista de los conceptos indispensables utilizados en el planteamiento del problema

Actitud: Es un estado de disposición mental⁽¹⁹⁾, un fenómeno afectivo normado por atributos positivos y negativos asociados, aplicando la lógica de la utilidad o del valor esperado (expectativa-valor), y que se compone por creencias, norma e intenciones de acción⁽²³⁾⁽¹⁵⁾

Médico familiar: Especialista médico, cuyo objetivo es la atención de los problemas en el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar, tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico, sin limitar sus servicios en función a edad, sexo o diagnóstico de los pacientes.⁽⁴⁸⁾

Adolescente: Persona que se encuentra en la adolescencia.

Adolescencia: Periodo de la vida en el cual el individuo transita desde los patrones psicológicos de la niñez a los del adulto, adquiriendo la capacidad reproductiva y la independencia de los adultos, fijando los límites entre los 10 y los 19 años.⁽⁴⁹⁾

Anticoncepción en el adolescente: Derecho de toda persona entre 10 y 19 años a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener información especializada y los servicios idóneos, siendo un derecho independiente del género, edad, estado social o legal.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la actitud del médico familiar para la orientación de la anticoncepción al usuario adolescente en la UMF#9?

V. OBJETIVOS

V. 1. GENERAL:

Identificar la actitud del médico familiar hacia la anticoncepción del adolescente a través del modelo teórico de la acción razonada en la UMF #9.

V. 2. ESPECÍFICOS:

Identificar las creencias del médico familiar respecto a la orientación de la anticoncepción del adolescente.

Identificar las normas subjetivas del médico familiar sobre la orientación de la anticoncepción del adolescente.

Identificar las intenciones de acción del médico familiar en relación a la orientación de la anticoncepción del adolescente.

V. 3. COMPLEMENTARIOS:

Determinar cuál es el componente predominante de una actitud positiva del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente.

Determinar cuál es el componente predominante de una actitud negativa del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente.

Construir y validar un instrumento que permita medir la actitud del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente.

VI. HIPÓTESIS

Debido a que la presente investigación será de carácter observacional, se considera únicamente una hipótesis de trabajo:

Hipótesis verdadera: La actitud del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente es negativa.

Hipótesis nula: La actitud del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente es positiva

Hipótesis específicas:

Las creencias del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente son negativas.

Las normas subjetivas del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente son negativas.

Las intenciones de acción del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente son negativas.

Hipótesis específicas nulas:

Las creencias del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente son positivas.

Las normas subjetivas del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente son positivas.

Las intenciones de acción del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente son positivas.

Hipótesis complementarias:

El componente predominante de una actitud positiva del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente son las normas subjetivas

El componente predominante de una actitud negativa del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente con las creencias.

Hipótesis complementarias nulas:

El componente predominante de una actitud positiva del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente son las creencias

El componente predominante de una actitud negativa del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente con las normas subjetivas

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

Se aplicará un cuestionario basado en la Teoría de Acción Razonada, con selección de muestra censal.

VII. 1. TIPO DE ESTUDIO:

Transversal observacional descriptivo

VII. 2. UNIVERSO DE ESTUDIO:

Unidad de Medicina Familiar #9 IMSS, delegación Aguascalientes

VII. 3. SUJETO DE ESTUDIO:

Médicos familiares de UMF#9 Delegación Aguascalientes.

VII. 4 OBJETO DE ESTUDIO:

Actitud del médico familiar

VII. 5 VARIABLES:

- Actitud (variable independiente):
 - o Creencia
 - o Norma subjetiva
 - o Intención de acción
- Orientación de la anticoncepción del adolescente (variable dependiente)

Definición operacional: Creencias, normas subjetivas e intención de acción mostradas hacia la orientación de anticoncepción del adolescente en el ejercicio de la práctica profesional.

VII. 6. MAPA DE ACTITUD:

- Creencias: Es el componente cognitivo de la actitud, la información que el sujeto tiene del objeto actitudinal. Se formulan 18 preguntas sobre creencias relacionadas con la anticoncepción del adolescente (autoconcepto, concepto de institución, uso de métodos anticonceptivos, programas).
- Normas subjetivas: Es la percepción específica del sujeto de que personas importantes para él piensan que debe o no realizar una acción, como una motivación. Se formulan 10 preguntas sobre orientación de anticoncepción en distintos grupos (religión, familia, padres de adolescentes, colegas, directivos, sociedad).
- Intención de acción: Es la percepción subjetiva de la probabilidad de que habrá una respuesta específica ligada directamente a la creencia. Se formulan 10 preguntas sobre la orientación médica, recursos y capacitación.
- Motivación para complacer: Es un apartado extra de los componentes de la actitud ya mencionados. Es una manifestación combinada de intención de acción y normas subjetivas. Se formulan 2 preguntas sobre brindar orientación de anticoncepción y el ser un médico familiar que la sociedad desee.

Unidad de medida: Predominio de actitud (positiva, neutra o negativa)

Escala de medición: Escala tipo Likert con 5 opciones, las cuáles se corresponderán con una escala de 1 a 5.

Para cada dimensión de la variable, se realizará una sumatoria de los puntos obtenidos, siendo calificados en sentido inverso aquellos que de manera intencional fueron invertidos. El valor máximo por ítem será de 5 y el mínimo de 1, dando como resultado una actitud negativa de 1 a 2, neutra de 3 y positiva de 4 a 5. En el caso de contar con 5 en 10 a 12 de los descriptores de cada pregunta asociada a creencia, se tomará como creencia saliente. En el caso de contar con +3 en 6 a 8 de los descriptores de cada

pregunta asociada a norma subjetiva o intención de acción, se tomará también como saliente.

VII. 7 TIPO DE MUESTREO:

Censal

VII. 8 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

28 médicos familiares, dividido en 2 turnos (matutino y vespertino)

VII. 9 FACTIBILIDAD:

En la UMF #9 se cuenta con 14 consultorios de medicina familiar, teniendo 14 médicos en turno matutino y 14 en turno vespertino.

VII. 10. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Los criterios de inclusión serán:

- Médicos con basificación adscritos a un consultorio de Medicina Familiar de la UMF#9.
- Médicos 08 con contrato activo para consultorio en el momento de la aplicación del instrumento.

Los criterios de exclusión serán:

- Médicos que no acepten participar en la realización de la encuesta o se nieguen a firmar la carta de consentimiento bajo información.

Los criterios de eliminación serán:

- Médicos que no hayan completado el cuestionario.

VII. 11. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y LOGÍSTICA

Instrumento y técnica: Logística para la recolección de datos (aplicación de encuesta).

Previa revisión de la literatura sobre actitud hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente y metodología para la evaluación de esta actitud, se construyó un instrumento para la evaluación de la actitud del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente.

Los constructos psicosociales son conceptualizaciones teóricas que no son accesibles a la medición directa, por lo cual se construyó el instrumento basados en la Teoría Clásica de los Test, partiendo de la definición de actitud como una tendencia expresada mediante la evaluación de un ente determinado con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad.⁽¹³⁾, y siendo evaluada en la Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen como el resultado de la interacción de creencias, normas subjetivas e intención de acción.⁽²³⁾.

Se creó el instrumento con 2 apartados, el primero en base a 12 cuestiones sociodemográficas. El segundo apartado consta de 38 ítems, con 18 preguntas relacionadas a creencias, 10 preguntas con respecto a normas subjetivas, 10 cuestiones de intención de acción y se complementó con 2 preguntas sobre motivación para complacer. En cuanto al formato de respuesta, por tratarse de una evaluación de actitud se enfocó a una prueba de rendimiento típico, con 21 ítems en base a adjetivos bipolares (diferencial semántico), representando un continuo que permite estudiar el significado semántico y limitar en lo posible la deseabilidad social, y 17 ítems en un continuo nominal con extremos del continuo “de acuerdo” y “en desacuerdo”, atribuidos a la actitud del médico familiar en la orientación anticonceptiva del adolescente.

Para minimizar la equiescencia, se redactaron los ítems directos en las preguntas 1, 4, 6, 8, 9, 12, 13, 17, 19, 22, 23, 26,29, 30, 33, 36 y 37; e inverso en los ítems 2, 3, 5, 7, 10, 11, 14, 15,16, 18, 20, 21,24, 25,27, 28, 31, 32,34, 35 y 38. El número de categorías elegidas fue de 5, esto en base a la recomendación girada por expertos en psicometría, ya que un número reducido (2 a 3) lleva a poca discriminación y un número elevado (6 a 7) lleva a inconsistencias en las respuestas, generando errores.⁽⁵⁰⁾. Asimismo, se les asignó una puntuación de 1 a 5, para evitar una puntuación directa negativa.

Al final, se incluyen 2 preguntas abiertas complementarias, las cuales servirán para indagar si existe algún tema que el entrevistado considere necesario expresar. Estos ítems serán agrupados en base a las respuestas obtenidas.

El instrumento se validó con base a validez aparente, juicio de expertos y prueba piloto, los cuales se describen en el siguiente apartado. Por ser un test de rendimiento óptimo, no tiene sentido el cálculo de índice de dificultad.

Se aplicará la encuesta, con previa autorización del director de unidad de medicina Familiar #9, convocando a todos los médicos familiares durante la hora destinada a sesión de unidad, realizándolo en 2 sesiones, un miércoles a las 19:30 hrs. para turno vespertino y el jueves a las 13:30 hrs. para turno matutino.

Ya que la sesión es con asistencia obligatoria, se destinará esa hora para la aplicación de la encuesta, evitando así ocupar más tiempo de los médicos. Se les explicará en qué consiste el estudio, cómo está conformado el instrumento y se dará una explicación breve del objetivo de la investigación, pidiendo su colaboración para el llenado del cuestionario, con un tiempo aproximado de 20min.

Se dará consentimiento informado por escrito a quienes acepten participar, haciendo hincapié en que la encuesta es anónima, para posteriormente brindar el instrumento a aquellos que cumplan con los criterios de inclusión y se procederá al llenado, proporcionando instrumento impreso y plumas.

El tesista e investigador estarán presentes durante todo el proceso por si se generan dudas sobre la metodología y se evitará la presencia de autoridades que pudieran generar sesgo en el llenado.

Al finalizar la aplicación en los dos turnos, se comprobará que cada cuestionario esté completo y se procederá al vaciado de datos en SPSS Statitics 21 para Windows por parte del tesista, para realizar el análisis y correlaciones entre variables.

VII. 12. VALIDEZ DE INSTRUMENTO

Aparente: Se proporcionó el instrumento a 40 médicos (acorde a la regla de número de preguntas más 2), para realizar la validez aparente, confirmándose que no existían errores de interpretación lingüísticos. Se observó relación entre lo que se explicaba y lo que se pretendía medir. Sólo hubo 2 médicos que refirieron no se entendía bien la mecánica de llenado, por lo cual el instrumento se complementó con instrucciones más específicas.

Contenido: Se realizó esta validez acorde a “Juicio de expertos”, tomando la opinión de personas reconocidas con trayectoria en este ámbito. Se optó por el juicio de agregados individuales, conformando el equipo 4 médicos familiares (2 hombres y 2 mujeres, adscritos a la UMF1), 2 psicólogos (1 hombre, residente de Aguascalientes, ejerciendo en empresa como psicólogo organizacional) y una mujer (psicóloga clínica, residente de Guadalajara, ejerciendo en área hospitalaria del ISSSTE), y 1 ginecólogo (mujer, residente de Guadalajara, trabajadora IMSS), analizando el instrumento acorde a suficiencia, claridad, coherencia y relevancia (se encuentra plantilla de calificación en anexos). Dentro de los comentarios, un experto calificó a los ítems 9, 10 y 12 con “3” con respecto a claridad, sugiriendo especificar qué se busca esclarecer o con respecto a qué; a esos ítems se les modificó, colocando con respecto a eficacia de IMSS y UMF 9 y bueno o malo en cuestión de religión (respectivamente). No hubo otros comentarios, otorgando puntaje de 4 para cada apartado de cada ítem, logrando consenso 7 de 7. De esta manera, el juicio de expertos concluye en permitir que la evaluación basada en la información obtenida de la prueba pueda ser utilizada con los propósitos para los cuales fue diseñada, considerando los ítems del instrumento de medición relevantes, claros, coherentes y representativos del constructo para nuestro propósito.

