



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE CIENCIAS

Escala de Percepciones y Actitudes para  
Prestadores de Servicios de Salud Pública sobre  
aspectos asociados al embarazo y la sexualidad de  
las y los adolescentes

REPORTE DE TRABAJO  
PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ACTUARIA

P R E S E N T A:

CINTYA CARRIÓN HERNÁNDEZ

DIRECTOR:

DR. VÍCTOR MANUEL GARCÍA GUERRERO

2017





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Hoja de datos del jurado

Datos del alumno	
Apellido Paterno:	Carrón
Apellido Materno:	Hernández
Nombre (s):	Cintya
Teléfono:	55 27 31 61 82
Universidad Nacional:	Universidad Nacional
Autónoma de México:	Autónoma de México
Facultad de Ciencias:	Facultad de Ciencias
Carrera:	Actuaría
Numero de Cuenta:	099067320

Datos del Tutor	
Grado:	Dr.
Nombre(s):	Victor Manuel
Apellido Paterno:	García
Apellido Materno:	Guzmán

Datos del Sindical 1	
Grado:	Dña.
Nombre(s):	Laura Elena
Apellido Paterno:	Gloria
Apellido Materno:	Hernández

Datos del Sindical 2	
Grado:	Dña.
Nombre(s):	Mirna
Apellido Paterno:	Hebrero
Apellido Materno:	Martínez

Datos del Suplente 1	
Grado:	M. en D.
Nombre(s):	Eliana
Apellido Paterno:	Meneses
Apellido Materno:	Mendoza

Datos del Suplente 2	
Grado:	Dr.
Nombre(s):	Mauricio
Apellido Paterno:	Rodríguez
Apellido Materno:	Abreu



#### AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Un profundo **agradecimiento** desde el corazón a los principales actores que hicieron que este trabajo, por fin, concluyera:

Los prestadores de servicios de salud, que sin saberlo, son la pieza fundamental del análisis de este reporte, por plasmar sus percepciones y actitudes en cada instrumento de recolección de información.

A la institución que me ha cobijado y en la cual he re re aprendido y construido: Mexfam.

Por la paciencia y la confianza de que un día iba a concluir este trabajo, que bueno que no me abandonaste Víctor Manuel.

Tu formación, ese transmitir de... todo... tu paciencia, tu confianza, tu empuje, me has reconstruido Doroteo, te quiero demasiado.

Un voto de confianza, como ella dice, es lo que ocupe para estar en este proyecto. Paciencia, enseñanza y más paciencia, de ti para mi Lorena.

Como ejemplo de lo profesional y como trampolín, sin si esto no hubiera sido posible Mauricio.

A ellas que sin conocerme aceptaron formar parte de esto, sinodales: Laura, Mirna y Elvira. Excelentes aportaciones a este trabajo.

Una excelente oportunidad para **dedicarles** un pedacito de este trabajo a las personas que de alguna u otra manera han sido parte fundamental de toda mi vida:

Mi familia, a mis padres, Beatriz y Raúl, por haber formado con tanto amor a esta mujer, por nunca exigir más lo que corresponde y simplemente por dejarme ser libre, ese apoyo incondicional y ese dar a manos llenas, son acciones que marcan mi vida y quedan plasmados en trabajos como este. Una hermana que con el sólo hecho de ser y estar, vive en mi corazón, esto también es tuyo Betty. Una mirada profunda llena de amor incondicional por ver al otro alcanzar metas y realizar sueños, esa mano que nunca me soltará, con mucho amor para mi to Luis.

Los amigos de vida con los que he crecido y también he decrecido, que nos hemos apoyado y nos hemos zapeado, que hemos reído y hemos llorado como unos bebés, segura que sin ustedes hubiera terminado antes este trabajo, porque me distraen mucho (jajaja pero yo me despi), no cambio nada de lo vivido y aunque a veces hasta los desconozco, los amo: Paulina, Adriana, Isaac y César.

A ti que me sacas canas verdes, que nadie entiende por qué te quiero tanto y tú a mí, sensible, vulnerable, luchador incansable, mi más peludo amigo que tampoco, creo, perdiste la esperanza que lo lograría: Francisco.

Los actuarios, los raros, los obsesivos compulsivos, los perfeccionistas, sí, los colegas con los que he compartido trastornos que sólo nosotras y nosotros entendemos, cada uno de ustedes ha aportado a mi vida personal y profesional, gracias por compartir y por estar: Jessi, Mau, Kika y Cas. Y las nuevas generaciones que ya estamos construyendo puentes de vida y profesionales y tan actuarios y tan raros... y tan todo lo anterior: Esa, Dulce y Oscar, me hicieron y me hacen muy feliz.

Mis compañeras y compañeros de Mexfam, que cada uno desde su trinchera, siempre me aportan, por sus riñas, por la convivencia y por hacer de este "trabajo" un verdadero goce por el cual además nos pagan: Donato, Luisa, Lorea, César, Angélica y Eranzi. Y porque ellas exigieron que mi trabajo fuera más digerible y que yo fuera más flexible, como les dije, al final las amo y me aman: Solemn, Karla, Anabel y Fanny. Total y absolutamente este informe es suyo, porque todas y todos en algún momento me escucharon mentar madres y emocionarme con los resultados obtenidos o que tal cuando creí que había medido las cuatro palatas y al final lo salvamos Lore (Masuata).

Sin ti Pamela, nada de esto estaría sucediendo, te quiero mucho y esto es tuyo también, hijos de ti, pero en mi corazón siempre.

Mujeres que me acompañan, me dan fuerza y me muestran mis lados más vulnerables, sin caminar a su lado, la culminación de este trabajo jamás hubiera sabido igual, las amo profundamente: María Fernanda, Tania, Martha, Lizbeth, Sílvia y Rocío.

Los que nunca se ven pero ahí están todos los días, apoyando a las chamacas y chamacos con asesorías, ellos me dieron la oportunidad de crecer en su espacio, con paciencia y confianza en mi trabajo, por el cariño, por el involucramiento y apoyo con nuestras familias, sobre todo por recordarme todos los años que debía cerrar este ciclo: Roxana y Carlos, los quiero demasiado.

Tres cómplices directos con este informe que me apoyaron con investigaciones, revisión de redacción, apoyo emocional, profesional y moral, desveladas y aunque entre ustedes no se conocen, gracias infinito por esto: Zorayda, Eranzi y Edgar.

El penúltimo párrafo especialmente dedicado a los que no están hoy en mi vida por elección, por que los caminos van a distintos rumbos, por no ser compatibles pero que sí agradezco su paso en estas etapas de mi vida porque formaron parte de ella, sigamos haciendo lo propio, pero en la distancia: Karla, César y Sofía.

Y termino de escribir los agradecimientos y dedicatorias reafirmando lo afortunada que soy en tenerlos y tenerlos a todas y todos ustedes porque con su apoyo de vida y de momentos he cerrado este ciclo que parecia que nunca se iba a cerrar.

Mis amores pasajeros que sin la locura compartida de explotar en instantes mágicos, este cierre nunca sabría igual, rompiendo esquemas, paradigmas por el puro placer de sentir y vivir, gracias.

Benedicida por mi Madre y mi Padre Celestiales que sin su Asistencia y su guía esto no sería perfecto, solamente que no se crean tanto este choro mareador porque nunca olviden que ..."Nada es cierto y la Nada existe"...

||| GRACIAS!!!





Tabla de contenido

I. Introducción .....	11
II. Marco Conceptual .....	13
2.1 Antecedentes del estudio .....	13
2.2 Actitud y Percepción .....	16
2.3 Adolescencia .....	17
2.4 Sexualidad .....	18
2.5 Género .....	20
2.6 Corresponsabilidad .....	22
III. Objetivo general .....	24
IV. Metodología .....	25
4.1 Consideraciones para la interpretación del Análisis Estadístico .....	25
4.2 Construcción del Instrumento: primera y segunda etapa .....	28
4.3 Prueba Piloto: Tercera etapa de la construcción del instrumento .....	30
4.3.1 Resultados de la prueba piloto .....	31
4.4 Descripción del instrumento final .....	35
4.5 Tamaño y selección de la muestra .....	36
4.5.1 Clasificación de la muestra para el análisis de los resultados .....	37
V. Análisis de los resultados .....	40
5.1 Perfil de los prestadores de servicios de salud .....	40
5.2 Análisis de porcentajes independientes y por dimensiones temáticas .....	44
5.2.1 Análisis por dimensiones temáticas .....	44
5.2.2 Análisis de las distribuciones porcentuales por afirmación .....	47
5.2.3 Análisis de puntaje .....	50
5.3 Análisis de confiabilidad por tipo de personal: acceso y atención .....	51
5.4 Análisis de confiabilidad por tipo de Centro de Salud: T2 y T3 .....	52
5.5 Análisis de confiabilidad global .....	53
VI. Consideraciones finales .....	55
VII. Bibliografía .....	57
VIII. ANEXOS .....	60



## I. Introducción

En décadas recientes el interés por el tema de la sexualidad y sobre todo del embarazo entre adolescentes ha atraído la atención de todos los sectores involucrados e interesados en el tema con esta población. El objetivo del presente estudio es validar una escala de medición de las percepciones y actitudes que el personal de los servicios de salud pública tiene sobre la sexualidad y el embarazo de las y los adolescentes (Instrumento CAP-A).

Si bien, la calidad en la atención en Salud Sexual (SS) y Salud Reproductiva (SR) que se brinda en los servicios de salud pública a las y los adolescentes está compuesta de varios elementos, el Instrumento CAP-A se pretende sumar a dichos elementos como un instrumento validado estadísticamente con el fin de que mida un mismo aspecto: las percepciones y actitudes que los prestadores de servicios de salud (PSS) tienen sobre la sexualidad de las y los adolescentes. También dicha escala, provee de los elementos necesarios en la toma de decisiones para la planeación de intervenciones (procesos de sensibilización y capacitación al personal de salud) adecuadas a los resultados provistos por esta herramienta y acorde a la especificidad de la población a la que va dirigido.

Este reporte de trabajo profesional forma parte de los trabajos de investigación de la operación del proyecto "Modelo Innovador de Investigación Operativa de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para la prevención del embarazo no deseado en adolescentes" financiado por la International Planned Parenthood Federation (IPPF). Este proyecto se desarrolló en colaboración con los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal establecido, ante jurídico y firmado en el convenio 02/15 A Foja dos el 05 de febrero de 2015.

Es importante aclarar que, en estricto cumplimiento del convenio, dicha colaboración obliga a Mexfam a garantizar la confidencialidad y anonimato de la población de estudio así como de la demarcación geográfica en la que se llevo a cabo. En ese sentido, los datos y resultados aquí presentados solo refieren a la demarcación política trabajada de manera más amplia "Una delegación" en la Ciudad de México, y de sus correspondientes unidades de salud. La autoría de la escala y sus resultados son derechos reservados de Mexfam.

En la primera parte de este estudio se revisa el marco teórico. Dicho marco da lugar a la definición de cuatro dimensiones de análisis relativas a la SS y la SR de las y los adolescentes. Estas definiciones incluyen las manejadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las voces de los expertos en el área.

En la segunda parte se hace un recuento de todo el proceso de consolidación del instrumento CAPA en centros de salud de una delegación de la Ciudad de México, desde los aspectos metodológicos rigurosos hasta la unificación de criterios en materia estadística, por lo que los resultados podrían no ser representativos de otras regiones del país. Sin embargo, este estudio representa una aproximación innovadora y original ya que, en ciertos resultados no existen investigaciones previas ni literatura sobre el manejo e interpretación de dichos resultados, si no que es a partir de las bases de la estadística que se puede fundamentar los resultados de los procesos metodológicos implementados.

Los resultados que se presenta en el cuerpo de este documento, además de lograr el objetivo de este estudio, consisten en un análisis global del coeficiente de consistencia interna superior a 0.90, señalan que el instrumento es bueno para fines de investigación. Asimismo, los resultados también representan un diagnóstico de las percepciones y actitudes de los PSS, que podrían orientar futuros procesos de sensibilización y/o capacitación con el fin de sumar a mejorar la calidad de la atención brindada a las y los adolescentes en los servicios de salud pública.

En conclusión, este estudio más allá del diseño del instrumento, su aplicación y resultados, se pretende que forme parte de la solución a la problemática social de la sexualidad y la reproducción en las y los adolescentes. Buscando alertar a investigadores, autoridades y sociedad en general a profundizar en el tema y promover la prevención del embarazo en este grupo etario, que ya en este momento cuenta con índices alarmantes.

## II. Marco Conceptual

En el presente estudio se pretenden medir las percepciones y actitudes que tienen los prestadores de servicios de salud (PSS) en relación a los servicios brindados en atención en salud sexual (SS) y la salud reproductiva (SR) de las y los adolescentes (10 - 19 años)<sup>1</sup> referente a la sexualidad, construcción de género y corresponsable en el proceso del ejercicio de la sexualidad.

Esta medición se realizó mediante un instrumento conformado por una escala de percepciones y actitudes, tipo Likert, a través de la cual se pretende vincular, orientar, conceptualizar y contextualizar sobre las variables que dan lugar a la definición de las cuatro dimensiones de análisis de dicho instrumento. Estas cuatro dimensiones de análisis son: percepción de la adolescencia, sexualidad, estereotipos de género y de corresponsabilidad, y están conformadas a su vez por ejes temáticos. Para la primera son adultismo, tutelaje y uso de métodos anticonceptivos; en la segunda, la heteronormatividad, el amor romántico y los derechos sexuales y reproductivos; en la tercera y cuarta quedan implícitos los estereotipos de género y los PSS como agentes de la Educación Integral en sexualidad del adolescente.

La escala Likert en el estudio está construida con enunciados tipo afirmaciones como un aproximado de actitudes y percepciones que los PSS pudieran tener referente a los aspectos asociados al embarazo y la sexualidad de las y los adolescentes.

### 2.1 Antecedentes del estudio

Este estudio tiene como antecedentes investigaciones cualitativas y cuantitativas o una combinación de ambas. Las primeras han buscado desentrañar lo que se expresa en el discurso con las prácticas que realiza los PSS al atender a la población adolescente. Las investigaciones cuantitativas muestran las técnicas utilizadas cuando se trata de medir actitudes y percepciones de cualquier población en cualquier tema. A continuación se citan las principales investigaciones que de alguna manera, se convirtieron en el marco de este estudio.

Uno de los estudios cualitativos fue desarrollado en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con base en el análisis de los registros escritos de los discursos de diversos profesionales de la salud que impartían un diplomado en educación perinatal (Sapién y Córdoba, 2011). Este estudio mostró que las ideas y conocimiento del personal de salud son cultivados con prejuicios del sentido común y sesgos sexistas acerca de la sexualidad y el embarazo.