Constructo: Se realizó una encuesta piloto en 10 médicos familiares, obteniendo una confiabilidad muy alta, con un alfa de Cronbach de 0.820 calculada en programa SPSS, acorde a la variación de 0 a 1 que se consideran en las correlaciones y dada la complejidad del instrumento, asignando valores de 0.81 a 100 como muy alta, 0.61 a 0.80 como alta, 0.41 a 0.60 como moderada, 0.21 a 0.40 como baja y de 0.01 a 0.20 muy baja.

VII. 13. PLAN DE ANÁLISIS

El plan para el procesamiento de datos incluye la elaboración de una base de datos inicial en el programa Excel. Las variables sociodemográficas sexo, edad, número de hijos, año de egreso y antigüedad laboral, se analizarán con estadísticas descriptivas (media y desviación estándar); las otras variables (estado civil, religión, turno laboral, universidad, instituciones de trabajo, posgrado y cursos) serán agrupadas y presentadas en porcentajes. Los resultados cuantitativos del instrumento en las 38 preguntas, se analizarán en paquete estadístico SPSS 21 para Windows, inicialmente se realizará un

diagnóstico de los datos y se aplicará estadística descriptiva, donde se usará distribución de frecuencias absolutas y relativas. Si los datos se comportan de manera normal, la medida que se usará es la media y desviación estándar, de no ser así se usará realizando mediana (medida de tendencia central) y percentiles (medida de dispersión). El análisis será ítem por ítem e identificando predominancia y asociaciones. Las últimas dos respuestas, que son abiertas, serán evaluadas en contenido, agrupando palabras o enunciados significativas y siendo expresadas en frecuencia de porcentajes.

VIII. ASPECTOS ÉTICOS

Los procedimientos propuestos para la aplicación de nuestro instrumento, se realizarán de acuerdo a las normas éticas del Reglamento General de Salud en materia de Investigación para la Salud, con la declaración de Helsinki 1964, rectificada en Tokio en 1975.

Se brindará una carta de consentimiento informado, la cual deberán firmar los participantes, en la cual se da a conocer el objetivo de la investigación, la confidencialidad y el respeto a la decisión de retirarse del estudio en cualquier momento. Al no incluir procedimientos invasivos, sino con fines de investigación documental, se considera una investigación con riesgo mínimo.

IX. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Los recursos necesarios para esta investigación (computadora, lápices, borradores, grapas, folders, fotocopias, aperitivos, tinta, gasolina, etc.) serán financiados en su totalidad por el tesista,

No se requerirá inversión adicional por parte de la institución. El costo aproximado es:

CATEGORÍA	COSTO UNITARIO (\$)	CANTIDAD (#)	COSTO TOTAL (\$)
Computadora	7,000	1	7,000
Impresora	3,000	1	3,000
Cartucho de tinta	500	1	500
Fotocopias	0.50	500	250
Engrapadora	100	1	100
Caja de grapas	30	1	30
Bolígrafos	5	28	140
Lápices	5	28	140
Borradores	3	14	42
Gasolina	16.01 (lt)	40 litros	640.4
Aperitivos	300	1	300
Café	100	1	100
TOTAL			12242.4

***Los aperitivos y el café serán ofrecidos a los médicos al finalizar el llenado del cuestionario.

FIGURA A-9. TABLA DE RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

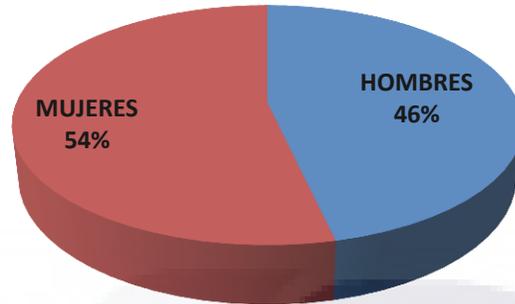
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se encuentra en anexos

XIII. RESULTADOS

Se encuestaron a un total de 28 médicos familiares, 14 del turno matutino y 14 del turno vespertino, de los cuáles 15 corresponden al sexo femenino y 13 al masculino (Gráfica 1 y 2). El promedio de edad fue de 35.8 años, con una mediana de 34 años, teniendo la mayor población en el rango de 30-39 años (Tabla 1). El promedio de antigüedad fue 6.25 años, con una mediana de 1.5 años (Tabla 2, Gráfica 4). A continuación se muestra la distribución de cada variable sociodemográfica, presentada en porcentajes y en gráficas para facilitar su lectura, se suprimieron aquellos resultados con n=0. (Gráfica 1-12).

Gráfica 1. Distribución de género en los encuestados.



Gráfica 2. Distribución del turno laboral de los encuestados.

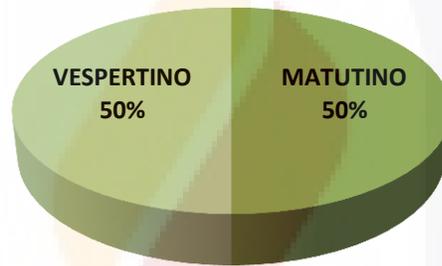


TABLA 1. Edad de encuestados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20 a 29	4	14.3	14.3	14.3
30 a 39	16	57.1	57.1	71.4
40 a 49	4	14.3	14.3	85.7
50 o más	4	14.3	14.3	100.0
Total	28	100.0	100.0	

Gráfica 3. Distribución de la edad de los encuestados

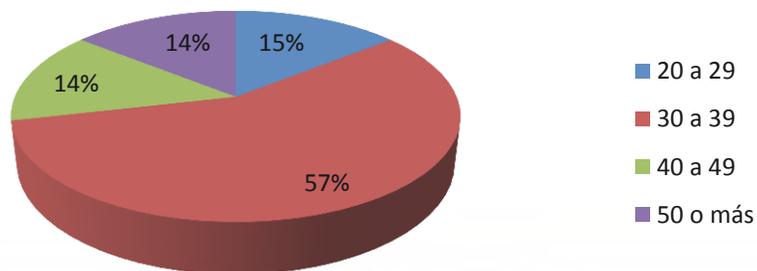


Tabla 2. Antigüedad de los encuestados en el puesto actual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0 a 5	15	53.6	53.6	53.6
6 a 10	7	25.0	25.0	78.6
11 a 15	3	10.7	10.7	89.3
Más de 15	3	10.7	10.7	100.0
Total	28	100.0	100.0	

Gráfica 4. Antigüedad de los encuestados en actual puesto

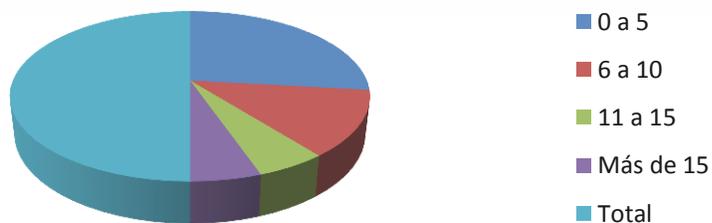
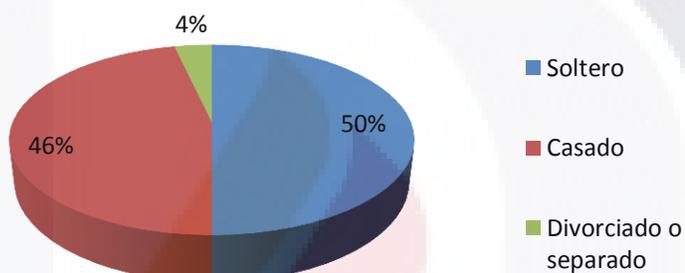


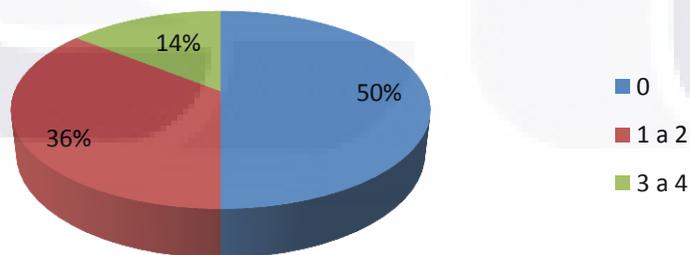
Tabla 3. Estado Civil de los encuestados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero	14	50.0	50.0
Casado	13	46.4	96.4
Divorciado o separado	1	3.6	100.0
Total	28	100.0	

Gráfica 5. Estado civil de los encuestados



Gráfica 6. Número de hijos de los encuestados



Gráfica 7. Religión de los encuestados

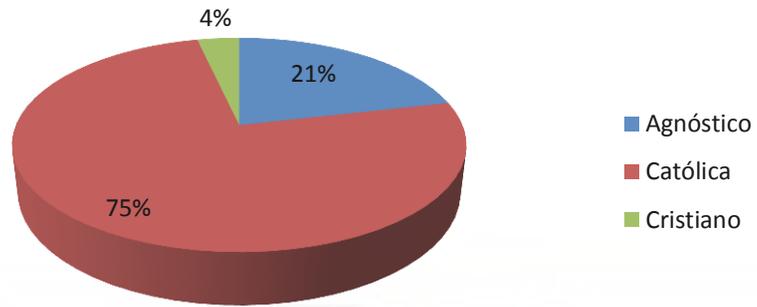
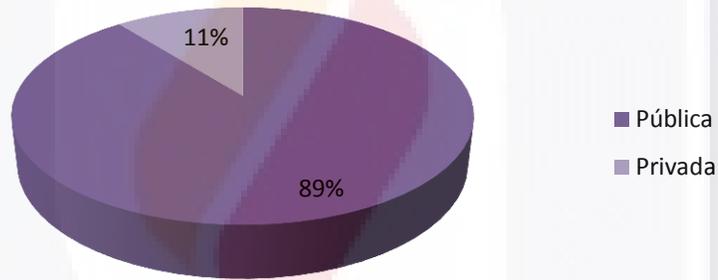


Gráfico 8. Universidad de egreso de los encuestados



Gráfica 9. Año de egreso de los encuestados

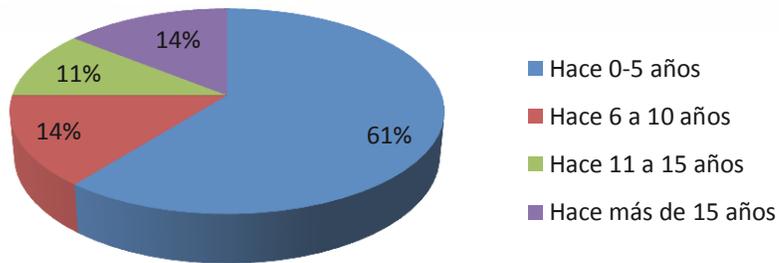
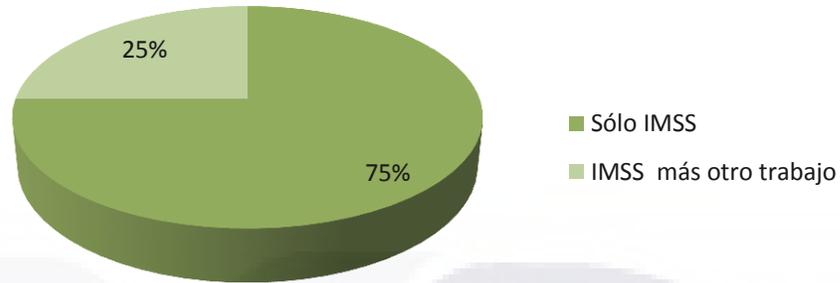
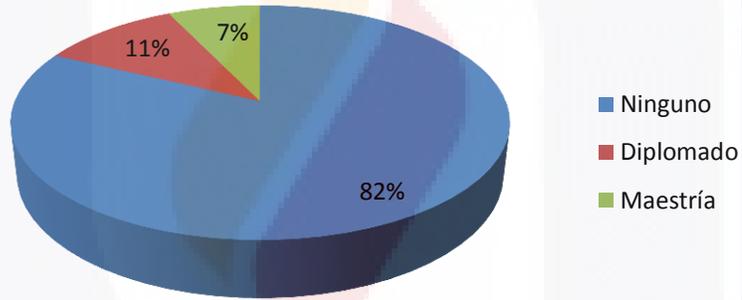


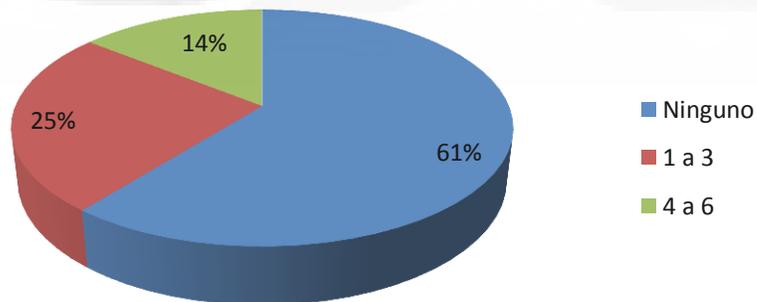
Gráfico 10. Trabajo de los encuestados



Gráfica 11. Actividades de posgrado aparte de la especialidad en los encuestados



Gráfica 12. Número de cursos de actualización tomados por los encuestados



En cuanto a las variables de actitud, se obtuvieron los siguientes resultados:

TABLA 4. PORCENTAJE OBTENIDO EN CADA ÍTEM ASOCIADO A CREENCIA					
ÍTEM / PUNTUACIÓN	1	2	3	4	5
1	0	0	0	32.1	67.9
4	0	0	7.1	0	92.9
6	3.6	3.6	25	28.6	39.3
7	7.1	0	10.7	35.7	46.4
9	7.1	0	10.7	39.3	42.9
10	0	3.6	14.3	28.6	53.6
11	25	3.6	57.1	7.1	7.1
12	3.6	0	46.4	14.3	35.7
13	0	0	3.6	10.7	85.7
14	42.9	0	28.6	3.6	25
15	28.6	17.9	10.7	21.4	21.4
16	7.1	17.9	21.4	21.4	32.1
17	7.1	21.4	21.4	10.7	39.3
18	21.4	10.7	42.9	14.3	10.7
22	3.6	7.1	7.1	14.3	67.9
34	7.1	0	0	10.7	82.1
35	3.6	3.6	17.9	17.9	57.1
36	7.1	3.6	0	14.3	75
PROMEDIO TOTAL	9.71666667	5.16666667	18.05	18.05555556	49.00555556

Tabla 5. Medidas de tendencia central de las Creencias

	N		Media	Error típ. de la media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Varianza	Rango	Suma
	Válidos	Perdidos								
ite1	28	0	4.6786	.08988	5.0000	5.00	.47559	.226	1.00	131.00
ite4	28	0	4.8571	.09913	5.0000	5.00	.52453	.275	2.00	136.00
ite6	28	0	3.9643	.20238	4.0000	5.00	1.07090	1.147	4.00	111.00
ite7	28	0	4.1429	.21028	4.0000	5.00	1.11270	1.238	4.00	116.00
ite9	28	0	4.1071	.20791	4.0000	5.00	1.10014	1.210	4.00	115.00
ite10	28	0	4.3214	.16309	5.0000	5.00	.86297	.745	3.00	121.00
ite11	28	0	2.6786	.21854	3.0000	3.00	1.15642	1.337	4.00	75.00
ite12	28	0	3.7857	.20156	3.5000	3.00	1.06657	1.138	4.00	106.00
ite13	28	0	4.8214	.08988	5.0000	5.00	.47559	.226	2.00	135.00
ite14	28	0	2.6786	.31309	3.0000	1.00	1.65672	2.745	4.00	75.00
ite15	28	0	2.8929	.29698	3.0000	1.00	1.57149	2.470	4.00	81.00
ite16	28	0	3.5357	.24924	4.0000	5.00	1.31887	1.739	4.00	99.00
ite17	28	0	3.5357	.26469	3.5000	5.00	1.40059	1.962	4.00	99.00
ite18	28	0	2.8214	.23600	3.0000	3.00	1.24881	1.560	4.00	79.00
ite22	28	0	4.3571	.21340	5.0000	5.00	1.12922	1.275	4.00	122.00
ite34	28	0	4.6071	.20145	5.0000	5.00	1.06595	1.136	4.00	129.00
ite35	28	0	4.2143	.20802	5.0000	5.00	1.10075	1.212	4.00	118.00
ite36	28	0	4.4643	.22112	5.0000	5.00	1.17006	1.369	4.00	125.00

TABLA 6. PORCENTAJE OBTENIDO EN CADA ÍTEM ASOCIADO A NORMA SUBJETIVA

ÍTEM / PUNTUACIÓN	1	2	3	4	5
2	3.6	0	17.9	17.9	60.7
3	3.6	3.6	7.1	21.4	64.3
19	28.6	7.1	28.6	14.3	21.4
24	25	3.6	28.6	17.9	25
25	3.6	3.6	21.4	7.1	64.3
26	10.7	3.6	21.4	7.1	57.1
27	3.6	0	25	7.1	64.3
28	3.6	0	10.7	3.6	82.1
29	7.1	10.7	25	10.7	46.4
PROMEDIO	9.93333333	3.57777778	20.63333333	11.9	53.95555556

Tabla 7. Medidas de tendencia central de las Normas Subjetivas

	N		Media	Error típ. de la media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Varianza	Rango	Suma
	Válidos	Perdidos								
ite2	28	0	4.3214	.19282	5.0000	5.00	1.02030	1.041	4.00	121.00
ite3	28	0	4.3929	.19477	5.0000	5.00	1.03062	1.062	4.00	123.00
ite19	28	0	2.9286	.28604	3.0000	1.00 ^a	1.51361	2.291	4.00	82.00
ite24	28	0	3.1429	.28505	3.0000	3.00	1.50835	2.275	4.00	88.00
ite25	28	0	4.2500	.21593	5.0000	5.00	1.14261	1.306	4.00	119.00
ite26	28	0	3.9643	.26469	5.0000	5.00	1.40059	1.962	4.00	111.00
ite27	28	0	4.2857	.20482	5.0000	5.00	1.08379	1.175	4.00	120.00
ite28	28	0	4.6071	.18068	5.0000	5.00	.95604	.914	4.00	129.00
ite29	28	0	3.7857	.25384	4.0000	5.00	1.34322	1.804	4.00	106.00

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

TABLA 8. PORCENTAJE OBTENIDO EN CADA ÍTEM ASOCIADO A INTENCIÓN DE ACCIÓN

ÍTEM / PUNTUACIÓN	1	2	3	4	5
5	0	0	3.6	10.7	85.7
8	0	0	7.1	25	67.9
20	3.6	0	3.6	39.3	53.6
21	3.6	0	0	10.7	85.7
23	46.4	25	10.7	7.1	10.7
31	0	3.6	3.6	25	67.9
32	21.4	7.1	17.9	14.3	39.3
33	3.6	3.6	0	14.3	78.6
38	0	0	7.1	14.3	78.6
PROMEDIO	8.73333333	4.36666667	5.95555556	17.85555556	63.11111111

Tabla 9. Medidas de tendencia central de las Intenciones de Acción

	N		Media	Error típ. de la media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Varianza	Rango	Suma
	Válidos	Perdidos								
ite5	28	0	4.8214	.08988	5.0000	5.00	.47559	.226	2.00	135.00
ite8	28	0	4.6071	.11885	5.0000	5.00	.62889	.396	2.00	129.00
ite20	28	0	4.3929	.16539	5.0000	5.00	.87514	.766	4.00	123.00
ite21	28	0	4.7500	.15105	5.0000	5.00	.79931	.639	4.00	133.00
ite23	28	0	2.1071	.25891	2.0000	1.00	1.37003	1.877	4.00	59.00
ite31	28	0	4.5714	.14019	5.0000	5.00	.74180	.550	3.00	128.00
ite32	28	0	3.4286	.30180	4.0000	5.00	1.59695	2.550	4.00	96.00
ite33	28	0	4.6071	.18068	5.0000	5.00	.95604	.914	4.00	129.00
ite38	28	0	4.7143	.11336	5.0000	5.00	.59982	.360	2.00	132.00

TABLA 10. PORCENTAJE OBTENIDO EN CADA ÍTEM ASOCIADO A MOTIVACIÓN PARA COMPLACER

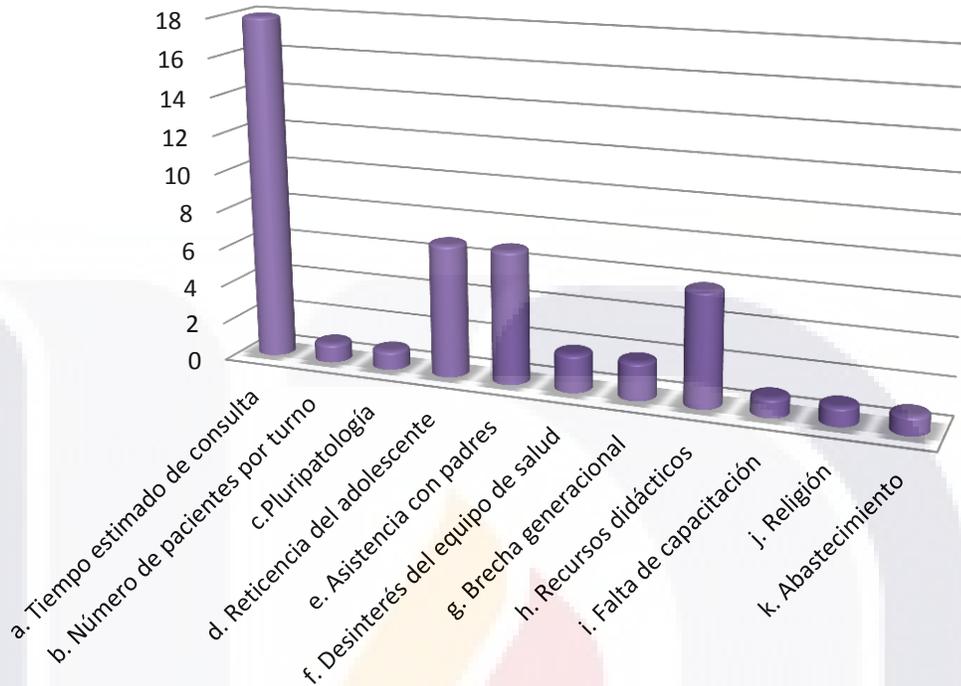
ÍTEM / PUNTUACIÓN	1	2	3	4	5
30	35.7	7.1	7.1	25	25
37	0	0	3.6	14.3	82.1
PROMEDIO	17.85	3.55	5.35	19.65	53.55

Tabla 11. Medidas de tendencia central de la Motivación para complacer

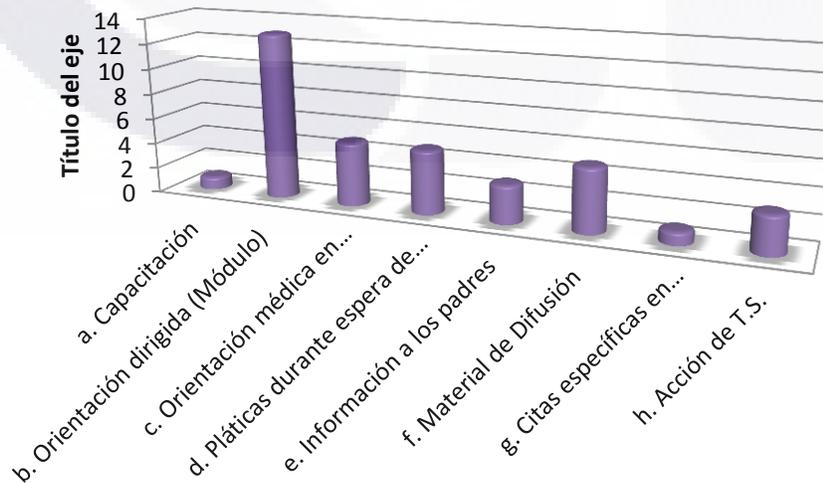
	N		Media	Error típ. de la media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Varianza	Rango	Suma
	Válidos	Perdidos								
ite30	28	0	2.9643	.31907	3.5000	1.00	1.68835	2.851	4.00	83.00
ite37	28	0	4.7857	.09424	5.0000	5.00	.49868	.249	2.00	134.00

En cuanto a las preguntas abiertas, se agruparon las respuestas dadas por los encuestados, En la pregunta enfocada a qué barreras detectaban en su área de trabajo para realizar la orientación de la anticoncepción en el adolescente, se obtuvo una constante de 18 encuestados que apoyaban el tiempo estimado de consulta, seguido de una frecuencia de 7 encuestados que opinaban como barrera la reticencia del adolescente para hablar y en misma cantidad se opinó que la asistencia de los padres. En tercer lugar se opinó que la falta de recursos didácticos. Otras menciones con menos frecuencia se presentan en la Gráfica 13.