<sup>1</sup> Según la Organización Mundial de la Salud y la Norma Oficial Mexicana para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad (NOM-007-SSA3-2013) este grupo etario de 10 a 19 años corresponde a las y los adolescentes.

En otra investigación de índole cualitativa de la Escuela de Salud Pública de la Habana, Cuba (García y Díaz, 2010), se encontró que el valor de las representaciones socioculturales para aportar nuevo conocimiento sobre las condiciones y respuestas sociales involucradas en el proceso de atención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud, tomando en consideración a diferentes actores sociales involucrados.

Las anteriores investigaciones abordaban los significados o representaciones sociales, en las cuales se identifica la importancia de lo que expresa el PSS en torno a las prácticas sexuales durante la adolescencia, el patrón cultural de género y su responsabilidad compartida al enfrentar la problemática del embarazo adolescente.

Entre las investigaciones que utilizaron métodos mixtos se tiene la desarrollada en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. En esta investigación se diseñaron y validaron dos escalas para medir actitudes de los adolescentes hacia la alimentación y actividades físicas. El estudio incluyó la participación de 188 alumnos de educación secundaria para medir la validez de contenido, la comprensibilidad, la adecuación, la fiabilidad y la validez de constructo. La validez de contenido fue medida cualitativamente utilizando un panel Delphi online con 40 expertos para la selección y construcción de las afirmaciones en las escalas. Para la comprensibilidad de las escalas se aplicó un pretest a 21 adolescentes realizando un análisis descriptivo de las categorías consideradas para su evaluación. La fiabilidad fue determinada mediante la prueba de Alpha de Cronbach, la validez de constructo con un análisis factorial exploratorio, y, la adecuación de la muestra mediante la aplicación de la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de Esfericidad de Bartlett. Los resultados cuantitativos dieron cuenta de la carencia del rigor metodológico en su ejecución debida al tamaño de muestra insuficiente, sobre todo para los métodos de la validez de constructo y la adecuación de la muestra, ya que según la regla propuesta por diversos autores se deben tener 10 sujetos por el número de afirmaciones que componen la escala (Lima-Serrano *et al.*, 2012).

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá<sup>2</sup>, dentro del marco para la generación del conocimiento específico sobre algunas condiciones que rodean al embarazo de las adolescentes, dio forma a la propuesta de los trabajos que bajo la mirada de diferentes ciencias, se presentaron en el libro *Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos* (UNFPA, 2008). Dicho libro estuvo conformado por seis investigaciones, cuyos principales objetivos fueron: compartir y divulgar ampliamente la serie de significados y sentidos recabados por las investigaciones, la sistematización y la evaluación sobre la interpretación del embarazo en la adolescencia y el modo como lo asumen quienes están involucrados.

Dentro de los seis trabajos de investigación<sup>3</sup>, se encuentra el titulado "Significados, actitudes y comportamientos del personal de servicios de salud de Bogotá sobre la sexualidad adolescente", (Vargas, Pavajeau, Riaño, Bernal y Tala, 2008) la cual se inscribe en la perspectiva socio constructivista, aproximándose desde un enfoque cualitativo a los significados, actitudes y comportamientos del personal de servicios de salud sobre sexualidad, ejercicio sexual, embarazo, maternidad y paternidad de adolescentes y jóvenes en cinco localidades de Bogotá. En dicha investigación se utilizaron como técnicas de recolección de información el teatro invisible, entrevistas, grupos focales y la escala de Likert. Entre los principales hallazgos se encuentran que los PSS llevan sobre sí mismos el peso del entorno social donde crecieron, así como sus experiencias vitales, las cuales emergen en la relación interactiva establecida en la consulta, especialmente, cuando se trata de la sexualidad.

Se consideró a esta investigación como el mayor referente para llevar a cabo este estudio en México, sobre todo por la definición de las dimensiones de análisis, sus ejes y por lo tanto las afirmaciones que conforman la escala diseñada para este estudio.

<sup>2</sup> En el marco de las acciones para garantizar derechos, la SDS en alianza con el Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), establecieron un convenio (0802008-2011) SDS/UNFPA de cooperación para realizar "Acciones de promoción de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y Sin Daños (SDS) y Sin Daños (SDR)"; con énfasis en la prevención de embarazo en adolescentes en Bogotá.

<sup>3</sup> 1. Bogotá: gestión del conocimiento para el manejo del embarazo adolescente. 2. Afirmaciones y los significados de paternidad, maternidad y embarazo adolescente en contextos de desplazamiento. 3. Significados, actitudes y comportamientos del personal de servicios de salud de Bogotá sobre la sexualidad adolescente. 4. Barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva en Bogotá. 5. Mobilización social por las ciencias sexuales y reproductivas en Bogotá. 6. Evaluación ex post de la estrategia de comunicación "que tu primer amor sea el amor propio".



## 2.2 Actitud y Percepción

Hablar de actitudes hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, convencionalmente denominado objeto de actitud, es decir, evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas (Eagly y Chaiken, 1998; Petty y Wegener, 1998 en Bifulco, Falco, y Becerra, 2007).

Una definición clásica de actitud es la establecida por Allport, que la consideraba 'un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones' (Allport, 1935, en Urbilós, Myrdomo, y Paez, 2004). Así mismo, esta definición plantea ya algunas características centrales de la actitud (Valencia, 1994 en Urbilós et al., 2004): a) es un constructo o variable no observable directamente; b) implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conductivos; c) tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción, aunque no se debe confundir con ella; y también influye la percepción y el pensamiento; d) es aprendida; e) es perdurable; y f) tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado.

Por otra parte, Eagly y Chaiken (1993) proporcionaron la que puede ser la definición más convencional y contemporánea: una actitud es una tendencia psicológica que se expresa al evaluar una entidad particular con algún grado de aprobación y desaprobación (Albarracín, Johnson, Zanna, y Kumala, 2004).

Por otro lado, la percepción es algo que comprende tanto la captación de las complejas circunstancias ambientales como la de cada uno de los objetos. Si bien, algunos psicólogos se inclinan por asignar esta última consideración a la cognición más que a la percepción, ambos procesos se hallan tan íntimamente relacionados que casi no es factible, sobre todo desde el punto de vista de la teoría, considerarlos aisladamente uno del otro (Allport, 1974 en Vargas Melgarejo, 1994).

Definir si la percepción es o no un tipo de conocimiento, es una cuestión para posteriores discusiones. No obstante, la caracterización que se ha hecho de ella tiene aspectos cuestionables e, incluso, algunos de ellos no pueden ser sostenidos a la luz de constataciones recientes.

Uno de los aspectos que ha sido privilegiado en los estudios tanto psicológicos como filosóficos sobre percepción es el de la elaboración de juicios, que se plantea como una de las características básicas de la percepción. La formulación de juicios ha sido tratada dentro del ámbito de los procesos intelectuales conscientes en un modo íntel en donde el individuo es estimulado, tiene sensaciones y las intelectualiza formulando juicios u opiniones sobre ellas, circunscribiendo a la percepción en el ámbito de la mente consciente.

La percepción no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social (Vargas Melgarejo, 1994).

Para este estudio, se construye, a partir de las dimensiones de análisis enunciadas tipo afirmaciones en la que cada una de ellas plasma alguna actitud o percepción como construcción social en tres sentidos: desde la persona, con el adolescente y con el entorno de ambos.

### 2.3 Adolescencia

Para ampliar la mirada sobre lo que se podría entender como "adolescencia" es necesario tener presente que la adolescencia es más que una cuestión de edad y que existen diversas formas de ser adolescente. Ello implica la percepción del periodo en que, por lo general, se tiene el primer contacto sexual, pero también se construye una identidad y sus interrelaciones con otros y consigo mismo(s) y que también a partir de un cuerpo biológico se hacen interpretaciones culturales sobre lo que debe o no ser y hacerse en la adolescencia.

Por otra parte, la definición de adolescencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS): "etapa por la que transcurren aquellas personas que están entre los 10 y 19 años", nos remite a la edad como el atributo principal para definir el periodo, estableciendo inicio (10 años) y final (19 años); por lo cual, la adolescencia es definida como "etapa" de la vida o del desarrollo de las personas, ubicada como etapa de "transito" o "paso" entre la niñez y adultez.

De esta manera la edad no puede considerarse como único atributo para definir a la adolescencia, sobre todo si se va a abordar lo referente a su SS y su SR y el entorno en el que las ejercen. En dicho rango de edad, las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, así como las del desarrollo psíquico, emocional y del entorno también son sumamente heterogéneas.

Asimismo, parece que las y los adolescentes son una especie de "tierra social de nadie"; por un lado, se les considera como personas adultas para ciertas cosas y para otras, ritos o ritos; y hasta recordar algunas expresiones en las que se ubica a la(e) adolescente como una persona "incapaz", "irresponsable" o "que no sabe".

La percepción de incapacidad o de punza (inocencia) que tienen las personas adultas sobre las y los adolescentes (adulterio), están basadas en argumentos de un proceso de desarrollo. Sin embargo, estas percepciones no son exclusivas del mundo adulto, sino que existen en el propio grupo de adolescentes. Es decir, que no hay una definición clara de lo que implica ser adolescente y que se irá construyendo a partir de los grados de madurez alcanzados por cada individuo.

## 2.4 Sexualidad

Diversas son las definiciones sobre *sexualidad* así como los autores que discuten los conceptos. Más allá de construir una definición sobre la sexualidad, la intención es llevar a la reflexión las que se consideraron como principales variables para definir a ésta como una dimensión de análisis de las interacciones entre PSS y adolescentes, así como los ejes temáticos de las mismas (heteronormatividad, amor romántico, derechos sexuales y derechos reproductivos).

Las tres aproximaciones para estudiar a la sexualidad a través de los diferentes andamiajes teóricos son: la biologicista, la matriz cultural y la construccionista<sup>4</sup>. El enfoque que permite definir a esta dimensión en el establecimiento de la relación entre actores sociales y la intersubjetividad implícita en el concepto, es el construccionismo social.

El enfoque de construccionismo social, permite incorporar las relaciones sociales, como la que existe entre mujeres y hombres (sexo y género), dando lugar a jerarquías y, por ende, a relaciones de poder: "Las relaciones, particularmente las vinculadas con raza, género y clase adquieren significado para definir comportamientos sexuales" (Weeks, 1998:177).

Es necesario no dejar de lado las relaciones de dominación ya que son elementos que se mantienen invisibles, que en el lenguaje se transparencian, en la cotidianidad, en el gesto más simple y en el más complejo; para así comprender el orden simbólico de la sexualidad en un mundo donde el dominio ha sido masculino, tanto en lo público como en lo privado. En la ciencia, en las instituciones y en la religión, el dominio masculino queda implícito. Históricamente la sexualidad, de acuerdo con la época y las consideraciones culturales de la misma, no es una cosa que se puede poseer sino que se manifiesta a través de relaciones de poder (Foucault, 1978).

Por otra parte, la sexualidad es una construcción social porque es histórica, cambiante y definible en un contexto cultural que está pensada en el mundo de lo imaginario (Melinio, 1995). "Las implicaciones sociales y simbólicas en la sexualidad de los sujetos, se inscriben en el cuerpo, en lo simbólico, en los usos sociales, ya sea cuando nos referimos a la sexualidad propia o a la de otros, en la sexualidad se establecen comportamientos, prácticas y hábitos que involucran al cuerpo y también a las relaciones sociales" (Szasz, 1996:11).

<sup>4</sup> La construccionista sostiene que la sexualidad no es ni una fuerza del poderista que se destaca en imponer los constructivismos culturales, ni un impulso natural inherente en todos los individuos, que deba ser canalizado por la sociedad (Córdoba, 2003).

Con el fin de ubicar a la sexualidad integralmente, en un marco de análisis específico, tanto en las políticas en materia de SD y SR, como en lo que expresan los individuos al hablar de sexualidad, es necesario, además de la comprensión de la construcción social, analizar lo interpretado como sexualidad integral.

En un esfuerzo por llegar a un consenso internacional la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la sexualidad como:

[...] Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se viven o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

De esta primera definición el eje está centrado en la persona, ya que, de cierta manera, la responsabilidad de su bienestar y felicidad. Si bien la vivencia de la sexualidad es personal, está influida y dinamizada por elementos sociales del contexto. Esta definición se pudiera quedar corta en cuanto al involucramiento de la corresponsabilidad de otros actores e instituciones en la construcción de la sexualidad, así como en las condiciones sociales que generan relaciones asimétricas de poder entre hombres y mujeres y que acercan las desigualdades de género.

Es entonces que se comprende, la visión de la sexualidad no individual sino social, influida por los momentos históricos y las relaciones de poder, donde predomina la constitución obligatoria de los sujetos en dos géneros; y que se ve influenciada por la clase social a la que se pertenece. En la actualidad, diferentes autores hablan del carácter social o construido de la sexualidad, por lo que, desde ese ámbito, se ubica la segunda definición del Sociólogo e historiador Jeffrey Weeks:

La sexualidad no es homogénea ni estática, es el resultado de fuerzas históricas y sociales que incluye una diversidad de posibilidades, no solo biológicas, sino también mentales, de diversidad genérica, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos y fantasías que sólo adquieren significado en la interacción de las relaciones sociales y en aquellas que se tienen con el propio cuerpo (Weeks, 1998).

Esta definición destaca el dinamismo, no como una identidad fija, sino variable, y con diversidad de significados, experimentada y expresada en el marco de las relaciones de poder y de género. Por lo tanto, desiguales y diferentes según el momento y contexto social en el que se desarrollen. (Abbott et al., 2005, citado en Sosa, 2013; Rubin, 1989; Vance, 1992; Weeks, 1998). Hablar de sexualidad implica hablar de derechos, de decisiones sobre el propio cuerpo, de límites y de ciudadanía, por ello todo el mundo quiere opinar al respecto.

Lo importante es dejar claro que esta base de la dimensión, que actualmente se conoce como sexualidad, no siempre ha tenido ese significado, es heterogénea, no universal, es cambiante y toma diversos signos en función de los contextos sociales en los que se desarrolla. Si bien se reconoce su base biológica no se parte de ésta para su definición sociológica, pues sería un error asociarla al cuerpo o al sexo, al instinto o al impulso biológico. (Mirrello, 1998; Foucault, 2011; Weeks, 1998).

Aunado a lo anterior, también existen diversos discursos respecto a la sexualidad —acusa de qué es lo que debemos o no hacer con nuestros cuerpos— que intentan regular nuestras prácticas sexuales. Esta multiplicidad de voces y discursos contienen mensajes que en ocasiones son contradictorios. Algunos de los discursos existentes están basados en prejuicios<sup>1</sup>, moralidad, desconocimiento o conservadurismo, y están alejados de aquellos que se basan en el ejercicio de derechos. Lo anterior puede generar incertidumbre y más prejuicios con respecto a qué hacer, a qué no o a cuál discurso hacer caso.