Gráfica 13. Barreras detectadas en el área



Gráfica 14. Propuestas de mejora para realizar orientación de anticoncepción



En cuanto a las propuestas de mejora para poder realizar la orientación sobre anticoncepción, se encontró que 13 encuestados sugerían la creación de un Módulo con atención dirigida al adolescente, en segundo lugar se empató con 5 la realización de pláticas en las salas de espera de la consulta, llevar a cabo orientación médica en las escuelas y contar con material de difusión. En tercer lugar se sugería dar información a los padres para que ellos llevaran la información a sus hijos, y con la misma puntuación los encuestados mencionaban una mayor acción por parte de Trabajo Social.

XII. DISCUSIÓN

En la presente investigación se encontró que respecto a las características sociodemográficas, la mayoría de los encuestados fueron del sexo femenino (54%). El turno laboral fue equitativo, con 50% de turno matutino y 50% de turno vespertino.

En cuanto a edad, se encontró que era una población joven, ya que el 57.1% se encontraba entre los 20 y los 39 años; si a esto se le suma la población encuestada menor a 20 años, se obtiene el 71.4%. Sucedió lo mismo en cuanto a antigüedad en el actual puesto, ya que el 53.6% tenía menos de 5 años, sumando 78.6% aquellos con antigüedad menor a 10 años. Coincidió también el aspecto de año de egreso de la especialidad, ya que el 61% había egresado hace menos de 5 años, y el 89% lo había hecho de una universidad pública.

El estado civil fue representativo, con 50% de solteros, 46.4% de casados y 4% de divorciados, teniendo el 50% del total de encuestados, hijos.

La religión no logró ser incluyente, ya que el 75% eran católicos, 21% agnósticos y sólo el 4% mostraban variación al ser cristianos (siendo sólo uno de los encuestados).

En área laboral, el 75% sólo cuenta con el trabajo del IMSS, y el resto mencionaba un trabajo agregado en otra institución.

En cuanto a formación, el 82% no tenían ninguna actividad de posgrado además de la especialidad; únicamente el 11% había realizado diplomados y el 7% maestría. La historia se repitió en los cursos de actualización, pues 61% respondieron no haber tomado ninguno. Esto muestra la falta de capacitación y actualización al egresar de la especialidad.

Al hacer la evaluación de las creencias, se encontró una tendencia positiva. Como creencias salientes se encontró la autopercepción de ser médico sensato, que la anticoncepción es buena en la adolescencia y que el uso de condón por el adolescente es bueno, Como creencias positivas se encontró que la actitud mostrada en el consultorio repercutía en la satisfacción del paciente y en su salud, que los conocimientos del médico repercutían en la satisfacción del paciente y también se incluyó la eficacia del IMSS, de la Medicina Familiar y de la Unidad de Medicina Familiar #9. Como creencias negativas se encontró el uso del método del ritmo, de la píldora anticonceptiva postcoital y de los métodos anticonceptivos permanentes en la adolescencia. Como creencia neutra se mostró la religión, con un 57.1%, lo cual indica que no es determinante para brindar la orientación.

En cuanto a normas subjetivas, no se encontró ninguna que fuera saliente. Como positivas se encontró que los líderes médicos de los encuestados consideran importante la orientación de la anticoncepción del adolescente y que la gente importante para los encuestados piensa que la anticoncepción en la adolescencia es buena y es correcta. Como norma neutra se encontró de nuevo a la religión, y a ello se aunó la asistencia de los padres a la consulta de los adolescentes. No hubo normas negativas.

En el análisis de intención de acción, se encontraron varias salientes, las cuales son alentadoras, pues hablan de que la orientación sobre la anticoncepción del adolescente es parte de la labor profesional del encuestado, es posible realizarla y también es posible la capacitación médica para brindar una mejor orientación. Como intenciones de acción positivas se arrojó el destinar tiempo de la consulta a orientar al adolescente sobre anticoncepción, en recomendar la anticoncepción a adolescentes con vida sexual activa, el considerar que se está preparado para hacerlo y asistir a cursos para mejorar conocimientos. Como intención de acción negativa se apuntó hacia el tiempo insuficiente para brindar la orientación en la consulta.

La motivación para complacer muestra al análisis una saliente, al indicar los encuestados que les satisface brindar orientación sobre anticoncepción. Como motivación negativa, se encontró la aversión a hacer lo que la sociedad piensa que es el deber del médico.

En las preguntas abiertas, incluida en las normas subjetivas, se preguntó qué barreras se detectaban en el área para brindar orientación a la anticoncepción del adolescente, a lo cual se respondió: Tiempo estimado de consulta (39%), reticencia del adolescente (15%),

asistencia de padres a la consulta (15%), falta de recursos didácticos (13%), desinterés del equipo de salud (4%), brecha generacional entre médico y adolescente (4%), número de pacientes por turno (2%), pluripatologías vistas en la consulta (2%), falta de capacitación (2%), la religión (2%), abastecimiento de la unidad de métodos anticonceptivos (2%). Se observa que se vuelve a mencionar el tiempo, y se coloca a los padres como referencia, a pesar de que en normas subjetivas se tomó como neutro.

En la pregunta asignada a la intención de acción, se preguntaron propuestas para mejorar el programa de anticoncepción de acuerdo a los recursos actuales, obteniendo como respuestas realizar una orientación dirigida a través de un módulo o similar (36%), realizar orientación médica en escuelas (14%), realizar pláticas en la sala de espera de los consultorios (14%), contar con material de difusión (14%), dar información a los padres para que ellos sean los mensajeros (8%), delegar la responsabilidad a trabajo social (8%), contar con citas específicas de adolescentes a los consultorios (3%), tener capacitación (3%). Esta última difiere en cuanto a las variables sociodemográficas, ya que más del 60% no tiene ningún tipo de capacitación, a pesar de ser ofertadas constantemente en el instituto.

Así, se encontró una actitud positiva hacia la anticoncepción del adolescente, de la institución del IMSS, de la UMF 9 y de la Medicina Familiar, coincidiendo con Espinoza ⁽²⁾, aunque contrario a lo señalado en sus investigaciones, nuestros encuestados no esperan complacer a la sociedad, no tienen tendencia a rechazar métodos de acuerdo a su religión ni tienen mayor aceptación los métodos naturales entre ellos, ya que el que fue creencia saliente fue el uso del condón. Esto puede deberse a que los encuestados son jóvenes en su mayoría, y todos ya con formación especialista en Medicina Familiar.

Se difirió en lo formulado por Geary ⁽⁴⁾, ya que no fue relevante en los encuestados la presencia de los padres para recomendar la anticoncepción, pero coincide en lo expresado por los adolescentes de su investigación, ya que los médicos del actual estudio tienen como creencia saliente que su actitud repercute en la salud y satisfacción del paciente.

Contrario a lo mostrado en investigaciones precedentes, nuestros médicos tuvieron intenciones de acción positivas casi en su totalidad (la única negativa fue la que hacía referencia al tiempo). Las creencias mostraron ambas inclinaciones (positivas y negativas) y las normas subjetivas no fueron determinantes.

Los encuestados con edad mayor a los 40 años (28.6%), fueron los que mostraron una

actitud más positiva hacia la orientación de la anticoncepción, pero señalaron más barreras para hacerlo y reconocieron falta de preparación.

XIII. CONCLUSIONES

De acuerdo a la definición de actitud de Fishbein y Ajzen ^{(19) (23)}, en nuestra investigación los médicos familiares presentan una actitud predominantemente positiva hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente.

En cuanto a creencias, se observaron creencias salientes pero también creencias negativas en igual número, por lo cual se determina que no son el componente principal de la actitud.

Las normas subjetivas tendieron hacia la neutralidad, por lo cual tampoco son determinantes en la actitud del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente. Es importante señalar que no hubo normas subjetivas salientes, incluso al hacer referencia a los líderes médicos de los encuestados. Importante es señalar que en esta población de médicos, en su mayoría jóvenes, la religión fue una norma neutra.

La intención de acción fue el determinante en la actitud del médico hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente, arrojando más variables salientes que el resto de los componentes de la actitud, de acuerdo a la Teoría de Acción Razonada. Los médicos calificaron aquí de manera predominantemente positiva, y el único factor calificado de manera menos favorable fue el que hizo alusión al tiempo en la consulta. Sin embargo, en las preguntas abiertas, los médicos sugirieron alternativas realizables en las Unidades de Medicina Familiar, acorde a la limitante de tiempo que en su mayoría perciben (64%), lo que sigue interpretándose como intención de acción favorable.

La motivación para complacer fue ambivalente, por un lado los médicos refirieron satisfacción al brindar orientación sobre anticoncepción de manera saliente, y por otro lado fue una motivación negativa el hacer lo que la sociedad piensa que es deber del médico. Esto quizá pueda deberse a una falta de empatía, o a una “ilusión de control” documentada por Grierson ⁽¹⁾.

Los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 Delegación Aguascalientes, cuentan con una actitud predominantemente positiva hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente, lo cual demuestra su adecuado ejercicio de especialidad y compromiso con la atención de los pacientes, evidenciando una mayor preparación y una ética profesional adecuada.

Esta investigación, sea el preámbulo para el desarrollo de una estrategia que permita integrar los temas aquí expuestos, detectando áreas de oportunidad en la actitud, traducibles a programas efectivos dirigidos hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente, optimizando los recursos de los cuales ya se dispone en cada unidad de medicina familiar. Se sugiere poner atención en las respuestas a las preguntas abiertas que se hicieron a los médicos, ya que al contar con una intención de acción positiva y determinante en la actitud, integrar a los programas sus propuestas pudiera ser la clave del éxito de programas venideros para orientar a los adolescentes sobre anticoncepción.

Sea pues este estudio, el inicio del diseño de programas apoyados en soluciones dadas por médicos, diseñados con ellos y en base a su actitud, para poder prosperar y reinventarse cada vez que la salud del adolescente lo demande.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Grierson LEM, Fowler N, Kwan MYW. Family medicine residents ' practice intentions Recherche Les intentions de pratique des résidents en médecine familiale. *Can Fam Physician • Le Médecin Fam Can*. 2015;61:524–31.
2. Espinoza García MÁ, Díaz Loving R. Creencias y actitudes del médico familiar del ISSSTE en el estado de Sinaloa, hacia la planificación familiar y los métodos anticonceptivos. División de Estudios de Posgrado.UNAM. Universidad Nacional Autónoma de México; 1993.
3. Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R, González García F. Theory of Action on patient relationships. A different way of representing and understanding the behaviour of the family doctor in the clinic. *Atención Primaria [Internet]*. *SEGO*; 2015;47(5):279–86. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656714002662>
4. Geary RS, Webb EL, Clarke L, Norris SA. Evaluating youth-friendly health services: Young people's perspectives from a simulated client study in urban South Africa. *Glob Health Action*. 2015;8(1):1–9.
5. Romero LM, H P, Olaiya O, Ch MBB, Hallum-montes R, Ph D, et al. Efforts to Increase Implementation of Evidence-Based Clinical Practices to Improve Adolescent-Friendly Reproductive Health Services. *J Adolesc Heal [Internet]*. Elsevier Inc.; 2017;60(3):S30–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.07.017>
6. Ampt AJ, Amoroso C, Harris MF, McKenzie SH, Rose VK, Taggart JR. Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. *BMC Fam Pr [Internet]*. 2009;10:59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746183/pdf/1471-2296-10-59.pdf>
7. Paniagua Urbano D, Pérula de Torres LÁ, Ruiz del Moral R, Gavilán Moral E. Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria. *Elsevier España*. 2010;42(10):514–9.
8. Martínez-Ramírez E, Villareal-Ríos E, Vargas-Daza E, Galicia-Rodríguez L, Martínez-González L. Costo de atención por servicios de planificación familiar a un grupo de adolescentes Cost of family planning care in 10-19 years old teenagers. *Ginecol Obs Mex*. 2016;84(9):551–5.

9. ConceptoDefinicion. ¿Qué es Actitud? - Su Definición, Concepto y Significado [Internet]. venemedia. 2014. p. 1. Available from: <http://conceptodefinicion.de/actitud/>
10. Www.dechile.net. Actitud [Internet]. DeChile. 2017. p. Etimologías. Available from: www.dechile.net
11. Definiciona. Definición y etimología. Actitud [Internet]. Definiciona. 2017. Available from: <https://definiciona.com/actitud/>
12. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (DLE) - Edición del Tricentenario: Emoción [Internet]. 2017. Available from: <http://dle.rae.es/?id=EjXP0mU>
13. Psicologiauned.com. Actitudes. In: UNAM, editor. Psicología Social UNAM [Internet]. México: Premio Bitácoras 2014; p. Capítulo 5, 11 . Available from: www.psicocode.com
14. Eagly AH, Chaiken S. Attitude Research in the 21st Century: The Current State of Knowledge. [Internet]. The handbook of attitudes. 2005. p. 743–67. Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2005-04648-018>
15. Albarracín D, Zanna MP, Johnson BT, Kumkale GT. Attitudes: Introduction and Scope. Handb attitudes. 2005;i:3–19.
16. Briñol P, Falces C, Becerra A. Actitudes. Psicol Soc [Internet]. 2007;457–90. Available from: <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>
17. Allport GW. Attitudes. A Handb Soc Psychol. 1935;1:798–844.
18. Baumeister RF, Leary MR. Baumeister & Leary (1995). The Need to Belong--Desire for Interpersonal Attachments as a fundamental human emotion.pdf. Psychol Bull. 1995;117(3):497–529.
19. Ubillos S, Mayordomo S, Páez D. Actitudes: Definición Y Medición Componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. Psicol Soc Cult y Educ [Internet]. 2004;(1958):301–26. Available from: <http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
20. Aigner M. Técnicas de medición por medio de escalas. Centros Estud opinión Univ Antioquía. 2007;1–25.
21. Olson JM, Zanna MP. Actitudes y cambio de actitudes. Annual Reviews Psychologist. Ontario, Canadá; 1993;44:117–54.
22. Rodríguez LR. La Teoría De Acción Razonada : Implicaciones Para El Estudio De

- Las Actitudes. *Investig Educ Duranguense*. 2007;(7):66–77.
23. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Resarch*. 1a. Addiso. London, England. Amhert, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, Inc; 1975. 577 p.
 24. SECRETARÍA DE SALUD. NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 1994. p. 149–247. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
 25. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Instituto Mexicano del Seguro Social. *Compendio de Normas Oficiales Mexicanas Vinculadas con el Derecho a la Protección de la Salud*. 1a ed. Plascencia Villanueva R, Karam Toumeh D, editors. México: IMSS; 2010. 1096 p.
 26. Montero V. A. CONTRACEPTION IN ADOLESCENCE. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. Elsevier; 2011;22(1):59–67. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70393-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70393-5)
 27. Rangel J. Valerio L. Patiño J. García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev la Fac Med UNAM*. 2004;47(1):24–7.
 28. Arenas-Cedillo M, Ponce-Rosas R, Sánchez-Escobar L. Factores relacionados con la baja asistencia del adolescente a la consulta médica familiar. Factors related to the low attendance of adolescents to the familuy practice. *Arch en Med Fam*. 2003;5(2):53–7.
 29. INEGI. Encuesta Intercensal [Internet]. Encuesta Intercenal. 2015. Available from: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/>
 30. Organización Mundial de la Salud. OMS | Planificación familiar [Internet]. World Health Organization. p. 1,2. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/index.html%5Cnfiles/517/Organizaci?n Mundial de la Salud - OMS Planificaci?n familiar.html>
 31. División de Estudios de Posgrado e Investigación S de EM. *Plan Único de Especializaciones Médicas en Medicina Familiar* [Internet]. 3a ed. Fernández Ortega MÁ, Quiroz Pérez JR, Monroy Caballero C, Sánchez Escobar LE, Valencia Islas YE, editors. México: UNAM; 2003. 80 p. Available from: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/invest/medfamiliar.pdf>
 32. Valenzuela Y. México tiene dos médicos por cada mil habitantes. *El Univers*

- [Internet]. 2014;23 octubre. Available from:
<http://archivo.eluniversal.com.mx/periodismo-datos/2014/mexico-tiene-dos-medicos-por-cada-mil-habitantes-96303.html>
33. NTX / GSO. México tiene 1.9 médicos por cada mil habitantes: INEGI [Internet]. El Informador. México; 2014. p. 21 octubre 2014. Available from:
<http://www.informador.com.mx/mexico/2014/555054/6/mexico-tiene-19-medicos-por-cada-mil-habitantes-inegi.htm>
 34. INEGI. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013. ENESS. ENESS. Aguascalientes, México; 2014.
 35. 7d993ae-27a8-492d-ad14-b6d10c18e309. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Servicios Médicos de primer nivel del IMSS ENSat [Internet]. Available from: <http://datos.imss.gob.mx/dataset/ensat-2016>
 36. Gómez-Dantés O, Al E. Sistema de Salud de México. Salud Publica Mex. 2011;53:220–32.
 37. Enrique Peña Nieto. Plan Sectorial de Salud en Mexico 2013-2018. Gob la República. 2013;53(9):1689–99.
 38. Instituto Mexicano del Seguro Social. Infraestructura imss [Internet]. México: IFAI; 2017. p. 1. Available from: <http://portaltransparencia.gob.mx>
 39. México, H. Congreso DLU. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. D Of la Fed [Internet]. 2013;1–223. Available from:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
 40. The United Nations. Beijing declaration and platform for action [Internet]. Fourth World Conference on Women. 1995. 1-2 p. Available from:
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm>
 41. SECRETARÍA DE SALUD. Programa de acción: Programa de atención a la salud de la adolescencia. 2002;(4):1–38.
 42. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica 202-09. Actualización 2014. Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva en el primer y segundo niveles. CENETEC. México: Consejo de Salubridad General; 2014. p. 96.
 43. Viniegra Velásquez L. La Práctica de la Medicina: Situación Actual y Perspectivas. Posgrado UNAM [Internet]. 2016;11. Available from:
<http://www.posgrado.unam.mx/sites/default/files/2016/04/1505.pdf>

44. Carlos Tena Tamayo JM, Sánchez González A, Rivera Cisneros LE, Hernández Gamboa L ernesto. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Rev Med IMSS. 2003;41(5):407–13.
45. Castilla RJR De, Cerezo MNL, Estrada RC. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad : preferencias y utilidad percibida. Atención primaria [Internet]. Elsevier; 2001;27(1):12–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78766-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78766-5)
46. IMSS. La salud de los adolescentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008;46(1):91–101.
47. Neyro Bilbao JL, Elorriaga MÁ, Lira Plascencia J. Contraception and bioethics : between the conscience objection and the autonomy principle Anticoncepción y bioética : entre la objeción de conciencia y el principio de autonomía. Ginecol y Obstetricia México. 2015;83:125–38.
48. Huerta González JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud - enfermedad. 1a ed. Velasco JA, editor. México, D.F.: Editorial Alfil; 2005. 188 pp p.
49. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de atención al adolescente. 1st ed. Pérez Milena A, editor. España: SAMFyC; 2015. 315 p.
50. Abad FJ, Garrido J, Olea J, Ponsoda V. Introducción a la Psicometría Teoría Clásica de los Tests y Teoría de la Respuesta al Ítem. 2004;(Febrero):150.

XV. ANEXOS

ANEXO 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Ene 2017	Feb 2017	Marz 2017	Ab 2017	May 2017	Jun 2017	Julio 2017	Ago 2017	Sept 2017	Oct 2017	Nov 2017	Dic 2017	Ene 2018	Feb 2018
Elección de tema	R													
Búsqueda Bibliográfica	R	R	R											
Diseño del protocolo de tesis			R	R	R									
Envío del protocolo a comité local					R									
Revisión y realización de modificaciones						R								
Aprobación de protocolo						R	R							
Trabajo de campo							R							
Captura de datos								R	R					
Análisis de datos y tabulación										R	R			
Autorización												R		
Elaboración de informe final y discusión de resultados												R	R	
Presentación de tesis (examen) y difusión de resultados														R

R : Realizado



ANEXO 2. Carta de consentimiento informado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<u>“ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR HACIA LA ORIENTACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9”</u>
Patrocinador externo:	<u>No aplica</u>
Lugar y fecha:	<u>Aguascalientes, Aguascalientes. A de de 2017.</u>
Número de registro:	_____
Justificación y objetivo del estudio:	<u>Es trascendental que los médicos familiares sean evaluados formativamente, ya que con dicha valoración se puede conocer la actitud en nuestro medio y posteriormente diseñar o fortalecer estrategias. Este estudio se llevará a cabo en la UMF #9 de Aguascalientes, Ags., con el objetivo de identificar la actitud del médico familiar hacia la anticoncepción del adolescente a través del modelo teórico de la acción razonada, el cual ha demostrado ser efectivo en la detección de variables que llevan a la actitud.</u>
Procedimientos:	<u>Si acepto participar, se me proporcionará un cuestionario auto-administrado, basado en la Teoría de Acción Razonada, que deberé responder, con 2 apartados, el primero con variables sociodemográficas, y el segundo con 40 preguntas sobre actitud hacia la orientación de anticoncepción en el adolescente, acorde a la escala tipo Likert, evaluando creencias, normas subjetivas, intenciones de acción y motivación para complacer. Una vez obtenidas las respuestas, se procederá al análisis de datos de manera confidencial.</u>

Posibles riesgos y molestias	<u>Se me ha informado que no se espera ningún riesgo o molestia durante la realización del presente estudio</u>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<u>Los resultados globales podrán consultarse para mejorar la atención al derechohabiente en calidad y calidez en las unidades de medicina familiar.</u>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<u>El investigador responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo con la información, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación</u>
Participación o retiro:	<u>Se me conservará el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente, realizando una breve exposición de motivos en el mismo cuestionario y sin repercusiones.</u>
Privacidad y confidencialidad:	<u>Los datos personales relacionados con mi privacidad, serán tratados de forma confidencial. No se me identificará en las presentaciones públicas o privadas que deriven de este estudio.</u>
Colección de material biológico:	<u>No aplica</u>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes:	<u>No aplica</u>
Beneficios al término del estudio	<u>Conocer la actitud del médico familiar en nuestro medio sobre orientar al adolescente sobre anticoncepción, sirviendo de preámbulo para estrategias adecuadas encaminadas a una mejor atención del derechohabiente.</u>

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

Investigador responsable:	Dr. Eumir Ponce De León Alcaraz. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar #9. Matrícula: 99103101. Domicilio: Avenida Siglo XXI #301 Col. Municipio Libre. Aguascalientes, Ags. CP 20199. Teléfono: 4498988785. Correo electrónico: dreumirponce@hotmail.com
---------------------------	--

Colaborador y tesista:	Rocío Samara Martínez Franco. Adscripción: Hospital General de Zona 1. Matrícula: 99015973 Domicilio: José María Chávez No.1102 Col. Linda Vista. Teléfono: 9139022. Correo electrónico: dra.rsamara.mtzfranco@gmail.com
---------------------------	---

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 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores; México, D.F., C.P. 06720. Teléfono (55)56276900 ext 21230. Correo electrónico comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Rocío Samara Martínez Franco. MAT 99015973.