En conclusión el ejercicio de la sexualidad es multifactorial y siendo un derecho debe conservar su individualidad a pesar de encontrarse dentro de las prácticas sociales que en ocasiones son impuestas y no razonadas.

## 2.5 Género

La categoría de género obliga a conceptualizar el cómo se viven las relaciones sociales entre las personas. La comprensión de cada sujeto es a partir de una primera clasificación: ser mujer u hombre. Esta condición biológica construye una identidad genérica dándole significados propios de la cultura en la que se vive. Es entonces que los comportamientos, prácticas y discursos de cada persona se construyen individual y colectivamente.

Los estereotipos de género (reglas o normas de género) a los cuales se podrían definir como un sistema normativo y político que crea y estructura las relaciones sociales entre mujeres y hombres se aprenden desde la infancia y la adolescencia asumiéndolas como parte de la identidad. Es entonces que el PSS, objeto central de este estudio, que independientemente de su profesión, lugar de trabajo y entorno socio cultural manifiesta en actitudes lo que se le ha construido con relación al "ser hombre" o "ser mujer".

A la asignación genérica a partir del sexo biológico se le denomina sistema sexo-género; definido como el conjunto de disposiciones por el cual una sociedad transforma los aspectos biológicos de la sexualidad en productos sociales de la actividad humana (Rubin, 1998), colocando en una condición de desigualdad y de desventaja social a las mujeres y a todo aquello asociado a lo femenino.

<sup>1</sup> Es un juicio o criterio moral que tiene una persona que le lleva a tener una actitud infundada, de reserva o de rechazo, ante algo o alguien; discriminada a priori como mala o reprochable, desde costumbre, comportamiento o determinación personal.

De esta forma, la regulación y transformación de las relaciones sociales y del cuerpo de mujeres y hombres se hace mediante prescripciones y prohibiciones concebidas como normas o reglas de género. El género da cuenta de los procesos sociales que condicionan las desigualdades entre mujeres y hombres; así como de la constitución de sus relaciones sociales como entes ajenos, distantes y diferentes.

En términos muy generales, las normas o reglas de género regulan los comportamientos de mujeres y hombres, en relación al deber ser, al deber hacer y cómo relacionarse entre mujeres y hombres por el hecho biológico de serlo. A partir del establecimiento histórico de estas normas, las sociedades han definido "formas" sobre las cuales establecen políticas, leyes, tratados, etc.: en los últimos tiempos se ha observado una tendencia que implica que toda acción debe observarse con "perspectiva de género".

Estos estereotipos de género, asociados a "ser mujer" y a "ser hombre" adolescente, influyen sobre la prestación del servicio de SS y SR, es decir, es importante saber en qué medida dichos servicios se ofrecen de forma equitativa sin que el ser mujer o el ser hombre sesgue la atención a las y los adolescentes.

Para ejemplificar lo anterior imaginemos una situación típica: una pareja de adolescentes que afronta la decisión de tener relaciones sexuales. El presión, seduce, manipula, condiona para tener relaciones sexuales porque "no se aguantará más". Ella tiene dudas y le preocupa un eventual embarazo, pero como siente que él es "el hombre de su vida" y ha sido educada con poca información e incorporado a su vida actitudes pasivas y dependientes, no tiene herramientas suficientes para negociar con su pareja tanto el inicio de las relaciones sexuales como el uso de métodos anticonceptivos. Este ejemplo sencillo nos muestra cómo ciertos imaginarios de género pueden influir en el embarazo no planeado, lo cual perjudica, especialmente, a las adolescentes.

Dichos imaginarios del género están presentes en casi todas las personas, por lo que se incluye a las y los PSS que por lo tanto pueden reflejar estas condiciones en la atención de SS y SR que se brindan a las y los adolescentes.

Hasta ahora se ha discutido y reflexionado sobre aspectos relacionados a la sexualidad y los estereotipos de género. En especial el efecto que tienen sobre la SS y SR de la población adolescente, aunque no de forma exclusiva, ya que estos aspectos también influyen en otros agentes del proceso como pueden ser los PSS, creándose una corriente de mutua influencia. Sin embargo, en cuanto a la prevención de embarazos en la población adolescente, existe un conjunto de actores sociales que tienen un papel fundamental en la interacción de estas dimensiones produciendo un fenómeno que involucra a todos los actores, adolescentes, PSS y sociedad en general.

## 2.6 Corresponsabilidad

En un proceso tan complejo como lo es el embarazo en la adolescencia, se hace indispensable identificar a las personas que a través de su trabajo se transforman de actores responsables en corresponsables de la prevención del embarazo temprano y de la generación de salud y de prevención de enfermedades.

En el artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se reitera el derecho de toda persona, independientemente de su edad, a decidir de manera libre, responsable e informada sobre su comportamiento reproductivo. El sistema de salud pública<sup>4</sup> es una de las principales instancias responsables de garantizar la realización de tal derecho. Entonces, es compromiso del Estado laico mexicano en materia de SS y SR, la prevención de embarazos no planeados o deseados en la población adolescente.

Esta corresponsabilidad recae en las instituciones de salud y por ende en el personal que labora en dichas instituciones y que de una u otra manera tiene algún contacto con los adolescentes, pues éste debe asumir el ejercicio de sus derechos y utilizar los servicios amigables<sup>5</sup>, los cuales han de ser de calidad, contar con una adecuada infraestructura, abasto de métodos anticonceptivos y PSS sensibilizados para atender sus necesidades<sup>6</sup> (ISA, 2007).

En México, según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, de todas las mujeres entrevistadas, 15.4% son mujeres de 15 a 19 años de edad<sup>7</sup>. Dentro de estas mujeres adolescentes, 17.8% han estado embarazadas alguna vez, y el 4.4% estaban embarazadas al momento de la encuesta, se identifica al embarazo en la etapa adolescente como un problema de salud pública, ligado a la desigualdad económica, de género, al acceso a una educación integral en materia sexual y a la opción de métodos anticonceptivos.

<sup>4</sup> El Sistema Nacional de Salud es el órgano público responsable de garantizar la prevención y atención en salud de toda la población mexicana, incluyendo a la adolescencia. Si bien en materia de salud pública en general, incluyendo la salud sexual y la salud reproductiva. En México, el sistema de salud está dividido por la Secretaría de Salud (SS) que es la instancia reguladora del sector y que brinda atención a la población en general y principalmente a la no asegurada, está dividido en segmentos mediante el Seguro Popular, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que atiende a la población trabajadora y estudiantes asegurados, así como a pensionados; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que atiende a las y los trabajadores del estado; los Servicios médicos de Pemex, que ofrecen atención de salud a las y los trabajadores de la petrolera; por los Servicios médicos de SEDENA, los cuales garantizan la atención en salud de las(os) trabajadoras de la Secretaría de Defensa y los Servicios médicos de SEDENA para atender a las y los trabajadores de la Secretaría de Marina.

<sup>5</sup> Los servicios amigables deben ser espacios que favorezcan una atención integral en salud sexual y salud reproductiva, principalmente la prevención de embarazos no planeados, las infecciones de transmisión sexual (ITS), donde se reconozca la violencia basada en género (ISA, 2007) e espacios que ofrezcan servicios en las unidades de primer nivel de atención de los servicios de salud, de igual importancia de que sean espacios que promuevan la atención preventiva y la educación para la salud.

<sup>6</sup> Para el personal y principalmente el médico en las instituciones de salud reproducen el modelo médico hegemónico donde la atención corren predominantemente y es poco lo que se hace en materia de prevención.

<sup>7</sup> La aplicación de la encuesta fue a partir de los 15 años de edad. El grupo de 10 a 14 años fue excluido de la encuesta.

El profesional de la salud, como sujeto social, elabora un tipo de sexualidad, propia de un contexto histórico; esto es, se apropia de un tipo de sexualidad, la cual tiende a reproducir en el discurso y las prácticas.

Al abordar las representaciones sociales del profesional de la salud, se adentra en las construcciones sociales de la sexualidad, la adolescencia y la perspectiva de género, y esto lleva que ver con comportamientos y prácticas que favorecen o no la atención en salud del adolescente.

Hablar de relaciones entre las y los PSS y las y los adolescentes es hablar no sólo de una relación clínica, sino que implica también una relación social donde se involucra un conocimiento técnico, las edades, el rol hombre-mujer, y estas relaciones sociales involucran constructos y rasos que son relaciones de poder invisibilizadas y naturalizadas en el cotidiano, representadas en cada sujeto y manifestadas colectivamente.

Se trata entonces de considerar la importancia de actores que suelen influir en los aspectos sexuales y reproductivos de la población adolescente. En este caso, los que otorgan servicios en materia de anticoncepción y tienen relación directa con prácticas sexuales en mujeres y hombres entre los 10 y 19 años; lo que se lleva a intervenir, en percepciones y actitudes a quienes son la cara de las instituciones de salud y, por lo tanto, los que implementan las políticas, programas y dan servicios.

Para hablar de los embarazos no planeados en adolescentes es necesario tener presente que no sólo están determinados por características personales que se atribuyen a la edad (por ejemplo, falta de "madurez" o "incapacidad" para tomar decisiones), sino por condiciones sociales externas de inequidad y desventaja social. Así, por ejemplo, elementos de la condición socioeconómica, como escolaridad, residencia urbana o rural, condiciones materiales de vida-vivienda, significados asociados al embarazo, a las maternidades vs paternidades, entre otros, pueden tener un peso mucho mayor en la decisión de embarcarse o no, o de continuar o no con un embarazo.

Para las y los adolescentes, el ingreso al trabajo (a la vida productiva) está asociado al deseo construido de alcanzar cuanto antes el estatus de adulto, sea para contribuir al gasto del hogar (por gusto o necesidad expresa de la familia), autoapoyo para continuar con los estudios o porque no logró ingresar a la universidad y "debe" dedicarse a algo. En esta misma lógica, el embarazo en adolescentes marca el ingreso a la vida reproductiva. Algunos de los significados de las y los adolescentes asociados al embarazo, apuntan a considerarlo como una práctica de las personas etiquetadas como "responsables": límite con el que lo caracterizan y que es propio del mundo adulto, y que, por consecuencia, marca el tránsito de la niñez a la adultez.



La intención de estos párrafos es reflexionar el análisis de la percepción de la adolescencia, ya que no sólo "las personas adultas" perciben así esta etapa, sino que también los PSS lo hacen y desde este punto pueden sugerir o transmitir una idea equivocada sobre el inicio y la subsecuencia de una vida sexual activa, sobre "la responsabilidad de otros adultos" de decidir en la vida de las personas que cursan "esta etapa de la vida".

Habrà que seguir reflexionando y revisando las referencias bibliogràficas sugeridas al final de este documento para comprender de mejor manera la construcción social del embarazo, de los deseos y representaciones sociales en las y los adolescentes, así como su influencia en la toma de decisiones en la vida sexual y reproductiva.

Esto último es fundamental, pues muchas(os) maestras(os) educadoras(es), facilitador(es), madres y padres, entre otras personalidades, como los PSS, reducen el proceso educativo a un simple transmitir la información y olvidan la diferencia entre conocimiento y comportamiento; es decir, lo que se aprende no necesariamente se pone en pràctica.

Es necesario aclarar que no se comparte el paradigma del aprendizaje "truncado" del adolescente. El conocimiento, aunque es una condición necesaria, no ha sido suficientemente empleado para la transformación de actitudes, comportamientos y percepciones.

En este sentido, el estudio aquí presentado, se enfoca únicamente a las y los PSS, reconociendo que no son los únicos actores dentro de la corresponsabilidad del fenómeno del embarazo adolescente. Se asume que el embarazo adolescente contiene una complejidad que involucra a muchos actores e instituciones, poco se puede hacer para mejorar la situación que viven o estàn en riesgo de vivir muchas de las y los adolescentes.

### III. Objetivo general

Desarrollar y validar un instrumento para medir las percepciones y actitudes que el personal de los servicios de salud pública tiene sobre el embarazo y la sexualidad de las y los adolescentes con edades entre los 10 y 19 años en los Centros de Salud de una delegación de la Ciudad de México.

#### IV. Metodología

Con el objetivo de medir percepciones y actitudes como constructos sociales, se utilizan diferentes tipos de escalas de medición<sup>15</sup>. Algunas de estas escalas permiten a la persona colocar su postura respecto a la característica medida sin que represente una respuesta correcta o incorrecta.

A través de la aplicación de una escala, tipo Likert, se midieron las percepciones y actitudes asociadas al embarazo y la sexualidad de las y los adolescentes en las y los PSS. En esta sección se muestran las características principales del coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) durante la construcción del instrumento y las etapas del mismo. Así como otras consideraciones importantes para la interpretación de los resultados que se presentan en la sección VI.

##### 4.1 Consideraciones para la interpretación del Análisis Estadístico

Las técnicas de recolección de datos y las normas para su utilización, deben ofrecer tanto información significativa<sup>16</sup> como correcta. En la corrección de datos hay dos aspectos decisivos: la confiabilidad y la validez.

La confiabilidad está relacionada con la estabilidad, la coherencia o consistencia interna y la precisión de las medidas que se obtienen con el instrumento. Es decir, "el grado en que las medidas proporcionan resultados consistentes". La validez se refiere al "grado en que el instrumento mide lo que se pretende medir" o "el grado en que éstos corresponden a la posición verdadera de la persona u objeto en la característica que se está midiendo" (Claire, Lawrence y Stuart, 1959).

Un procedimiento de medida es confiable en el grado en que una serie de medidas internas dan resultados similares siempre que no haya alguna razón para estimar que el objeto medido ha cambiado entre las mediciones<sup>17</sup>. También aumenta la validez del instrumento cuando se reducen, tanto como sea posible, su susceptibilidad a otras influencias que no sea las que estamos interesados en medir.

<sup>15</sup> Los referencias bibliográficas sobre los tipos de escalas: (Claire, Lawrence y Stuart, 1959); (Babbie, 1993); (Quweini, 1995).

<sup>16</sup> El nivel de significancia es un valor de certeza que el investigador fija a priori, respecto a no equivocarse. Cuando se lee en un reporte de investigación que los resultados fueron significativos al nivel del 0.05 ( $p < 0.05$ ), indica que existe un 5% de posibilidad de error al aceptar la hipótesis, cambiando o no valor obtenido al aplicar una prueba estadística, o 95% de riesgo de que se rechace una hipótesis cuando es verdadera. (Hernández, Fernández y Baptista 1998).

<sup>17</sup> Es importante precisar que el hecho de que existan resultados consistentes no significa que sean resultados válidos.

Para estimar la validez y la confiabilidad de un instrumento de medición, existen diferentes procedimientos para medir cada una de ellas. Algunos referentes bibliográficos (Clare, Lawrence y Stuart, 1969; Downie y Heath, 1973; Hernández, Fernández y Baptista, 1998), mencionan que para la primera existen tres tipos: la validez de contenido, la validez de criterio y la validez de constructo.

Para la confiabilidad se sugiere al procedimiento de medida de estabilidad, el método de formas alternativas o paralelas, el método de mitades paridas y los coeficientes de consistencia interna. En este documento se muestra el proceso de confiabilidad del instrumento a través del coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ). Aún cuando en todos los procedimientos se estima la confiabilidad de los instrumentos de medición, el de consistencia interna con  $\alpha$ , es el único que requiere de una sola aplicación de una sola escala, el resto requiere de dos aplicaciones en el tiempo, ya sea con la misma población o no y con la selección de afirmaciones o no por aplicar. Las condiciones de operación para la aplicación de la escala en el marco del proyecto donde se aplicó, no permitía una doble aplicación y mucho menos garantizando a las mismas personas.

El Alpha ( $\alpha$ ) se obtiene calculando la matriz de los coeficientes de correlación  $r$  de Pearson<sup>17</sup> obtenidos entre el puntaje de cada afirmación individual dentro de la escala y el dado por el puntaje total. Estos coeficientes de correlación indican la magnitud y dirección de la relación entre las variables y proporcionan una medida de la fuerza con la que están relacionadas estas dos variables. Su valor puede oscilar entre 1 y -1, donde 1 significa una relación directamente proporcional y -1 señala una relación (inversamente) proporcional.

Por tanto,  $\alpha$ , es un coeficiente de consistencia interna que, en términos simples, mide la homogeneidad de las percepciones del grupo de personas que contestan un conjunto de afirmaciones, promediando las correlaciones entre todas las afirmaciones para medir que, efectivamente, es el instrumento para medir a un determinado grupo de individuos (para este caso las y los PSS) en alguna situación determinada: actitudes y percepciones, sobre el embarazo y la sexualidad de las y los adolescentes.

Hernández, Fernández y Baptista (1998) discuten dos procedimientos para calcular el coeficiente  $\alpha$ , el primero sobre la base de la varianza de las afirmaciones en la escala, aplicando la siguiente fórmula:

<sup>17</sup> El coeficiente de correlación  $r$  de Pearson es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalo o razón.

$$\alpha_x = \frac{N}{(N-1) \left[ 1 - \frac{\sum x_i^2 (f_i)}{\sum x_i^2} \right]}$$
; de donde N es el número de afirmaciones en la escala;

$\sum x_i^2 (f_i)$  es igual a la suma de la varianza de las afirmaciones en la escala;  $\sum x_i^2$  es igual a la varianza de toda la escala.

El segundo procedimiento para calcular el coeficiente es sobre la base de la matriz de correlación de las afirmaciones, con los siguientes pasos:

- Se calculan los coeficientes de correlación  $r$  de Pearson entre todas las afirmaciones (todas contra todas de par en par).
- Se elabora la matriz de correlación con los coeficientes obtenidos.
- Se calcula  $\bar{r}$  que es el promedio de las correlaciones y NP que es el número de correlaciones no repetidas o no excluidas:

$$\bar{r} = \frac{\sum P}{NP}$$

$\sum P$ : Suma de las correlaciones;

NP: número de correlaciones no repetidas o no excluidas.

- d) Con ello se calcula el coeficiente Alpha de Cronbach:

$$\alpha_x = \frac{N \bar{r}}{1 + (N-1) \bar{r}}$$
; donde, N es el número de afirmaciones en la escala.

El valor de  $\alpha_x$  aumenta cuando las correlaciones son altas, por ello, mejores correlaciones, dan mayor confiabilidad al instrumento. El coeficiente  $\alpha_x$  toma valores entre cero y uno. Cuando tiende a uno la consistencia interna de las afirmaciones que componen el instrumento es mayor; de forma contraria dicha consistencia disminuye (tabla 1).

**Tabla 1**  
Interpretación y valores del coeficiente Alpha de Cronbach ( $\alpha_x$ )

Intervalos de los valores $\alpha_x$	Interpretación de consistencia interna para el instrumento
$\alpha_x < 0.5$	No es aceptable.
$0.5 \leq \alpha_x < 0.7$	Es débil y pobre.
$0.7 \leq \alpha_x < 0.8$	Es poco aceptable.
$0.8 \leq \alpha_x < 0.9$	Satisfactorio y bueno para fines de investigación.
$0.9 \leq \alpha_x \leq 1$	La escala es confiable, mide un mismo aspecto.

Fuente: Elaboración propia a partir de los autores Hernández, Fernández y Baptista (1998).

El paquete estadístico SPSS 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows calcula internamente a través de un análisis iterativo (eliminación de afirmaciones que quitan consistencia interna a la escala), el coeficiente  $\alpha$ , "máxima" bajo los supuestos ya explicados.

#### 4.2 Construcción del Instrumento: primera y segunda etapa.

El proceso de construcción del instrumento consistió de tres etapas: la primera, que se denominó conceptualización (mayo - agosto 2014); la segunda, denominada diseño de la escala (septiembre - octubre 2014); y, la tercera, que fue la prueba piloto (noviembre 2014).

El equipo involucrado en la construcción del instrumento CAP-A fue multidisciplinario: Responsable de Evaluación de Resultados, la Coordinadora de Investigación Operativa, las Coordinaciones Médica y de Procesos educativos de, así como del apoyo del Gerente de Evaluación e Investigación, todos y todas personal de Mexfam.

En la etapa de conceptualización de la escala se establecieron dos supuestos principales:

1. La actitud que tenga la y el PSS hacia aspectos relacionados con la SSR de las y los adolescentes, podría influir en forma negativa en la calidad de la atención que reciben.
2. La actitud podría estar relacionada con los prejuicios personales con los que fue educado a la y el PSS.

Otro elemento a considerar fueron los conocimientos técnicos mínimos que se supone maneja la y el PSS sobre la SSR y los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de las y los adolescentes.

Se decidió que, dentro de todos los tipos de escalas en las que se miden actitudes y percepciones, lo más óptimo era utilizar una tipo Likert<sup>1</sup>, en formato de afirmaciones con cuatro posturas posibles. Se eliminó la categoría "indeciso" porque todas las posturas en ella fijadas harían imposible clasificar la fuerza relativa de la respuesta ante cada afirmación planteada. El valor particular de este formato de escala es la inequívoca ordinalidad de las categorías de respuesta.

<sup>1</sup> El término "escala de Likert" es inseparable de un formato de "pregunta" que se emplea con mucha frecuencia en los cuestionarios actuales de las encuestas (Bollen, 1993). La pregunta define su postura entre cinco opciones, las cuales pueden variar según los ítems de las unidades de análisis: 1, total o absoluto acuerdo; 2, acuerdo; 3, ni en desacuerdo ni en desacuerdo; 4, desacuerdo; 5, total o absoluto desacuerdo.

Durante esta etapa se indagó el marco de referencia y se construyó el marco conceptual. A partir de ello se definieron las dimensiones temáticas sobre las que se construirían las afirmaciones que conformarían la escala: *percepción de la adolescencia, estereotipos de género, sexualidad, corresponsabilidad* (Ver secciones II y III).

En la etapa del diseño de la escala se desarrollaron más de 100 ideas en enunciados tipo afirmaciones, acorde a cada una de las dimensiones temáticas definidas.

Durante la elaboración de las afirmaciones se procuró plasmar sólo una idea o tema a la vez y no varias contenidas en una misma afirmación. De tal forma que las afirmaciones fueran conceptualmente válidas y precisas en el aspecto a medir en el análisis de los resultados y saber con exactitud la categoría particular que se está revisando.

Las características de las afirmaciones permitían especificar por: grupos de edad (13-14 y 15-16 años), sexo e implicaciones sociales asociadas al evento del embarazo. Se procuró elaborar enunciados que en su planteamiento permitieran a las y los PDS identificarse con su posible papel como madres o padres, maestros, etc., así como en su rol como facilitadores de procesos educativos de la sexualidad.

Con el fin de precisar más los primeros enunciados, el equipo llevó a cabo dos reuniones de depuración de las afirmaciones. En la primera se eliminaron algunas ideas y se desagregaron otras, quedando 88 afirmaciones. En la segunda se observó la necesidad de eliminar y desagregar palabras o términos redundantes, clasificando a cada afirmación en la categoría de análisis correspondiente. Dicho ejercicio arrojó 101 afirmaciones: las cuales todavía resultaban excesivas para cualquier instrumento de esta naturaleza, lo que obligaba la realización de una última depuración.

Los criterios de última depuración de afirmaciones fueron:

1. Reducir los enunciados largos.
2. Diferenciar entre actitud, práctica y percepción, principalmente para que una no convenga a la otra.
3. Agrupar las afirmaciones por categoría de análisis y con ello eliminar las que pudieran estar "repetidas" o contenidas, de cierta manera, en otras afirmaciones.

Al final se revisó el sentido<sup>19</sup> de las afirmaciones para tener un equilibrio entre ellas, obteniendo 73 afirmaciones para la siguiente etapa de la construcción del instrumento.

#### 4.3 Prueba Piloto: Tercera etapa de la construcción del instrumento.

La prueba piloto es un paso para determinar la viabilidad y adecuación de los instrumentos de medición que se ocupan en la recolección de la información. Para este caso la escala que mide percepciones y actitudes de las y los PSS, al mismo tiempo, debe mostrar la correspondencia que existe entre la relevancia teóricamente asignada a las dimensiones temáticas seleccionadas y los resultados de su aplicación.

El presente instrumento de medición se construyó como parte de la línea base y diagnóstica del proceso de sensibilización para las y los PSS públicas de los CS de una delegación de la Ciudad de México. De este proceso de sensibilización, se llevaron a cabo 27 talleres, realizándose la aplicación piloto en los cuatro primeros.

En el primer taller (primera aplicación del instrumento: 03 de noviembre 2014) se observó la comprensión y aceptación que las y los PSS mostraban al responder la escala. Al final de esta aplicación se entrevistó sobre la redacción de los enunciados en la escala a una empleada de interdependencia, un médico y una enfermera. En general, las observaciones al instrumento fueron:

- ✓ Escala extensa.
- ✓ Parecía que algunas afirmaciones se repetían.
- ✓ Los enunciados eran claros.
- ✓ Los conceptos se entendían sin inconvenientes.

Es pertinente aclarar que estas observaciones fueron constantes en los siguientes tres talleres en los que aplicó y fue hasta el final del cuarto taller, junto con el análisis de estos resultados, que se tomaron en cuenta para la elaboración del instrumento final.

En la tabla 2 se muestran las fechas de aplicación de la escala por CS y el número de personas (n) que la contestaron; es decir, el tamaño de muestra que integra esta etapa del proceso de la construcción del instrumento.

<sup>19</sup> El sentido de una afirmación se refiere al tipo de respuesta esperada como "correcta" para cada una de ellas, es decir que se espera que 50% de las afirmaciones en el instrumento estén inclinadas a lo "favorable" (sentido positivo) y la otra mitad a lo "desfavorable" (sentido negativo) y ambos sentidos pueden ser considerados como "correctos".

**Tabla 2**  
**Fechas y tamaño de la muestra de la aplicación de la prueba piloto, por CS**

Fecha de aplicación	Centro de Salud	n
03-11-14	Uno	24
05-11-14	Dos	19
10-11-14	Tres	16
11-11-14	Cuatro	18
<b>Total</b>		<b>77*</b>

\*n=77, n=24 en el primer centro y n=19 en el segundo, n=16 en el tercero y n=18 en el cuarto centro de salud.

Como se observó en la tabla 2, el tamaño de la muestra es superior a 50, criterio necesario para el cálculo del coeficiente  $\alpha$ , ya que esta característica lo hace más robusto y más confiable. El análisis es particularmente riguroso por no tomar en cuenta vacíos en las respuestas de cada afirmación, ya que esta característica excluye automáticamente toda esa escala del análisis por el cociente del cálculo del estadístico. En consecuencia, se debe verificar minuciosamente, al finalizar cada aplicación con cada persona, la ausencia de afirmaciones sin respuestas o afirmaciones con respuestas dobles, como se llevó a cabo en este estudio.

Las características del instrumento que se aplicó en esta etapa fueron: autoadministrado, la introducción al estudio con dos secciones y la escala tipo Likert. La primera sección provee la información general (puesto actual en el CS, años cumplidos, antigüedad, escolaridad, estado civil y religión) y la segunda integrada por 73 afirmaciones con cuatro posturas: total desacuerdo, en desacuerdo, en acuerdo o en total acuerdo. El instrumento aplicado se puede consultar en el anexo A de este documento.

#### 4.3.1 Resultados de la prueba piloto

A través del análisis iterativo del coeficiente  $\alpha$ , realizado con paquete estadístico SPSS 20, en esta sección se presentan las iteraciones para obtener "alpha  $\alpha$  máxima", que representará la consistencia interna del instrumento en esta etapa.

El coeficiente  $\alpha$  inicial es de 0.672, el cual por sí solo es un valor débil para fines de investigación (tabla 1). Los procesos numéricos sugieren la depuración mediante la eliminación de las afirmaciones (iteraciones) que le quitan consistencia interna a la escala.



Aún cuando la primera aplicación la realizaron 77 personas, el análisis estadístico de  $\alpha$  eliminó las escalas que tuvieran algún vacío en las afirmaciones. Es por ello que el número de casos que se muestra en la tabla 3 está en función del número de variables con respuestas completas en cada escala. El número de variables, representa el número de afirmaciones que se ocuparon para el análisis. La tabla 3 muestra los resultados de las iteraciones que se realizaron para incrementar el valor del coeficiente y con ello la consistencia interna de la escala.

**Tabla 3**  
Iteraciones realizadas para incrementar la consistencia interna de la escala

No. de iteraciones	No. de casos	No. de variables	$\alpha_c$
1	69	23	0.602
2	67	25	0.700
3	68	46	0.768
4	69	36	0.864
5	69	37	0.866
6	69	33	0.874
7	69	32	0.874

Fuente: Elaboración propia, base de datos de Prueba PICO.

Después de 7 iteraciones el coeficiente  $\alpha$  logró incrementarse 0.2026, resultando un valor final de  $\alpha$  igual a 0.874. Las 43 afirmaciones que fueron eliminadas por el análisis iterativo, fue debido a la heterogeneidad de percepciones dentro de cada enunciado, por ello fue importante revisar todas las afirmaciones eliminadas.

La heterogeneidad responde principalmente a dos cosas: una a la falta de claridad de las afirmaciones planteadas y la otra a las diversas posturas de lo que se pretende medir.