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO 3
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR HACIA LA ORIENTACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE EN LA UMF #9



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #9
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES

Apreciable Médico Familiar:

El presente cuestionario forma parte de una investigación que se encuentra realizando un residente de Medicina Familiar del Hospital General de Zona 1, Aguascalientes, Ags. Agradecemos de antemano su colaboración voluntaria para el llenado de este test.

Le informamos que no existen respuestas correctas o incorrectas, sólo distintas formas de ver las cosas. Le pedimos contestar verazmente.

Esta información es anónima, estrictamente confidencial y sólo para fines de investigación. Los resultados de la evaluación no se darán a conocer de manera individual.

La forma de responder será a través del llenado de las preguntas con una "X", colocándola en un lugar de la línea discontinua que une los adjetivos opuestos, de manera que represente el grado de acuerdo que se tiene hacia uno u otro, como se muestra en el ejemplo:

I. Realizar caminatas nocturnas es:
 Benéfico X Dañino

Solicitamos no dejar preguntas sin respuesta, ya que automáticamente se invalidará el reactivo. Si tiene preguntas o comentarios, puede hacerlo al final del cuestionario. Gracias.

DATOS GENERALES

Sexo:	Edad:	Estado civil:
Número de hijos:	Religión:	Turno laboral:
Universidad de especialidad:	Año de egreso de la especialidad:	Antigüedad en actual puesto:
Otras instituciones de trabajo:		
POSGRADO (diplomado, maestría, doctorado)		
Cursos recientes (3 años)		

CUESTIONARIO

- 1.- Yo, como médico, soy: (creencia)
 Insensato _ _ _ _ Sensato
- 2.- La mayoría de la gente importante para mí piensa que la anticoncepción del adolescente es: (norma subjetiva)
 Benéfica _ _ _ _ Dañina
- 3.- La mayoría de la gente importante para mí, piensa que la anticoncepción del adolescente es: (norma subjetiva)
 Correcto _ _ _ _ Incorrecto
- 4.- La anticoncepción del adolescente es: (creencia)
 Malo _ _ _ _ Bueno
- 5.- La orientación médica de métodos anticonceptivos al adolescente es: (intención de acción)
 Posible _ _ _ _ Imposible
- 6.- El programa nacional para la atención integral del adolescente es: (creencia)
 Insensato _ _ _ _ Sensato
- 7.- La medicina familiar es en el IMSS: (creencia)
 Eficaz _ _ _ _ Ineficaz
- 8.- La capacitación médica sobre anticoncepción en la adolescencia, para brindar una mejor orientación médica, es: (intención de acción):
 Imposible _ _ _ _ Posible
- 9.- El IMSS es... (creencia)
 Ineficaz _ _ _ _ Eficaz
- 10.- La UMF 9 es: (creencia)
 Eficaz _ _ _ _ Ineficaz
- 11.- Para mí, ser un buen médico familiar es ser: (creencia)
 Religioso _ _ _ _ No religioso
- 12.- La religión es.... (creencia)
 Malo _ _ _ _ Bueno
- 13.- El uso de condón por adolescentes es: (creencia)
 Dañino _ _ _ _ Benéfico
- 14.- La anticoncepción de adolescentes basados en el método del ritmo es: (creencia)
 Benéfico _ _ _ _ Dañino

15.- El uso de la píldora anticonceptiva post coital (de emergencia), por adolescentes, es: (creencia)

Benéfico Dañino

16.- El uso de hormonal inyectado por adolescentes es: (creencia)

Benéfico Dañino

17.- El uso de pastillas anticonceptivas para ciclos de 28 días, es para un adolescente: (creencia)

Dañino Benéfico

18.- La administración de métodos anticonceptivos permanentes durante la adolescencia es: (creencia)

Benéfico Dañino

19.- Mi religión piensa que la anticoncepción en el adolescente es: (norma subjetiva)

Incorrecto Correcto

20.- Pienso en destinar tiempo de mi consulta a orientar al adolescente sobre anticoncepción (Intención de acción)

Probable Improbable

21.- Pienso en recomendar la anticoncepción a todo adolescente con vida sexual activa (Intención de acción)

Probable Improbable

22.- Estoy seguro que puedo orientar a un adolescente sobre anticoncepción en el actual sistema del IMSS (creencia)

En desacuerdo De acuerdo

23.- El tiempo de una consulta es suficiente para una orientación sobre anticoncepción (intención de acción)

En desacuerdo De acuerdo

24.- Los padres de un adolescente deben estar presentes para brindar asesoría sobre anticoncepción (norma subjetiva)

De acuerdo En desacuerdo

25.- Mi familia piensa que yo debo recomendar a los adolescentes que usen un método anticonceptivo. (norma subjetiva)

De acuerdo En desacuerdo

26.- Mis amigos piensan que yo debo recomendar a los adolescentes que usen un método anticonceptivo. (norma subjetiva)

En desacuerdo De acuerdo

27.- Mis colegas piensan que yo debo recomendar a los adolescentes que usen un método anticonceptivo. (norma subjetiva)

De acuerdo En desacuerdo

28.- Mis líderes médicos (maestros, jefes de clínica, supervisores, directores) piensan que es importante orientar al adolescente sobre anticoncepción (norma subjetiva)

De acuerdo En desacuerdo

29.- La sociedad en general espera que yo recomiende a los adolescentes un método anticonceptivo: (norma subjetiva)

En desacuerdo De acuerdo

30.- En términos generales, deseo hacer lo que la sociedad piensa que es mi deber como médico familiar (Motivación para complacer)

En desacuerdo De acuerdo

31.- Considero que estoy preparado para brindar orientación a un adolescente (intención de acción)

De acuerdo En desacuerdo

32.- Los recursos necesarios para brindar una asesoría anticonceptiva adolescente en la práctica de medicina familiar están fácilmente disponibles (intención de acción)

De acuerdo En desacuerdo

33.- Asistiría a cursos para mejorar mis conocimientos sobre anticoncepción (intención de acción)

En desacuerdo De acuerdo

34.- La actitud que muestro en mi consultorio repercute en la satisfacción de mi paciente (creencia)

De acuerdo En desacuerdo

35.- La actitud que muestro en mi consultorio repercute en la salud de mi paciente (creencia)

De acuerdo En desacuerdo

36.- Los conocimientos que muestro en mi consultorio repercuten en la satisfacción de mi paciente (creencia)

En desacuerdo De acuerdo

37.- Me satisface brindar orientación al adolescente sobre anticoncepción (motivación para complacer)

En desacuerdo De acuerdo

38.- Es parte de mi labor profesional brindar orientación de anticoncepción al adolescente (creencia)

De acuerdo En desacuerdo

39.- Barreras que detecto en mi área para brindar orientación de anticoncepción al adolescente: (creencias)

40.- ¿Qué propone para mejorar el programa de la anticoncepción al adolescente de acuerdo a los recursos actuales de que dispone la unidad? (intención de acción)

FIRMA:



ANEXO 4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ÍTEM	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Describir las características sociodemográficas de la población de médicos familiares de la UMF#9	Sexo	Conjunto de seres vivos que tienen uno o varios caracteres comunes	Conjunto de personas pertenecientes al género masculino o femenino	A1	Cualitativa	1: Masculino 2: Femenino	Nominal
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Años de vida cumplidos	A2	Cualitativa	1: 20-29 años 2: 30-39 años 3: 40-49 años 4: 50 años o más	Nominal
	Estado civil	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles que son secundarios al tipo de unión.	Lazos jurídicamente reconocidos de relación entre dos personas al momento de la encuesta	A3	Cualitativa	1: Soltero 2: Unión Libre 3: Casado 4: Divorciado/separado 5: Viudo	Nominal
	Número de hijos	Condición de paternidad	Cantidad de hijos con que se cuenta como descendencia al momento de la aplicación de la encuesta	A4	Cuantitativa	0: 0 hijos 1: 1-2 hijos 2: 3-4 hijos 3: 5 hijos o más	Nominal
	Religión	Conjunto de creencias que se profesan	Profesión admitida al momento de la encuesta	A5	Cuantitativa	1: Católica 2: Cristiano 3: Testigos de Jehová 4: Otras	Nominal
	Turno laboral	Espacio de tiempo que se destina al trabajo	Horario matutino o vespertino en que se realiza la jornada laboral al momento de la encuesta	A6	Cualitativa	1: Matutino 2: Vespertino	Nominal
	Universidad de especialidad	Escuela a la que pertenece la institución donde se cursó la especialidad	Casa de estudios que avala el posgrado	A7	Cualitativa	1: Pública 2: Privada	Nominal
	Año de egreso de la especialidad	Año de culminación de la especialidad	Año en que se termina formalmente la residencia de medicina familiar	A8	Cuantitativa	1: Hace 0-5 años 2: Hace 6-10 años 3: Hace 11-15 años 4: Hace más de 15 años	Nominal
	Antigüedad en actual puesto	Periodo de tiempo que un trabajador lleva vinculado a una empresa con su actual puesto	Años que ha permanecido en el puesto actual, cumplidos al momento de la encuesta	A9	Cualitativa	1: 0-5 años 2: 6-10 años 3: 11-15 años 4: >15 años	Nominal
	Otras instituciones de trabajo	Empresas en que el médico labora, además del IMSS	Empresas en que se tiene contrato activo, al momento de la aplicación de la encuesta, además del IMSS	A10	Cualitativa	1: Sólo IMSS 2: Más 1 3: Más 2 4: 3 o más	Nominal
	Posgrado	Proceso educativo de actualización o perfeccionamiento con diplomado, maestría o doctorado	Especialización concluida como parte del posgrado al momento de la aplicación de la encuesta	A11	Cualitativa	0: Ninguno 1: Diplomado 2: Maestría 3: Doctorado 4: 2 o más de los anteriores	Nominal
	Cursos recientes	Proceso educativo de actualización o perfeccionamiento a través de cursos en los últimos 3 años, presenciales o virtuales	Cursos de actualización concluidos en los últimos 3 años y hasta el momento de la encuesta.	A12	Cualitativa	0: Ninguno 1: 1-3 cursos 2: 4-6 cursos 3: 7-9 cursos 4: 10 o más cursos	Nominal

ANEXO 5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR	ÍTEM	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Identificar la actitud del médico familiar hacia la anticoncepción del adolescente a través del modelo teórico de la acción razonada en la UMF #9	ACTITUD	Creencia	Componente cognitivo de la actitud.	Creencia saliente: +5	18 preguntas asociadas a creencias, con los siguientes ítems:	Cualitativa	Tipo Likert 1 a 5
			Información que el sujeto tiene del objeto actitudinal.	Positiva: 4 a 5 Neutra: 3 Negativa: 1 a 2	1,4,6,7,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,22,34,35,36		
		Norma subjetiva	Percepción específica del sujeto de que personas importantes para él piensan que debe o no realizar una conducta, sirviendo de motivación,	Saliente: +5 Positiva: 4 a 5 Neutra: 3 Negativa: 1 a 2	10 preguntas asociadas a normas subjetivas, con los siguientes ítems: 2,3,19,24,25,26,27,28,29,39	Cualitativa	Tipo Likert 1 a 5
			Intención de acción	Creencia indicada por la percepción subjetiva de la probabilidad de que habrá una respuesta específica ligada directamente a la creencia	Saliente: +5 Positiva: 4 a 5 Neutra: 3 Negativa: 1 a 2		
Motivación para complacer	Combinación de norma subjetiva con la intención de acción, manifestada por el sujeto	Positiva: +5 Neutra: 3 Negativa: 1 a 2	2 preguntas, con los siguientes ítems: 30,37	Cualitativa	Tipo Likert 1 a 5		

Contabilizar de manera inversa los ítems 2, 3, 5, 7, 10, 11, 14, 15,16, 18, 20, 21,24, 25,27, 31, 32,34, 35 y 38, puestos intencionalmente así para disminuir la equiescencia.

ANEXO 6.

MANUAL OPERACIONAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #9 AGUASCALIENTES, AGS.

ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR HACIA LA ORIENTACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE

1.- Por tipo de muestra censal, se proporcionará a los médicos familiares el instrumento de actitud en base a la Teoría de Acción Razonada, sobre actitud del médico familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente, en papel, para autoadministración en el aula de usos múltiples de la Unidad de Medicina Familiar #9, donde estarán reunidos por la sesión general de unidad. Se dará a conocer la carta de consentimiento informado y se explicará en qué consiste la prueba y su objetivo. Se realizará en 2 sesiones, un día para turno matutino, y otra para turno vespertino, respetando sus horarios preestablecidos.

2.- El cuestionario consta de la primera sección con instrucciones y datos sociodemográficos, la segunda con preguntas sobre actitud y la tercera con 2 preguntas abiertas.

La encuesta sociodemográfica incluirá 12 cuestionamientos, que son sexo, edad, estado civil, número de hijos, religión, turno laboral, universidad de especialidad, año de egreso de la especialidad, antigüedad en actual puesto, otras instituciones de trabajo, posgrado y cursos recientes (3 años).

En cuanto al cuestionario, tiene un formato de respuesta que por tratarse de una evaluación de actitud se enfocó a una prueba de rendimiento típico, con 21 ítems en base a adjetivos bipolares (diferencial semántico), representando un continuo que permite estudiar el significado semántico y limitar en lo posible la deseabilidad social, y 17 ítems en un continuo nominal con extremos del continuo “de acuerdo” y “en desacuerdo”, atribuidos a la actitud del médico familiar en la orientación anticonceptiva del adolescente. La escala lineal consta de 5 categorías que equivalen a la puntuación de 1 a 5.

El instrumento consta de 38 ítems, con 18 preguntas relacionadas a creencias, 10 preguntas con respecto a normas subjetivas, 10 cuestiones de intención de acción y se complementó con 2 preguntas sobre motivación para complacer. Para minimizar la equiescencia, se redactaron los ítems directos en las preguntas 1, 4, 6, 8, 9, 12, 13, 17, 19, 22, 23, 26, 29, 30, 33, 36 y 37; e inverso en los ítems 2, 3, 5, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 31, 32, 34, 35 y 38. Al final, se incluyen 2 preguntas abiertas complementarias, las cuales servirán para indagar si existe algún tema que el entrevistado considere necesario expresar. Estos ítems serán agrupados en base a las respuestas obtenidas.

SECCIÓN I.

En esta sección los médicos familiares llenarán con sus datos, sin poner su nombre para respetar la confidencialidad.

I.1 Sexo. Deberá responder a las características del entrevistado y se colocará de las siguientes dos opciones

Ejemplo: Sexo: ___1___ 1. Masculino 2. Femenino

I.2 Edad: Hace referencia a la edad cumplida en años.

Ejemplo: Edad: __41__

I.3 Estado civil: En esta sección se pregunta estado civil actual y se codificará la respuesta.

Ejemplo: Estado civil: ___Casado___

1. Soltero 2. Unión Libre 3. Casado 4. Divorciado/ Separado 5. Viudo

I.4 Número de hijos: Deberán responder el número de hijos que se tiene y colocar el número en la línea. Si no tiene, colocará un cero.

Ejemplo: Número de hijos: ___1___

I.5 Religión: Se anotará la religión que profesa, y posteriormente se codificará.

Ejemplo: Religión: ___Católica___

1. Católica 2. Cristiana 3. T. Jehová 4. Mormón 5. Ateo 6. Otros

I.6 Turno laboral: Deberá colocar el horario en que brinda consulta en la UMF.

Ejemplo: Turno laboral: ____Matutino____

1. Matutino 2. Vespertino

I.7 Universidad de especialidad: Deberá colocar el nombre de la universidad de la cual obtuvo el título de Médico Familiar, poniendo entre paréntesis si es escuela pública o privada, para codificar posteriormente:

Ejemplo: Universidad de especialidad: ____UdeG (Pública)____

1. Pública 2. Privada

I.8 Año de egreso de la especialidad: Deberá colocar el año en que obtuvo el título de médico familiar.

Ejemplo: Año de egreso de la especialidad: ____1994____

I.9 Antigüedad en actual puesto: Deberá poner el tiempo cumplido en el actual puesto, con respecto a la unidad “años”.

Ejemplo: Antigüedad en actual puesto: ____3 años____

I.10 Otras instituciones de trabajo: Deberá colocar el nombre de instituciones donde trabaje, aparte del IMSS.

Ejemplo: Otras instituciones de trabajo: ____ISSSTE, medio privado____

0. Ninguna 1. Una institución 2. 2 instituciones 3. 3 instituciones o más

I.11 Posgrado (diplomado, maestrías, doctorado): Deberá anotar cursos de especialización del nivel que se está pidiendo y los cuales ya hayan concluido al momento de responder el cuestionario.

Ejemplo: Posgrado (diplomado, maestrías, doctorado): Maestría en Administración

- 0: Ninguno 1. Diplomado 2. Maestría 3. Doctorado 4. 2 o más de los anteriores

I.12 Cursos recientes (3 años): Deberá anotar a qué cursos ha asistido en los últimos 3 años, para codificar posteriormente.

Ejemplo: Cursos recientes (3 años): ____Lactancia materna, diabetimss____

- 0: Ninguno 1: 1 curso 2: 2 cursos 3: 3 cursos 4: 4 cursos 5: 5 o más

SECCIÓN II CUESTIONARIO DE ACTITUD

Entendiendo la actitud como el resultado de las creencias, normas subjetivas e intenciones de acción, se buscará obtener información de estas variables mediante 38 ítems, donde se presentarán enunciados que deberán completar con la palabra que describa mejor su situación, en un continuo visual. Se les pedirá que coloquen una “X” en la respuesta que elijan, aclarando que no es un examen y que buscamos la respuesta más honesta.

1.- Yo como médico soy....

Insensato__ __ __ __ __ Sensato

La variable medida será creencia, y las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: Insensato__ __ __ X __ Sensato Valor: 4 puntos

2.- La mayoría de la gente importante para mí piensa que la anticoncepción del adolescente es:

Benéfica__ __ __ __ __ Dañina

La variable medida será norma subjetiva, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: Benéfica__ __ __ __ X Dañina Valor: 1 punto

3.- La mayoría de la gente importante para mí piensa que la anticoncepción del adolescente es:

Correcto__ __ __ __ __ Incorrecto

La variable medida será norma subjetiva, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: CorrectoX __ __ __ __ Incorrecto Valor: 5 puntos

4.- La anticoncepción del adolescente es:

Malo __ __ __ __ __ Bueno

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: Malo__ __ __ __ X Bueno Valor: 5 puntos

5.- La orientación médica de métodos anticonceptivos al adolescente es:

Posible__ __ __ __ __ Imposible

La variable medida será intención de acción, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: Posible__ __ X __ __ Imposible Valor: 3 puntos

6.- El programa nacional para la atención integral del adolescente es:

Insensato__ __ __ __ __ Sensato

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: Insensato__ X__ __ __ __ Sensato Valor: 2 puntos

7.- La medicina familiar es en el IMSS:

Eficaz __ __ __ __ __ Ineficaz

La variable medida será creencia, y se codificará como 5 4 3 2 1

Ejemplo: Eficaz __ __ __ __ __ X Ineficaz Valor: 1 punto

8.- La capacitación médica sobre anticoncepción en la adolescencia, para brindar una mejor orientación médica, es:

Imposible __ __ __ __ __ Posible

La variable medida será intención de acción, y se codificará como 1 2 3 4 5

Ejemplo: Imposible __ __ __ __ __ X Posible Valor: 5 puntos

9.- El IMSS es:

Ineficaz__ __ __ __ __ Eficaz

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: Ineficaz__ __ __ __ X Eficaz Valor: 4 puntos

10.- La UMF 9 es:

Eficaz__ __ __ __ __ Ineficaz

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: Eficaz__ __ __ X __ Ineficaz Valor: 2 puntos

11.- Para mí, ser un buen médico familiar es ser:

Religioso__ __ __ __ __ No religioso

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: Religioso__ __ __ X __ No religioso Valor: 2 puntos

12.- La religión es:

Malo __ __ __ __ __ Bueno

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: Malo Bueno Valor: 3 puntos

13.- El uso de condón por adolescentes es:

Dañino Benéfico

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: Dañino Benéfico Valor: 4 puntos

14.- La anticoncepción de adolescentes basados en el método del ritmo es:

Benéfico Dañino

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: Benéfico Dañino Valor: 5 puntos

15.- El uso de la píldora anticonceptiva postcoital (de emergencia) por adolescentes es:

Benéfico Dañino

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: Benéfico Dañino Valor: 2 puntos

16.- El uso de hormonal inyectado por adolescentes es:

Benéfico Dañino

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: Benéfico Dañino Valor: 4 puntos

17.- El uso de pastillas anticonceptivas para ciclos de 28 días, es para un adolescente:

Dañino Benéfico

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: Dañino Benéfico Valor: 1 punto

18.- La administración de métodos anticonceptivos permanentes durante la adolescencia es:

Benéfico Dañino

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: Benéfico Dañino Valor: 5 puntos

19.- Mi religión piensa que la anticoncepción en el adolescente es:

Incorrecto__ __ __ __ __ Correcto

La variable medida será norma subjetiva, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: Incorrecto X __ __ __ __ Correcto Valor: 1 punto

20.- Pienso en destinar tiempo de mi consulta a orientar al adolescente sobre anticoncepción

Probable__ __ __ __ __ Improbable

La variable medida será intención de acción, las respuestas serán codificadas como

5 4 3 2 1

Ejemplo: Probable X __ __ __ __ Improbable Valor: 5 puntos

21.- Pienso en recomendar la anticoncepción a todo adolescente con vida sexual activa:

Probable__ __ __ __ __ Improbable

La variable medida será intención de acción, las respuestas serán codificadas como

5 4 3 2 1

Ejemplo: Probable X __ __ __ __ Improbable Valor: 5 puntos

22.- Estoy seguro que puedo orientar a un adolescente sobre anticoncepción en el actual sistema del IMSS:

En desacuerdo__ __ __ __ __ De acuerdo

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: En desacuerdo X __ __ __ __ De acuerdo Valor: 1 punto

23.- El tiempo de una consulta es suficiente para una orientación sobre anticoncepción:

En desacuerdo__ __ __ __ __ De acuerdo

La variable medida será intención de acción, las respuestas serán codificadas como

1 2 3 4 5

Ejemplo: En desacuerdo X __ __ __ __ De acuerdo Valor: 1 punto

24.- Los padres de un adolescente deben estar presentes para brindar asesoría sobre anticoncepción

De acuerdo__ __ __ __ __ En desacuerdo

La variable medida será norma subjetiva, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5, ya que indica un resultado opuesto a una norma positiva hacia la anticoncepción.