La importancia de identificar esta diversidad de posturas radica en constituir un ítemo clave para la toma de decisiones, para este caso, con fines de enriquecer algún tipo de proceso de capacitación o sensibilización con las y los PSS.

Estrictamente hablando, el análisis iterativo definió 30 afirmaciones para que  $\alpha$  alcanzara el valor de 0.874. Si la decisión se hubiera acotado exclusivamente al resultado estadístico se tendría un instrumento final conformado de 30 afirmaciones. Sin embargo, se realizó un análisis léxico conceptual de las afirmaciones que el análisis iterativo eliminaba para definir la pertinencia de dicha eliminación.

La tabla 4 muestra las decisiones tomadas a partir de los análisis, por un lado de las iteraciones con  $\alpha_1$  y por otro de la revisión de las dimensiones temáticas que componen el instrumento, así como de la exploración de la heterogeneidad de las afirmaciones "eliminadas" para incrementar  $\alpha_1$ .

**Tabla 4**  
**Decisiones entre el análisis estadístico y el análisis técnico conceptual**

Identificador	Análisis estadístico	Análisis técnico conceptual	Decisión de permanencia en el instrumento final	Número de afirmaciones que permanecen
<b>De las 30 afirmaciones que hacen <math>\alpha_1=0,874</math>:</b>				
<b>A</b>	Las afirmaciones deben permanecer, sin modificaciones. Tal como se aplicó en la prueba piloto.	Las afirmaciones deben permanecer, sin modificaciones. Tal como se aplicó en la prueba piloto.	SI	26
<b>B</b>	Las afirmaciones deben permanecer, sin modificaciones. Tal como se aplicó en la prueba piloto.	Las afirmaciones deben permanecer con las siguientes precisiones: en lugar de "prestador de servicios" indicar a qué prestador se refiere; cambiar "hormonas orales" por "pastillas anticonceptivas". Las modificaciones se justifican al ser más de forma y no de fondo en su contenido conceptual.	SI	2
<b>C</b>	Las afirmaciones deben permanecer, sin modificaciones. Tal como se aplicó en la prueba piloto.	Las afirmaciones deben permanecer, sin modificaciones. Tal como se aplicó en la prueba piloto.	No	2
<b>De las 43 afirmaciones que se eliminan con el análisis:</b>				
<b>D</b>	Las afirmaciones no deben permanecer en el instrumento final. Destruyen la consistencia interna de la escala.	Debido a la heterogeneidad en el análisis estadístico de los porcentajes independientes, son estas las afirmaciones que por un lado suman a los contenidos temáticos en capacidades, tareas y por otro no tienen ninguna dimensión temática en blanco.	SI	16
<b>E</b>	Las afirmaciones no deben permanecer en el instrumento final. Destruyen la consistencia interna de la escala.	Con el fin de que las dos afirmaciones quedaran más claras, se reparafrasean, es decir, se sustituyen por dos nuevas afirmaciones.	SI	2
<b>F</b>	Las afirmaciones no deben permanecer en el instrumento final. Destruyen la consistencia interna de la escala.	Las afirmaciones son excluidas.	No	25

Fuente: Elaboración propia, como resumen a las decisiones tomadas a partir de los resultados de las iteraciones con  $\alpha_1$ .

<sup>10</sup> Afirmación 1 excluida: "Los adolescentes de hoy no tienen valores". El concepto de "valores" es en sí mismo muy amplio y cuando se plantea con "adolescentes" se vuelve ambiguo. De tal forma que no se sabe específicamente a qué tipo de valores se refiere.

Afirmación 2 excluida: "La expectativa de un hombre adolescente es tener una familia". La categoría adecuada al ser reproducible del hombre adolescente de establecer una familia no estuvo definida como categoría pertinente para este estudio, por lo que se decidió dejar la afirmación relacionada a su proveedor que tiene el hombre adolescente ante el embarazo, quedando: "La expectativa de los hombres adolescentes es trabajar para mantener a su familia".

A partir de la columna titulada "Identificador" en la tabla anterior, en la tabla 5 se presentará el número de afirmaciones y su consecutivo tanto en la prueba piloto como en la escala final. La tabla muestra las decisiones sobre las iteraciones del análisis estadístico y el análisis técnico conceptual que conformarán el instrumento piloto y el instrumento final.

**Tabla 5**  
**Afirmaciones que resultan de las decisiones tomadas a partir de los resultados de la prueba piloto que constituye el instrumento final**

Fuente: Elaboración propia, como resumen a las decisiones tomadas a partir de los resultados de las iteraciones con el instrumento piloto que constituye el instrumento final.

Etapa	Instrumento piloto	Instrumento final	Instrumento piloto	Instrumento final	Instrumento piloto	Instrumento final	Instrumento piloto	
Identificador	A	B	D	E	F	G	C	
	<b>Decisiones</b>							
Consecutivo	Se queda			Eliminadas pero se conservaron igual		Modificadas		Se quedan pero fueron alteradas
1	A2	A3	A46	A1	AB	AS	A17	
2	A4	A4	A1	A2	A12	A12	AS6	
3	A7	AE	A58	A8	B, A20	A15		
4	A10	AG	A20	A30				
5	A11	A11	A37	A32				
6	A13	A34	A58	A23				
7	A18	A25	A33	A24				
8	A19	A26	A34	A25				
9	A22	A16	A39	A27				
10	A28	A17	A47	A32				
11	A31	A18	A55	A35				
12	A41	A28	A57	A37				
13	A42	A42	A52	A38				
14	A43	A40	A63	A42				
15	A48	A21	A68	A43				
16	A50	A33	A8	A7				
17	A61	A14						
18	A59	A36						
19	A60	A10						
20	A61	A41						
21	A68	A19						
22	A69	A44						
23	A70	A39						
24	A71	A29						
25	A72	A46						
26	A73	A13						

<sup>11</sup> La clasificación hace referencia a las afirmaciones que, a partir del resultado del análisis estadístico con  $n=$ , se debieron quedar en la escala, pero en el análisis técnico conceptual se decidió que fueran eliminadas.

#### 4.4 Descripción del instrumento final

El instrumento final, resultado de las etapas de construcción descritas anteriormente, se caracteriza por estar integrado de 46 afirmaciones que responden a las cuatro dimensiones temáticas definidas.

A la dimensión sobre percepción de la adolescencia, le corresponden 18 afirmaciones; para la dimensión sobre estereotipos de género, 11 afirmaciones; a la dimensión sobre aspectos asociados a la vivencia de la sexualidad, le corresponden 14 afirmaciones; y, a la dimensión sobre la corresponsabilidad que tienen la y el PSS en el proceso de educación integral en la sexualidad, le corresponden sólo 3 afirmaciones (tabla 6).

La Escala de percepciones y actitudes para prestadores de servicios de salud pública sobre aspectos asociados al embarazo y la sexualidad en adolescentes (instrumento CAP-A) es de autoevaluado integrado por tres partes. En la primera parte se plasma la introducción al estudio, la fecha y unidad de salud a la que pertenece cada persona que lo responde. En la segunda parte, se indagán sobre características generales de las personas que responden al instrumento CAP-A (por preguntas); de tal forma que se obtenga información suficiente del perfil de las y los participantes. En la tercera, y última parte, se presenta la escala tipo Likert con las 46 afirmaciones en las cuales, según la opinión de las personas que contestan la escala, figan una postura acorde a las siguientes categorías: total desacuerdo, en desacuerdo, en acuerdo o en total acuerdo con cada uno de los enunciados planteados (anexo B).

**Tabla 6**  
**Distribución de las afirmaciones por dimensión temática en el instrumento CAP-A**

Consecutivo	Dimensiones y temáticas			
	A	B	C	D
Admisiones	Participación de la adolescencia	Esterotipos de género	Sexualidad	Corresponsabilidad
1	A1	A4	A2	AB
2	A3	A6	A7	AB
3	A5	A8	A11	AB
4	A10	A17	A14	
5	A12	A25	A15	
6	A13	A27	A20	
7	A15	A33	A21	
8	A16	A34	A22	
9	A18	A35	A26	
10	A22	A37	A32	
11	A28	A45	A38	
12	A29		A40	
13	A30		A41	
14	A31		A42	
15	A36			
16	A43			
17	A44			
18	A46			
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>3</b>

Fuente: Elaboración propia, como resumen a los datos obtenidos a partir de los resultados de las ítems con A.

La aplicación del instrumento CAP-A debe ser dirigida y guiada por uno o dos facilitadores, dependiendo del tamaño del grupo de aplicación. La y el facilitador deberá tener claro el objetivo de la aplicación y dar instrucciones claras que inviten a los participantes a identificarse con situaciones de aquellas afirmaciones que no le simulan cosas de su vida laboral o personal. También, al finalizar la aplicación de la escala, se debe verificar minuciosamente, con cada persona, la ausencia de afirmaciones sin respuestas o afirmaciones con respuestas dobles. Lo anterior permitirá cumplir con el rigor metodológico del cálculo del coeficiente de consistencia interna  $\alpha$ .

#### 4.5 Tamaño y selección de la muestra

El instrumento CAP-A final, se aplicaría a todas y todos las y los PSS pública de una delegación en la Ciudad de México, como parte de la línea base y diagnóstica de un programa de Fortalecimiento (sensibilización y capacitación) que implementaron con los equipos de salud.

Se había mencionado que de los 27 talleres de sensibilización realizados, se ocuparon los cuatro primeros de arranque para llevar a cabo la prueba piloto, por lo tanto, la aplicación final del instrumento CAP-A se efectuó con los 23 talleres de sensibilización restantes, dichas aplicaciones fueron del 19 de noviembre del 2014 al 01 de junio de 2015.

Lo ideal era que todas las personas que asistieron a los talleres contestaran el instrumento CAP-A, pero como la aplicación se debía llevar a cabo al arranque del taller<sup>14</sup>, no siempre estuvieron completos los grupos al inicio de cada uno, ni tampoco todos y todos los participantes concluyeron dicho proceso. Ambas situaciones fueron ajenas al proceso de realización de los talleres.

Del total de personas (426 personas) que concluyeron las tres sesiones de sensibilización en los 23 talleres, se alcanzó al 87.3%, es decir, que el tamaño de muestra final sobre el que se basa el análisis de los resultados de este estudio es de 372.

#### 4.5.1 Clasificación de la muestra para el análisis de los resultados

El análisis de los resultados para este documento se lleva a cabo para tres clasificaciones:

- 1) Por tipo de personal: **acceso y atención**.
- 2) Por tipo de centro de salud: **T2 y T3**.
- 3) **Global**: toda la muestra.

##### Por tipo de personal: acceso y atención

Se identifica dentro de los CS al personal que favorece el acceso a una atención y personal que otorga la atención o servicio (consejería, orientación y atención médica) a las personas que así lo solicitan.

El personal para el acceso, o de primer contacto, son personas con funciones administrativas diversas dentro de los CS. Incluye al personal de seguridad (policía), personal de archivo clínico quienes otorgan un lugar (ficha) para la atención, personal con funciones de secretariado (quien en general informa sobre con quien dirigirse para el servicio).

<sup>14</sup> La aplicación al inicio de cada taller de sensibilización era con dos propósitos, el primero referente a los pasos de investigación en la aplicación del instrumento y el segundo como parte de una línea base que data sobre el estado de las y los PSS sin haber recibido ningún proceso de capacitación sobre los temas.

El personal de farmacia, por su ubicación dentro de los CS, suele otorgar información sobre el acceso al inicio, pero también, al final del servicio médico es el último contacto con las personas para la entrega de un insumo (medicamento o método anticonceptivo).

Del personal que otorga atención o servicios, se ubican los siguientes:

- Trabajo social, otorga consejería, orientación, entrega de condones masculinos; y, para el caso de adolescentes, les apoyan para llegar a la consulta médica.
- Enfermería, puede otorgar información de interés al adolescente y realiza toma de signos vitales, peso y talla. Además realiza el registro y nota de enfermería para el expediente clínico del usuario.
- Médico(s), otorga la consulta de medicina general, registra en el expediente clínico y genera la receta para el insumo, ya sea para tratamiento médico del padecimiento y/o la receta para el otorgamiento de un método anticonceptivo (Figura 1).

**Figura 1**  
Muestra clasificada por acceso y atención de los servicios en el CS



**Por tipo de Centro de Salud: T2 y T3**

Los CS de los servicios de salud pública de la Ciudad de México, reciben la clasificación de Tipo 1, Tipo 2 o Tipo 3 en función a los núcleos básicos de trabajo (médico y enfermería) y a los servicios clínicos (odontología, psicología) y paraclínicos (radiología, laboratorio clínico) que brindan.

- Los CS tipo 1 (T1) cuentan con un núcleo básico de trabajo (un personal médico y uno de enfermería). Otorgan atención clínica básica y servicios de salud básicos como: acciones de promoción y prevención, detecciones y control de riesgo así como diagnóstico temprano de enfermedades. No cuentan con farmacia, por lo que acuden a surtir los medicamentos a un CS tipo 3 el cual adscribe al CS del tipo 1.
- Los CS tipo 2 (T2) son unidades médicas diseñadas para ofrecer atención primaria a la salud de manera integral con un alto nivel resolutivo, suelen contar con alrededor de seis núcleos básicos. Cuentan también con atención preventiva, promoción, detecciones y control de riesgo, además con otro personal sanitario como personal de odontología, psicología y trabajo social, así como personal administrativo.
- Los CS tipo 3 (T3) de alta capacidad resolutiva, suelen contar con alrededor de 6 a 12 núcleos básicos además de atención clínica básica, cuentan con algún servicio especializado como: salud mental, centro de atención a las adicciones, interrupción legal del embarazo (ILE). Además tienen auxiliares diagnósticos como son: área para radiografías y laboratorio químico, puede existir estudios especializados como mastografías y/o colposcopia.

En la tabla 7 se muestra la distribución de la muestra por tipo de centro de salud en que se llevó a cabo la aplicación del instrumento CAP-A. El personal que pertenece a los CS T1 están surtidos a los CS T2 al cual se adscriben, por lo que la muestra quedó clasificada para el análisis de los datos en términos de 140 casos para los CS T2 y 232 casos para los CS T3.

**Tabla 7**  
Muestra clasificada por tipo de Centros de Salud

Tipo de CS		T1	T2	T3
Nombre	CS-10	CS-6	CS-1	
	CS-11	CS-6	CS-2	
	CS-12	CS-7	CS-3	
	CS-13	CS-8	CS-4	
CS-14	CS-9			
Tipo de CS para análisis		T2	T3	
		n = 140	n = 232	

Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumento CAP-A primera aplicación.



#### Gibbal: toda la muestra

Para este tipo de análisis no se requiere de una clasificación como tal; sino que se utilizan los datos de toda la muestra para presentar los diferentes resultados obtenidos.

#### V. Análisis de los resultados

La aplicación del instrumento CAP-A se realizó con la participación de 372 personas en el marco de los talleres de sensibilización<sup>76</sup> (23 talleres: 19 de noviembre del 2014 al 01 de junio de 2015). La duración promedio de la aplicación fue de 10 minutos<sup>77</sup>, sin contemplar el tiempo que requiere la introducción al estudio y el llenado de la sección de información general.

La estructura del análisis de los resultados, se presenta de la siguiente forma:

1. El perfil de las y los PSS.
2. Análisis de los porcentajes independientes de las posturas fijadas por afirmaciones y por dimensiones temáticas.
3. Análisis de consistencia interna con  $\alpha$ , en tres niveles:
  - a) Por tipo de personal de salud.
  - b) Por tipo de CS y.
  - c) Gibbal.

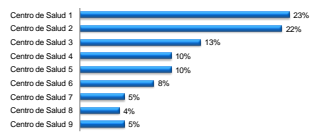
##### 5.1 Perfil de los prestadores de servicios de salud

De las 372 personas que contestaron el instrumento CAP-A, casi la mitad de los casos corresponden a los dos CS más grandes dentro de la delegación en la Ciudad de México, para el primero 23% y para el segundo 22%. El resto de la muestra se distribuye en los CS de menor tamaño (gráfica 1).

<sup>76</sup> Talleres de sensibilización para personal de los Centros de Salud de una delegación de la Ciudad de México.

<sup>77</sup> Respecto a la duración de la aplicación, la estadística descriptiva da cuenta sobre la simetría (respecto de una distribución normal) en los tiempos de aplicación, al señalar que las medidas de tendencia central (promedio, moda y mediana) tienen el mismo valor: 10 minutos.

Gráfica 1  
Distribución porcentual de las aplicaciones por Centro de Salud



Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumento CAP-A primera aplicación.

Cerca de 7 de cada 10 casos fueron mujeres y el resto hombres, 69 y 31 por ciento, respectivamente, con una edad promedio de 43 años, en el intervalo [18 - 74 años] (tabla 8).

El 82% de las personas declaró atender directamente a un adolescente cuando acude a algún CS (gráfica 2), dato que resulta relevante al considerar la antigüedad promedio de las y los PSS equivalente a 11 años en ese CS, en el rango [1 mes - 50 años] (tabla 8).

Gráfica 2  
Porcentaje de mujeres y hombres que tienen trato directo con los adolescentes cuando acuden a un CS y el total



Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumento CAP-A primera aplicación.

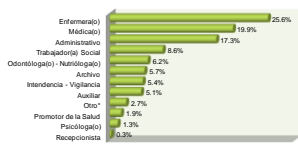
**Tabla 8**  
**Promedio de edad y antigüedad en el CS de las y los PSS**

Estadístico descriptivo	En años	
	Edad	Antigüedad en el CS
Media	43,2	11,0
Desviación típica	13,1	11,8
Mínimo	13	1 mes
Máximo	74	50 años

Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumentales OPA y primera aplicación.

Prácticamente la mitad de la muestra son médicas(os) (20%) y enfermeras(os) (28%), el resto se divide entre el personal administrativo, trabajadoras sociales, odontólogas y personal de limpieza, etc. (gráfica 3). Una tercera parte del total de la muestra representa al personal administrativo, de archivo y/o recepción; figuras clave que pueden ser facilitadores o no en la ruta de acceso a la atención del adolescente.

**Gráfica 3**  
**Distribución porcentual del puesto o cargo de las y los PSS**



\* En esta categoría se encuentran: 4 pasantes sin especificar el tipo de pasante, un epidemiólogo, un docente.  
 Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumentales OPA, primera aplicación.

Respecto a la escolaridad de las y los PSS, en la gráfica 4 se observa que casi la tercera parte declaró haber concluido el nivel medio superior (preparatoria 30%) y poco menos de la mitad cursó el nivel superior (licenciatura 46%). Se destaca que sólo uno de cada diez PSS cuenta con algún nivel de postgrado o especialidad.

El nivel de escolaridad básico (primaria y secundaria) se presenta en aquellas personas cuya ocupación es más administrativa y de apoyo a varias áreas en los CS.

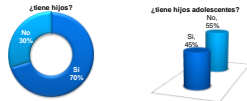
**Gráfica 4**  
**Distribución porcentual de la escolaridad de las y los PSS**



Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumento CAPA primera aplicación.

La proporción de personas unidas (casadas(o), unidas(o) o en convivencia) en la muestra representa a la mitad de los casos y la otra mitad declararon no estar unidos con ninguna pareja (soltero(o), divorciado(o), viudo(o) y separado(o)). El 70% de la muestra declaró tener hijos, y de éste porcentaje, poco menos de la mitad tiene hijos adolescentes. Se interpreta que las y los PSS se relacionan en su cotidianidad privada y laboral con las y los adolescentes (gráfica 5).

**Gráfica 5**  
**Distribución porcentual de los PSS con hijos adolescentes**



Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumento CAPA primera aplicación.

Sobre las prácticas religiosas, el 80% declaró ser católico y al preguntarse por la frecuencia con que asisten a los servicios religiosos, la mitad mencionó acudir en días feriados u ocasiones especiales. Este dato es relevante dado que al ser prestadores de servicios de salud pública, la creencia o vivencia personal que tengan sobre la adolescencia y la sexualidad no debería interferir con la prestación de sus servicios.

## 5.2 Análisis de porcentajes independientes y por dimensiones temáticas

El análisis estadístico de la tercera parte del instrumento CAP-A, la escala tipo Likert conformada de 46 afirmaciones, se realizó de tres formas. El primer análisis corresponde a la agrupación por dimensiones temáticas, el segundo responde a las distribuciones porcentuales por afirmación, de las posturas definidas por el personal que contestó la escala. El último análisis es el referente a una escala tipo Likert, es decir, al promedio de los puntajes alcanzados por afirmación y del total de la escala, así como las desviaciones estándar de las mismas.

### 5.2.1 Análisis por dimensiones temáticas

A la dimensión sobre percepción de la adolescencia, le corresponden 18 afirmaciones; a la dimensión sobre estereotipos de género, 11 afirmaciones; a la dimensión sobre aspectos asociados a la vivencia de la sexualidad, le corresponden 14 afirmaciones; y a la dimensión sobre la corresponsabilidad que tienen la y el PDS en el proceso de educación integral en la sexualidad, le corresponden sólo 3 afirmaciones (tabla 6).

Para llevar a cabo este análisis, fue necesario clasificar a todas las afirmaciones excluidas con el análisis iterativo de  $\alpha$ , por dimensiones temáticas. Después se calculó, con en base en el total de afirmaciones por dimensión temática, el peso relativo de la aparición de las afirmaciones y con ello obtener un porcentaje.

Dicho porcentaje construido se acerca a una manera de medir, numéricamente, la percepción de las personas que contestan la escala, dentro de las dimensiones temáticas. Porcentajes cercanos a cero, se interpreta que la percepción acerca de la dimensión medida es la esperada. Al contrario, porcentajes cercanos a cien, se interpreta que la percepción acerca de la dimensión medida no es la esperada.

En la tabla 9 se muestran los porcentajes sobre dicho peso relativo separado por dimensiones temáticas y por tipos de análisis estadísticos. Los porcentajes están coloreados en una lógica de semáforo.

**Tabla 9**  
**Porcentajes relativos sobre la heterogeneidad de las percepciones, por**  
**dimensiones temáticas y por tipos de análisis estadísticos**

Clasificación	Dimensiones temáticas						
	Percepción de la adolescencia		Estereotipos de género		Sexualidad		
	Aserción	Acceso	Aserción	Acceso	Aserción	Acceso	
% Global	19,7	22,2	22,8	19,1	42,8	33,7	64,7
% Global	22,2		22,8		42,8		100,0
% T2	27,8		27,3		56,8		100,0
% T3	38,3		49,5		62,3		66,7
% Atención	50,0		54,5		42,9		66,7
% Acceso	22,2		19,2		38,7		6,0
% Total <sup>2</sup>	16,2		16,1		35,2		4,0

Como primer foco rojo para el tipo de análisis global, entre unidades de salud (T2 - T3) y del personal que atiende a las y los adolescentes, la dimensión de corresponsabilidad da cuenta de la necesidad de sensibilizar al personal, en la relevancia de su rol, en la comprensión de la responsabilidad que tiene en la SS, SR y Educación Integral de la Sexualidad (EIS) de las y los adolescentes. Más allá de la atención a ésta; que se reconozcan como parte de un equipo integrado e integral de atención a adolescentes, en los que cada figura tiene un papel clave para facilitar o no la ruta de acceso a un servicio y concretar la atención. Que favorezca condiciones para la atención de calidad al adolescente, evitando, en la medida de lo posible culpabilizar a las madres, padres y tutores de la prevención de embarazos y otros aspectos de la sexualidad y embarazo del adolescente.

La dimensión sobre sexualidad de las y los adolescentes representa aquellos prejuicios que tiene el personal de acceso y/o atención en los que se impone, por ejemplo: el esquema tradicional del modelo heteronormativo de la sexualidad y reproducción; el amor romántico como justificante de las prácticas más tradicionales (como la primera vez); la percepción que tienen de la anticoncepción (el condón como detonante del libertinaje<sup>3</sup> y la PAE como detonante de prácticas "irresponsables", etc).

<sup>2</sup> Esta clasificación está integrada por todas aquellas afirmaciones, excluidas con el análisis restado de 0, que fueron repetidas para incluir las clasificaciones, es decir, que dichas afirmaciones fueron excluidas de manera homogénea en todas las clasificaciones.

La dimensión sobre la percepción de la adolescencia da cuenta de las creencias que tiene el personal de acceso y/o atención, quien desde una mirada adultista, incapacita al adolescente por el simple hecho de serlo. Argumento que justifica el tutelaje de su comportamiento, incluso, el decidir o imponerle la decisión tomada al adolescente.

La dimensión de estereotipos de género integra aquellos prejuicios que tiene el personal de acceso y/o atención de los roles estereotipados asignado a mujeres y hombres, por el hecho biológico de serlo, entre los que destacan, los actitudes "naturalizados" de la maternidad en las mujeres, el sesgo en la oferta de servicios a hombres (por ejemplo, sólo de ITS más que de anticoncepción) y a las mujeres (más sobre PT), etc. Elementos asociados a la construcción de las identidades del ser hombre y mujer adolescente.

Es importante mirar para todas las clasificaciones aquello que corresponde por dimensión temática para realizar acciones de sensibilización y capacitación por separado. Sin embargo, en un análisis general acotado a lo que se presenta como "rojo" en la tabla 9 y lo "verde", son las dimensiones de corresponsabilidad y sexualidad los porcentajes relativos más altos y las dimensiones de percepción de la adolescencia y estereotipos de género con los porcentajes relativos "más bajos" por observar.

También se deben de observar los contrastes por dimensión temática, es decir, aquellas clasificaciones en las que dentro de la misma categoría de análisis hay "rojos" y "verdes" dentro de la misma dimensión. Estos contrastes, por ejemplo en la dimensión de corresponsabilidad y sexualidad para el tipo de personal (atención y acceso) pudieran sugerir que las futuras intervenciones de capacitación se lleven a cabo separando al personal en estas categorías, ya que sus necesidades son distintas.

En la categoría de sexualidad para todas las clasificaciones, hay un porcentaje que se repite (42.9%). No obstante, toma distintas connotaciones referentes a la lógica de sensibilización, indicando que, dependiendo de la clasificación, el mismo porcentaje se lee distinto. Mientras que para el personal de atención representa el porcentaje "más bajo" dentro de las dimensiones temáticas, para el total de la muestra representó el segundo porcentaje "más alto" dentro de la misma dimensión.

## 5.2.2 Análisis de las distribuciones porcentuales por afirmación

En este análisis se muestran las distribuciones porcentuales referentes a las posturas que cada persona definió dentro de las cuatro posibles categorías de respuestas, por cada una de las afirmaciones planteadas y por tipo de clasificación.

Cuando se trata de comparar entre grupos (atención vs acceso y T2 vs T3) a las distribuciones porcentuales, se utiliza el nivel de significancia de 0.05 ( $p < 0.05$ ) para conocer si las diferencias son estadísticamente significativas<sup>22</sup>. Si las diferencias resultan significativas se debe mirar si tipo de afirmación que se hace referencia con la dimensión temática correspondiente, además de revisar la postura que se esperaba fuera la ideal (anexos C, D y E).

En los resultados de las distribuciones porcentuales entre el personal clasificado como atención y el personal de acceso, son cuatro las afirmaciones seleccionadas, pero no las únicas (A9, A31, A36 y A41) en las que resultaron diferencias estadísticamente significativas, además el resultado esperado sobre la postura ideal de estas afirmaciones está por debajo de lo esperado.

Al analizar las percepciones y actitudes del personal era necesario conocer si la variable religión tiene alguna influencia en los porcentajes esperados. La tabla 10 muestra las distribuciones porcentuales de las cuatro afirmaciones seleccionadas estadísticamente significativas (A9, A31, A36 y A41), únicamente del personal que concreta la atención; dada la relevancia y pertinencia de su rol.

En la tabla 10 se observan las distribuciones porcentuales de la postura que se define dentro de la afirmación planteada (porcentaje de fila) y el tipo de religión que practica cada PSS (porcentaje de columna). La postura marcada con verde dentro de cada tabla, representa la postura ideal esperada.

<sup>22</sup> La estadística de prueba utilizada para la evaluación de las hipótesis de la comparación de grupos en este documento es la  $\chi^2$ -cuadrada ( $\chi^2$ ), además de medir la relación entre dos variables categóricas.



**Tabla 10**  
Distribuciones porcentuales

<b>A9. Es en la naturaleza de las mujeres saber ser madres.</b>				
Dimensión temática: Estereotipos de género.				
Atención	Distribución porcentual de opinión	Total		
		Ninguna	Capítulo	Otro
	<b>Total</b>	26.3	31.3	38.1
	<b>Desacuerdo</b>	9.2	78.5	12.0
	<b>Acuerdo</b>	26.4	22.8	47.8
Distribución porcentual de posturas	Desacuerdo	25.1	84.8	10.1
	Acuerdo	26.3	13.0	14.3
	Total acuerdo	19.4	71.0	3.7
	Total desacuerdo	6.0	3.1	-0.0
<b>n=200</b>	<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0

Las direcciones se van agregando progresivamente.  
Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumento CAPA primera aplicación.