Ejemplo: De acuerdo X ___ ___ ___ ___ En desacuerdo Valor: 1 punto

25.- Mi familia piensa que yo debo recomendar a los adolescentes que usen un método anticonceptivo:

De acuerdo ___ ___ ___ ___ En desacuerdo

La variable medida será norma subjetiva, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: De acuerdo X ___ ___ ___ ___ En desacuerdo Valor: 5 puntos

26.- Mis amigos piensan que yo debo recomendar a los adolescentes que usen un método anticonceptivo:

En desacuerdo ___ ___ ___ ___ De acuerdo

La variable medida será norma subjetiva, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: En desacuerdo X ___ ___ ___ ___ De acuerdo Valor: 1 punto

27.- Mis colegas piensan que yo debo recomendar a los adolescentes que usen un método anticonceptivo:

De acuerdo ___ ___ ___ ___ En desacuerdo

La variable medida será norma subjetiva, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: De acuerdo X ___ ___ ___ ___ En desacuerdo Valor: 5 puntos

28.- Mis líderes médicos (maestros, jefes de clínica, supervisores, directores) piensan que es importante orientar al adolescente sobre anticoncepción:

De acuerdo ___ ___ ___ ___ En desacuerdo

La variable medida será norma subjetiva, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: De acuerdo X ___ ___ ___ ___ En desacuerdo Valor: 5 puntos

29.- La sociedad en general espera que yo recomiende a los adolescentes un método anticonceptivo:

En desacuerdo__ __ __ __ __ De acuerdo

La variable medida será norma subjetiva, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: En desacuerdo X __ __ __ __ De acuerdo Valor: 1 punto

30.- En términos generales, deseo hacer lo que la sociedad piensa que es mi deber como médico familiar:

En desacuerdo__ __ __ __ __ De acuerdo

La variable medida será motivación para complacer, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: En desacuerdo __ __ __ X __ De acuerdo Valor: 4 puntos

31.- Considero que estoy preparado para brindar orientación a un adolescente:

De acuerdo__ __ __ __ __ En desacuerdo

La variable medida será intención de acción, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: De acuerdo X __ __ __ __ En desacuerdo Valor: 5 puntos

32.- Lo recursos necesarios para brindar una asesoría anticonceptiva adolescente en la práctica de medicina familiar están fácilmente disponibles

De acuerdo__ __ __ __ __ En desacuerdo

La variable medida será intención de acción, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: De acuerdo X __ __ __ __ En desacuerdo Valor: 5 puntos

33.- Asistiría a cursos para mejorar mis conocimientos sobre anticoncepción:

En desacuerdo__ __ __ __ __ De acuerdo

La variable medida intención de acción, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: En desacuerdo __ __ __ X __ De acuerdo Valor: 4 puntos

34.- La actitud que muestro en mi consultorio repercute en la satisfacción de mi paciente:

De acuerdo__ __ __ __ __ En desacuerdo

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: De acuerdo __ X __ __ __ En desacuerdo Valor: 4 puntos

35.- La actitud que muestro en mi consultorio repercute en la salud de mi paciente:

De acuerdo__ __ __ __ En desacuerdo

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: De acuerdo __ X __ __ __ En desacuerdo Valor: 4 puntos

36.- Los conocimientos que muestro en mi consultorio repercuten en la satisfacción de mi paciente:

En desacuerdo__ __ __ __ De acuerdo

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: En desacuerdo __ __ __ __ X De acuerdo Valor: 5 puntos

37.- Me satisface brindar orientación al adolescente sobre anticoncepción:

En desacuerdo__ __ __ __ De acuerdo

La variable medida será motivación para complacer, las respuestas serán codificadas como 1 2 3 4 5

Ejemplo: En desacuerdo X __ __ __ De acuerdo Valor: 1 punto

38.- Es parte de mi labor profesional brindar orientación de anticoncepción al adolescente:

De acuerdo__ __ __ __ En desacuerdo

La variable medida será creencia, las respuestas serán codificadas como 5 4 3 2 1

Ejemplo: De acuerdo X __ __ __ En desacuerdo Valor: 5 puntos

SECCIÓN III. PREGUNTAS ABIERTAS

39.- Barreras que detecto en mi área para brindar orientación de anticoncepción al adolescente:

La variable será creencia. La pregunta pretende así dar espacio para que los médicos expresen algún tema que sientan no se incluyó en el cuestionario. En base a las

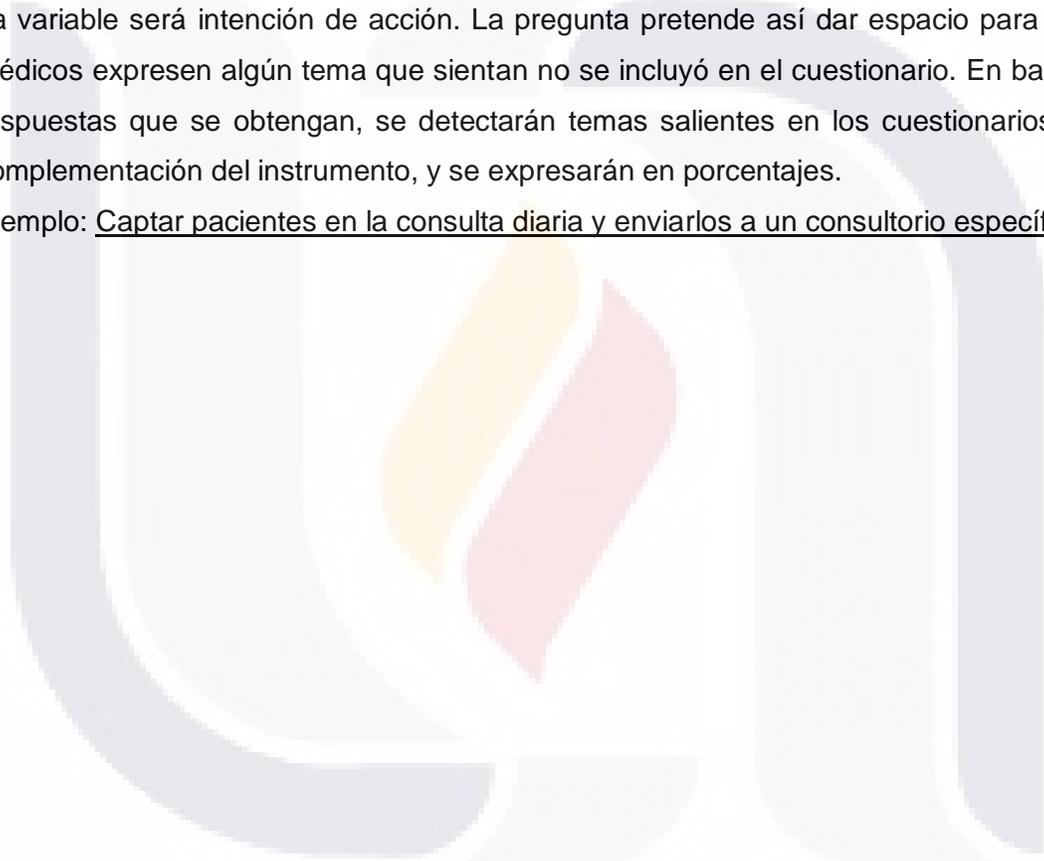
respuestas que se obtengan, se detectarán temas salientes en los cuestionarios, como complementación del instrumento, y se expresarán en porcentajes.

Ejemplo: Poco tiempo destinado a la consulta

40.- ¿Qué propone para mejorar el programa de la anticoncepción del adolescente de acuerdo a los recursos actuales de que dispone la unidad?

La variable será intención de acción. La pregunta pretende así dar espacio para que los médicos expresen algún tema que sientan no se incluyó en el cuestionario. En base a las respuestas que se obtengan, se detectarán temas salientes en los cuestionarios, como complementación del instrumento, y se expresarán en porcentajes.

Ejemplo: Captar pacientes en la consulta diaria y enviarlos a un consultorio específico.



ANEXO 7. PLANILLAS JUICIO DE EXPERTOS

Respetado juez. Usted ha sido seleccionado para evaluar el Instrumento de evaluación de actitud del Médico Familiar hacia la orientación de la anticoncepción del adolescente, que hace parte de la investigación “Actitud del Médico Familiar hacia la orientación de anticoncepción del adolescente en la UMF #9”, que realiza una residente de medicina familiar como parte de su tesis. La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de éstos sean utilizados eficientemente, aportando tanto al área investigativa de la salud como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL JUEZ:

FORMACIÓN ACADÉMICA:

ÁREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:

CARGO ACTUAL:

TIEMPO:

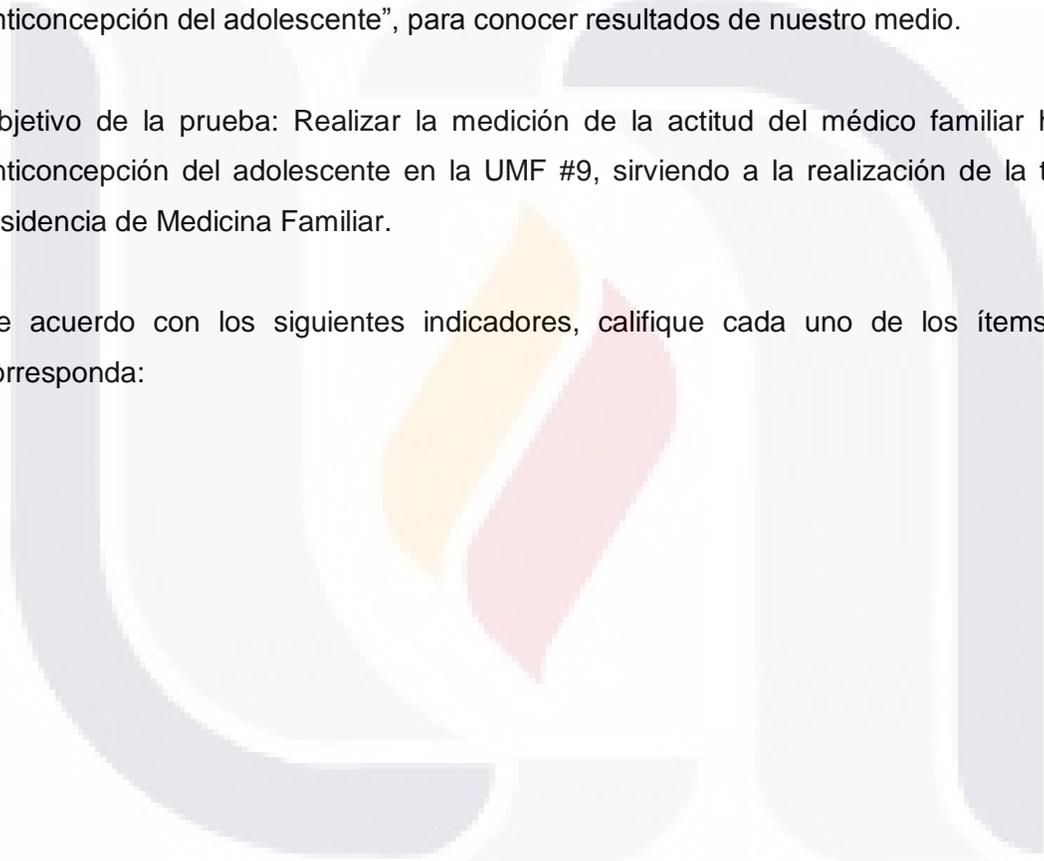
INSTITUCIÓN:

Objetivo de la investigación: Identificar la actitud del médico familiar hacia la anticoncepción del adolescente a través del modelo teórico de la acción razonada en la UMF #9.

Objetivo del juicio de expertos: Validar el contenido de la prueba diseñada por los investigadores y obtener la opinión informada de personas con trayectoria, reconocidas como expertos, acerca de si los ítems del instrumento de medición propuesto, son relevantes y representativos del constructo “actitud del médico familiar hacia la anticoncepción del adolescente”, para conocer resultados de nuestro medio.

Objetivo de la prueba: Realizar la medición de la actitud del médico familiar hacia la anticoncepción del adolescente en la UMF #9, sirviendo a la realización de la tesis de residencia de Medicina Familiar.

De acuerdo con los siguientes indicadores, califique cada uno de los ítems según corresponda:



CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
<p>SUFICIENCIA</p> <p>Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel 	<p>Los ítems no son suficientes para medir la dimensión</p> <p>Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total</p> <p>Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente</p> <p>Los ítems son suficientes</p>
<p>CLARIDAD</p> <p>El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No cumple 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel 	<p>El ítem no es claro</p> <p>El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.</p> <p>Se requiere una modificación muy específica de alguno de los términos del ítem</p> <p>El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.</p>
<p>COHERENCIA</p> <p>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel 	<p>El ítem no tiene relación lógica con la dimensión</p> <p>El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión</p> <p>El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo</p> <p>El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo</p>
<p>RELEVANCIA</p> <p>El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel 	<p>El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión</p> <p>El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.</p> <p>El ítem es relativamente importante</p> <p>El ítem es muy relevante y debe ser incluido</p>

Dimensión	Ítem	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Observaciones
Creencia	1					
	4					
	6					
	7					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
	14					
	15					
	16					
	17					
	18					
	22					
	34					
35						
36						
Norma subjetiva	2					
	3					
	19					
	24					
	25					
	26					
	27					
	28					
	29					
39						
Intención	de	5				

acción	
	8
	20
	21
	23
	31
	32
	33
	38
	40
Motivación para complacer	30
	37

¿Hay alguna dimensión que hace parte del constructo y no fue evaluada?

¿Cuál?