<b>A31. Es derecho de las madres/padres saber si sus hijos/as adolescentes tienen relaciones sexuales.</b>				
Dimensión temática: Percepción de la adolescencia.				
Atención	Distribución porcentual de opinión	Total		
		Ninguna	Capítulo	Otro
	<b>Total</b>	17.6	21.0	19.0
	<b>Desacuerdo</b>	7.3	82.0	9.8
	<b>Acuerdo</b>	10.2	39.0	29.8
Distribución porcentual de posturas	Desacuerdo	8.8	78.8	12.5
	Acuerdo	28.4	31.0	28.6
	Total acuerdo	9.2	82.0	3.8
	Total desacuerdo	11.8	3.1	-4.8
<b>n=200</b>	<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0

Las direcciones se van agregando progresivamente.  
Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumento CAPA primera aplicación.

**A38. El adolescente es un chamaco que no sabe lo que quiere de su vida.**  
Dimensión temática: Percepción de la adolescencia.

Atención		Distribución porcentual de religión			Total
		Ninguna	Española	Otra	
Distribución porcentual de posturas	Total	29.4	24.1	23.9	
	Desacuerdo	10.2	79.9	10.2	100.0
	Acuerdo	8.2	78.9	13.3	100.0
	Total acuerdo	17.6	21.2	14.3	
	Total desacuerdo	7.7	80.2	9.0	100.0
n=200	Total	100.0	100.0	100.0	

Las diferencias no son estadísticamente significativas.  
Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumento CAPA primera aplicación.

**A41. El fácil acceso al condón masculino ha provocado que se pierda el temor al embarazo.**  
Dimensión temática: Sexualidad.

Atención		Distribución porcentual de religión			Total
		Ninguna	Española	Otra	
Distribución porcentual de posturas	Total	23.5	24.1	28.6	
	Desacuerdo	8.2	79.6	12.2	100.0
	Acuerdo	9.1	82.9	8.1	100.0
	Total acuerdo	23.5	92.8	23.8	
	Total desacuerdo	8.7	80.2	10.9	100.0
n=200	Total	100.0	100.0	100.0	

Las diferencias no son estadísticamente significativas.  
Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumento CAPA primera aplicación.

Para las cuatro afirmaciones, las diferencias respecto a la variable de religión, resultaron no ser estadísticamente significativas. Lo que podría interpretarse que para estas afirmaciones la variable religión que declara practicar la y el PSS pareciera no marcar una diferencia en su percepción sobre los aspectos que hace referencia cada una de esas cuatro afirmaciones analizadas.

Aún cuando las diferencias no son estadísticamente significativas, los porcentajes sombreados con amarillo representan los porcentajes más altos y no esperados, en la categoría de religión católica en la percepción marcada en cada tabla. Los porcentajes sombreados con azul representan, dentro de la categoría de religión, el porcentaje mayor de la postura definida dentro de cada afirmación y además el más cercano a la postura ideal definida.

### 5.2.3 Análisis de puntaje

El análisis de puntaje se lleva a cabo asignando valores numéricos a las categorías en las posturas definidas dentro de las escalas. Se fija el valor mayor y el valor menor que puede alcanzar la escala, para entonces saber los promedios tanto del total como por cada afirmación. Es importante que todas las afirmaciones estén en el mismo sentido, es decir, que la respuesta ideal esperada sea la misma para todas las afirmaciones y por ende para toda la escala.

Para el caso de esta escala, se asignaron valores de 1 hasta 4 como sigue: 1 para total desacuerdo, 2 para desacuerdo, 3 para acuerdo y 4 para total acuerdo. Por lo tanto el valor máximo es 4 y el mínimo es 1, por afirmación. Todas las posturas ideales dentro de esta escala deben de ser uno, por lo tanto, afirmaciones con promedios de puntajes cercanos a uno, se interpreta la postura favorable de la afirmación y por ende de la dimensión temática que representa. Así, promedios de puntajes cercanos a cuatro representan la postura desfavorable a la afirmación planteada.

La tabla 11 muestra el promedio total de los puntajes de la escala por tipo de análisis estadístico de las posturas definidas por las personas que contestaron la escala.

**Tabla 11**  
Puntaje promedio de las personas que contestaron la escala por tipos de análisis estadísticos

Tipos de análisis estadísticos	Puntaje promedio
Afirmación	2.198
Acceso	2.275
T1	2.196
T2	2.265
Global	2.282

Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumento CAPA primera aplicación.

En el rango de [1-4], en general, los puntajes de todos los tipos de análisis se encuentran alrededor de la mitad del rango, se puede interpretar que no existe una postura definida en los extremos acerca de la percepción de los aspectos relacionados al embarazo y la sexualidad de las y los adolescentes.

En los anexos F, G y H de este documento, se pueden consultar tanto el promedio como las desviaciones estándar<sup>23</sup> de los puntajes por afirmación y por tipos de análisis estadístico.

### 5.3 Análisis de confiabilidad por tipo de personal: acceso y atención

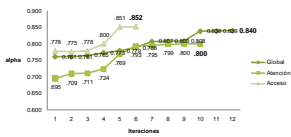
Los coeficientes de consistencia interna para cada una de las clasificaciones por tipo de personal, da cuenta que el personal que facilita el acceso a los servicios en los CS ha fijado una postura más homogénea y consistente al responder el instrumento CAP-A que el personal de atención. En la gráfica 6 se muestran las diferencias entre los resultados de  $\alpha$  inicial (0.695 - 0.778) vs  $\alpha$  final (0.800 - 0.852), por tipo de personal, atención y acceso respectivamente. Ambos valores iniciales de  $\alpha$  son poco aceptables para fines de investigación.

El hecho de alcanzar más homogeneidad entre una población y otra, no significa, necesariamente, que la percepción sea la esperada sino la observada en la población encuestada, es decir, que aún cuando el resultado sea más consistente puede que esa consistencia no sea a la percepción favorable de la característica que se está midiendo.

En las tablas del anexo I se muestra el número de iteraciones por tipo de personal (atención y acceso) para que  $\alpha$  aumentara y por ende la escala fuera más consistente. También se muestran las afirmaciones que fueron eliminadas de la escala, así como los valores iniciales y finales de dicho coeficiente de consistencia interna. La diferencia entre  $\alpha$  final para los tipos de personal es de 0.0518 y ambos valores se encuentran en el rango de  $0.800 < \alpha < 0.852$ .

<sup>23</sup> La desviación estándar es una medida de variabilidad que indica la dispersión de los datos y las unidades que se baja o se acerca al promedio general medido respecto de las promedios por cada variable. El valor de la desviación estándar generalmente es positivo. Esto es que a más cuando todos los valores de los datos son el mismo número (nunca es negativo). Además, valores grandes implican mayores cantidades de variación y viceversa. Se utiliza esta medida de dispersión porque las unidades son las mismas que las de los datos originales.

**Gráfica 6**  
Incremento de Alpha de Cronbach, por tipo de personal y global



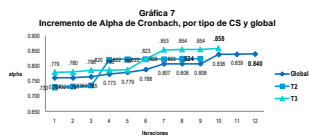
Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumento CAPA primera aplicación.

#### 5.4 Análisis de confiabilidad por tipo de Centro de Salud: T2 y T3

Corresponde verificar la consistencia de la escala cuando la población es por tipo de centro de salud (T2 y T3). El valor de  $\alpha$ , inicial, para los CS T2 es de 0.7296 y para los CS T3 es de 0.7785, ambos valores iniciales de  $\alpha$ , son poco aceptables para fines de investigación, aún cuando el valor para CS T3 es mayor que los de CS T2.

Después de las iteraciones realizadas para incrementar la consistencia interna de la escala, el valor de  $\alpha$ , final, para CS T2, con la eliminación de 18 afirmaciones es de 0.8240; para CS T3, con la eliminación de 20 afirmaciones es de 0.8580; ambos valores resultan confiables para fines de investigación.

En la gráfica 7 se muestra el incremento de  $\alpha$ , por tipo de CS en un comparativo con el incremento de  $\alpha$ , global. La mayor diferencia numérica del coeficiente (0.05 redondeado) se observa en  $\alpha$ , inicial entre los CS T2 y los CS T3; sin embargo, al observar las diferencias de  $\alpha$ , inicial respecto del global con T2 y T3 respectivamente, la variación es constante (de 0.02 redondeado). De manera similar ocurre para los valores finales de  $\alpha$ , por lo que, para este análisis, y por los valores que alcanza  $\alpha$ , para ambos tipos de CS, no resulta necesario realizar una diferencia por tipo de CS, ya que dichas diferencias no repercuten en la consistencia interna de la escala porque se conservan prácticamente en los mismos rangos de interpretación del coeficiente.



Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumento CAP-A primera aplicación.

En las tablas del anexo J de este documento, se muestra el número de iteraciones por tipo de centro de salud (T2 y T3) para que  $\alpha_c$  aumentara y por ende aumentar la consistencia interna de la escala. También, se muestran las afirmaciones que fueron eliminadas, así como los valores iniciales y finales de  $\alpha_c$  para cada tipo de CS. (la interpretación en términos de la calidad del servicio).

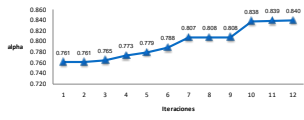
### 5.5 Análisis de confiabilidad global

El último de los análisis de confiabilidad le corresponde a todo el personal que respondió el instrumento CAP-A. El valor de  $\alpha_c$  inicial fue de 0.7610 con 46 afirmaciones. Este valor inicial es poco aceptable para fines de investigación, haciéndose necesario incrementar el valor de  $\alpha_c$  mediante el análisis iterativo que elimina las afirmaciones heterogéneas para elevar la consistencia interna de la escala.

El valor de  $\alpha_c$  final con la eliminación de 16 afirmaciones es de 0.8397, el cual resulta confiable para fines de investigación. Para este caso no es posible que  $\alpha_c$  alcance valores mayores o iguales a 0.90, lo que estadísticamente significaría que la escala no mide un mismo aspecto. Sin embargo, el significado conceptual es que no se alcanza dicho valor por la heterogeneidad en las posturas defendidas en las afirmaciones, lo que refleja la diversidad de las percepciones sobre las dimensiones temáticas definidas.

En la gráfica 8 se muestran las 12 iteraciones y el coeficiente  $\alpha_c$  obtenido en cada una, en la que se observa la manera en que  $\alpha_c$  va incrementando el valor con la eliminación de las afirmaciones heterogéneas.

Gráfica 8  
Incremento de Alpha de Cronbach, global



Fuente: Elaboración propia, base de datos instrumento CAPA primera aplicación.

En la tabla del anexo K de este documento, se muestra el número de iteraciones para que  $\alpha$  aumente. Se muestran las afirmaciones que fueron eliminadas en cada iteración a modo de incrementar la consistencia interna de la escala.

## VI. Consideraciones finales

- 1) El instrumento CAP-A, contiene una escala que mide las percepciones y actitudes que el personal de servicios de salud pública tiene sobre aspectos asociados al embarazo y a la sexualidad de las personas adolescentes.

La escala está validada como satisfactoria y buena para fines de investigación, con un valor de  $\alpha$  máxima superior a 0.80.

- 2) Estrictamente hablando, el análisis iterativo para obtener dicho valor (0.840) da como resultado una escala con 30 afirmaciones y la eliminación de una dimensión temática: corresponsabilidad. Sin embargo, a partir de que  $\alpha$  toma valores iguales a 0.80 la escala ya es consistente. En este sentido, para el análisis de confiabilidad global, a partir de que  $\alpha$  toma el valor de 0.80 (iteración 6) se obtiene ya un instrumento validado con 37 afirmaciones sin sacrificar una dimensión que resulta complementaria a las otras. En otras palabras, como  $\alpha$  se conserva en el mismo rango de interpretación (0.80), lo único que se está haciendo al obtener  $\alpha$  máxima, es la eliminación de afirmaciones que realmente no dan un incremento significativo a la consistencia interna de la escala.

Con base en lo anterior, el instrumento a considerar como final, en esta etapa del estudio, está integrado por 37 afirmaciones distribuidas en cuatro dimensiones temáticas: a la dimensión sobre percepción de la adolescencia, le corresponden 15 afirmaciones; a la dimensión sobre sesosojos de género, 10 afirmaciones; a la dimensión sobre aspectos asociados a la vivencia de la sexualidad, le corresponden 11 afirmaciones; y, a la dimensión de corresponsabilidad sólo 1 afirmación (anexo L).

- 3) Por otro lado, cuando se trata del análisis de confiabilidad por tipo de centro de salud (T2 y T3), las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (8 para el total del análisis) y las diferencias entre el  $\alpha$  final (0.034) no justifican un análisis diferenciado por tipo de CS. Esta característica pudiera responder a que aún cuando el tamaño y los tipos de servicios, que es lo que responde a clasificar en T2 y T3, difieren entre unidades de salud, el personal que está a cargo de dichos servicios cumple con el perfil más homologado independientemente del tipo de CS en que labore.



4) El análisis de confiabilidad por tipo de personal es más consistente (con diferencia mayor a 0.05) entre las posturas definidas en la escala que toma el personal de atención y el personal de acceso. En este sentido resulta pertinente realizar los análisis estadísticos separados por tipo de personal pues la función y perfil que desempeñan marca una diferencia en las posturas que adoptan.

El instrumento construido, provee de los elementos necesarios para la toma de decisiones, sea para la planeación de intervenciones adecuadas a los resultados provistos por esta herramienta acorde a la especificidad de la población a la que vaya dirigido, por ejemplo, para la realización de procesos de sensibilización y capacitación acorde al tipo de personal.

5) Referente al control y dirección de la aplicación del instrumento CAP-A es importante que para la aplicación se consideren las siguientes dos observaciones:

- Garantizar la revisión de las escalas, post aplicación, para evitar afirmaciones vacías o afirmaciones contestadas por duplicado. Esto se debe realizar al momento en que cada persona termina de contestar y entrega el instrumento.

- Las posturas que se definen en las afirmaciones, deben de ser lo más cercanas a la percepción de quien contesta la escala; de tal forma, que pueden existir afirmaciones con las cuales los sujetos no se identifiquen, por ejemplo, por el puesto que están desempeñando y al no haber contacto directo con adolescentes, su percepción podría estar ajena a lo esperado.

En consecuencia, es ideal que la aplicación del instrumento CAP-A se lleve a cabo en grupos reducidos (máximo 15 personas) o de manera individual. Así mismo, se debe exponer con los grupos o personas que respondan la escala, que para las afirmaciones que planteen escenarios alejados o ajenos a ellos, se deben "imaginar en la situación" y definir alguna percepción desde esa posición.

## VII. Bibliografía

- Abarraçin, D., Johnson, B. T., Zanna, M. P., y Kumale, T. G. (2004). Introducción y medidas. (D. Abarraçin, B. T. Johnson, y M. P. Zanna, Eds.) *Manual de Actitudes*. Consultado en <https://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2010/03/abarracin-traduccions.pdf>
- Azorin F. F. (1972). *Curso de muestreo y aplicaciones*. Venezuela: Editorial Aguilar.
- Babbie, Earl R. (1993). *Métodos de investigación por encuesta*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Brinol, P., Falces, C., y Becerra, A. (2007). Actitudes. In F. Morales, M. Moja, E. Gavira, y I. Cuadrado (Eds.), *Psicología Social* (Tercera, pp. 457-465). Madrid: McGraw Interamericana.
- Claire, S., Lawrence, W., Stuart, W.C. (1959). *Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales* (9na ed.). Madrid: Ediciones Riap, S.A.
- Cohen, E., Franco, R. (2000). *Evaluación de proyectos sociales* (5a ed.). México: Siglo veintiuno editores, S.A. de C.V.
- Córdova, R. (2003) "Reflexiones Teórico-Methodológicas en Torno al Estudio de la Sexualidad", *Revista Mexicana de Sociología*, año 65, Núm.2: 339-360.
- Dornier, N. M., Heath, R. (1973). *Métodos Estadísticos Aplicados*. México: Harla, S.A. de C.V.
- Duerger, M. (1996). *Métodos de las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014. *Módulo para la mujer*. <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enadid2014/>
- Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos*, experiencia de gestión del conocimiento, convenio 698 de la Secretaría Distrital de Salud y el UNFPA.
- Foucault, M. (1976). *El nacimiento de la Clínica*. México: Ed. Siglo XXI 6ta Edición: 8-15.
- Mexfam (2016). *Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. "Paquete 2. Género y Salud Reproductiva"*, en *Serie Educativa para la prevención del embarazo no planeado en la adolescencia*. México. Primera Edición.

Mexfam (2016). Fundación Mexicana para la Planeación Familiar. A.C. "Paquete 3. Sexualidades y derechos" en *Serie Educativa para la prevención del embarazo no planeado en la adolescencia*. México. Primera Edición.

García, D. y Díaz, Z. (2010) "Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio". *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 36, Num. 4: 330-336.

Guñevez, P.H., De la Vara, S. R. (2004). *Análisis y diseño de experimentos*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Hernández, S.R., Fernández, C.C., Baptista L.P. (1998). *Metodología de la Investigación (2da ed.)*. México: Mc. Graw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.

Kendall, M.A. (1973). *The Advanced Theory of Statistics, Volume 2 Inference and Relationship*. London: Charles Griffin.

Lima-Serrano et al. "Diseño y validación de dos escalas para medir la actitud hacia la alimentación y la actividad física durante la adolescencia" *Rev Esp Salud Pública* 2012, Num. 3, 96: 253-268.

Mercado, G. E. (2015). *Representaciones sociales del personal de salud de los servicios amigables de Zacatecas, en torno a la sexualidad adolescente*. México: Tesis de maestría, UAM-Xochimilco.

Mineño, N. (1998). "De las sexualidades. Un Intento de Mirada Sociológica". En *Sexualidades en México: Algunas Perspectivas de las Ciencias Sociales*. México: El Colegio de México, 35-47.

Organización Mundial de la Salud (2008). OMS. *Salud del Adolescente*. [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/)

Raj D. (1972). *The design of simple surveys*. N.Y.: McGraw-Hill.

Sánchez, Z. L. (2014). *Adolescencia y Sexualidad: Procesos de toma de decisiones en torno a la sexualidad y la reproducción en adolescentes urbano-marginales en el Distrito Federal*. México: Tesis de maestría, UAEM-CRIM.

Sapién, J. y Córdoba, D. (2011). "Seso y embarazo: ideas de profesionales de la salud". *Psicología y Sociedad*, vol. 3, Num. 18: 733-742.

Secretaría de Salud (2007). *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud sexual y reproductiva para adolescentes*. [http://inegrar.salud.gob.mx/contenidos/Programas\\_de\\_Accion/SSRA/introduccion\\_3.htm](http://inegrar.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/SSRA/introduccion_3.htm).

Szasz, I. (1998). Sexualidades en México: Algunas Aproximaciones desde la Perspectiva de las Ciencias Sociales. En Szasz, I y Lerner, S. (compiladores) *Sexualidades en México, algunas perspectivas de las ciencias sociales*. México: El Colegio de México, 11-34.

Urbillos, S., Myrdomo, S., y Paez, D. (2004). Actitudes: definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. En I. Fernández Sebastián, S. Urbillos Landá, E. Zúñiga, y D. Paez Rovir (Eds.), *Psicología social, cultura y educación* (pp. 2-37). España: Pearson Educación.

Vargas Melgarejo, M. L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(46), 47-53.

Weeks, J. (1998). La Construcción Cultural de las Sexualidades ¿Qué Queremos Decir Cuando Hablamos de Sexualidad?. En Szasz, I y Lerner, S. (compiladores) *Sexualidades en México, Algunas Perspectivas de las Ciencias Sociales*. México: El Colegio de México, 175-197.

VIII. ANEXOS

**ANEXO A**

**Instrumento CAP-A de la aplicación piloto**

**ESCALA DE PERCEPCIONES Y ACTITUDES PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA SOBRE ASPECTOS ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

Indique el Centro de salud al que pertenece: \_\_\_\_\_

Indique la fecha de realización:   |\_|\_|   |\_|\_|   |\_|\_|\_|

  da           mes           año

**INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO:**

La presente encuesta tiene como propósito explorar las percepciones y actitudes que el personal de los servicios de salud pública tienen sobre el embarazo y la sexualidad de las y los adolescentes, con edades entre los 10-19 años, en los Centros de Salud de una delegación de la Ciudad de México.

No existen respuestas correctas ni incorrectas, todas las respuestas son individuales y acorde a sus creencias, saberes y opiniones ante cada afirmación planteada.

Es importante que conteste TODAS las afirmaciones. Si al momento de responder la encuesta identifica algún planteamiento que no le sea claro, verifique con la facilitadora: Act. Cinzia Carrión.

Le informamos que esta encuesta se aplicará a todo el personal de salud de los siete Centros de Salud. En ese sentido, las aplicaciones permitirán construir una escala tipo CAP específica para personal de los servicios de salud pública.

Su participación en este estudio es confidencial por lo que no tendrá que escribir su nombre en ninguna parte de la encuesta. Los datos serán analizados de forma estadística y tendrán como uso identificar necesidades de sensibilización o capacitación para fortalecer el proceso y los ámbitos del proyecto.

Apreciamos su valioso tiempo y compromiso para mejorar los servicios de salud pública dirigidos a adolescentes, en esta delegación.

**INFORMACIÓN GENERAL**

1. ¿Cuál es su puesto actual en el centro de salud? **(Favor de marcar sólo una respuesta)**
  - Médico(a) (Médico general, pediatra, enfermero, etc.)
  - Psicopedagogo(a)
  - Enfermero(a)
  - Asesor(a)
  - Administrador(a)
  - Trabajador(a) social
  - Otro \_\_\_\_\_ **(Especifique)**
2. ¿Cuánto tiempo ha colaborado en este centro de salud?  
Años: ..... [ ] [ ] Meses: ..... [ ] [ ]
3. ¿En su puesto, tiene contacto directo con las o los adolescentes? **(Favor de marcar sólo una respuesta)**  Sí  No
4. Indique su sexo **(Favor de marcar sólo una respuesta)**  
 Hombre  Mujer
5. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? Años: ..... [ ] [ ]
6. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? **(Favor de marcar sólo una respuesta)**
  - Primaria
  - Secundaria
  - Preparatoria
  - Licenciatura
  - Especialidad
  - Maestría
  - Diplomado
  - Doctorado
7. ¿Cuál es su estado civil? **(Favor de marcar sólo una respuesta)**
  - Soltero(a)
  - Casado(a)
  - Conviencia
  - Unión libre
  - Divorciado(a)/Separado(a)/Viudo(a)
8. ¿Tiene hijas? **(Favor de marcar sólo una respuesta)**  
 Sí -- ¿Cuántos? .....  No -- **favor de pasar a la pregunta 10**
9. ¿Tiene hijos adolescentes?  
 Sí  No
10. ¿Qué religión practica? **(Favor de marcar sólo una respuesta)**
  - Ninguna
  - Católica
  - Cristiana
  - Otra \_\_\_\_\_ **(Especifique)**
11. ¿Aproximadamente cada cuánto tiempo asiste a los servicios religiosos? **(Favor de marcar sólo una respuesta)**
  - Nunca
  - Diariamente
  - En días feriados u ocasiones especiales solamente
  - Una vez al mes
  - Todas las semanas

Por favor anote la hora en que inicia con esta sección HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_

Según su opinión personal, favor de indicar si usted está en total desacuerdo, en desacuerdo, en acuerdo o en total acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.

**POR FAVOR MARQUE UNA SOLA OPCIÓN PARA CADA AFIRMACIÓN**

Afirmaciones	Total Desacuerdo	En Desacuerdo	En Acuerdo	Total Acuerdo
1. La primera relación sexual de una mujer adolescente es con la persona que ella eligió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las adolescentes se embarazan porque buscan salir de su casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Las adolescentes se van lejos para ir a adolescentes como a adultos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La educación de las adolescentes adolescentes es un trabajo para mantener a la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La responsabilidad de los adolescentes no se embarazan es de la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En algunas situaciones familiares no es un método adecuado para las adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Las adolescentes que tienen relaciones sexuales antes del matrimonio pueden sentir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. El fácil acceso al control masculino aumenta el embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los adolescentes en adolescentes no están sus que bridades de desarrollo sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Esas en la naturaleza de las mujeres están sus mismas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Las mujeres pueden sentir ellas sus por estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fomentar que las adolescentes que están a fortalecer la Planificación Familiar, lo haga con su mamá, para que ellas se sientan más embarazadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. La experiencia de las mujeres adolescentes se sentir las.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hablar de sexualidad a los adolescentes no es lo mismo que hablar de anticoncepción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. La anticoncepción de emergencia no se dá para las mujeres adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. El "desarrollo" de las adolescentes puede ser su trabajo adolescentes tienen relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Las adolescentes de hoy tienen sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Los jóvenes que no promueven que la primera relación sexual en adolescentes sea después de los 18 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Las "series" (comedia) se espera que una adolescente embarazada acuda a la misma escuela de su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Todo proveedor (a) de servicios de salud tiene que hablar a la madre cuando decide en control que su hijo adolescente está embarazado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Algunas adolescentes están embarazadas en esta etapa de la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Las adolescentes se ven que no necesitan estar más embarazadas porque están muy felices.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Los "estados" de decisión de "decisiones" de Transición de salud están indicadas para las mujeres adolescentes que tienen una sexual activa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. El embarazo en adolescentes no es una amenaza para el desarrollo de la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Los hombres están con un método anticonceptivo adecuado para los adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Los hombres adolescentes no necesitan de una prueba rápida para conocer si tienen relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Es un mito que una mujer adolescente tiene mayor riesgo de morir durante el parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Toda mujer adolescente debe ya tener relaciones sexuales cuando hace una prueba rápida de VIH-1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. El reconocimiento de las mujeres previene un embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Los docentes de las escuelas no son los únicos responsables de la educación sexual de los y las adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. El embarazo es el método más adecuado para los adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. A los y las adolescentes les gusta contradecir a la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Los estados de detección de infecciones de Transmisión Sexual según indicado para los hombres adolescentes que tienen vida sexual activa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. La empoderación de empoderar fortalece la responsabilidad del adolescente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. El empoderar a los adolescentes no es una estrategia para controlar sus actitudes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Promover que una adolescente venga sola a la consulta de salud es empoderación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Está en la naturaleza del adolescente ser empoderado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. El hombre puede hacer responsable por tener embarazado a una mujer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Si una mujer tiene un embarazo sexual de los adolescentes puede ser culpado en todo momento cuando se puede tener otro si se desea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. En todo servicio médico se tiene que promover el uso de anticoncepción a los adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. El empoderar en la adolescencia hace que ellas y ellos sepan más sobre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Las mujeres adolescentes deben tener su primera relación sexual con un hombre mayor que ellas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Las mujeres adolescentes empoderadas anticonceptivo a los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Toda adolescente que recibe un servicio de atención legal del embarazo debe salir del protección anticonceptiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. No hay adolescentes empoderados que no se desean que están usando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Los hombres adolescentes tienen riesgo de morir más que ellas para cualquier su embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Cuando se tiene relaciones anticonceptivas a los adolescentes no promueve que tengan relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Es preciso tener relaciones sexuales antes del embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Decirle que le colgan el estribo a un hijo adolescente, lo que tiene relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Está en la naturaleza de un hombre adolescente ser empoderado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Las actitudes están determinadas de los hombres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Es la responsabilidad conocer en sexuales a los adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



53. No hay que informar a la madre de una adolescente si realmente quiere ir a la escuela de embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Si mi hijo/adolescente me pediera la anticoncepción de emergencia, se la daría.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Mi secretaria/gonadólogo se enteró las amigas de mi hijo/adolescente alguna vez de embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. La expectativa de un hombre/adolescente se terminó con la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. La responsabilidad de un hombre/niño es tener una relación de amistad con él/ella y VIH-SIDA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. El responsable de la vida es el/los padre(s) y no el/los adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. El adolescente se confunde con el hecho de que no sabe lo que quiere de su vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Si mi hijo/ella tiene un embarazo que pensaré sobre si la misma escuela que mi hijo(ella) podría que los padres en general.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. El hijo/a de un niño/mujer ha provocado que se pierda el hijo/a al embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Si la vida de un hijo/adolescente está embarazada, nunca propiciaré como primera opción la interrupción Legal del Embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. La vida respaldará entre los y los adolescentes se se pierda en sus relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Si mi hijo/adolescente se embaraza a adolescentes de 14 años con la presencia de la madre, padre o tutor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Mi hijo/adolescente puede tener relaciones sexuales con las chicas que él desea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. El embarazo es un método más efectivo para la prevención de embarazo en adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Todo hombre/adolescente que ya tuvo relaciones sexuales necesita hacerse una prueba de VIH-SIDA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Los adolescentes necesitan en la adolescencia tener sentido el valor del embarazo amor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Los adolescentes de emergencia necesitan la paternidad del adolescente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Si un adolescente en la escuela me dice que se embarazó, gay o bisexual debo informar a su familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Los servicios de salud previenen el uso del preservativo incluso cualquier otro método.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Un adolescente embarazado a una mujer de 14 años o menos que está embarazada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Los adolescentes necesitan en la adolescencia ser informados e involucrados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**REVISE QUE NINGUNA AFIRMACIÓN HAYA QUEDADO SIN RESPUESTA**

Por favor no olvide anotar la hora de término.  
 Hora de término.....  
**¡GRACIAS OTRA VEZ POR SU TIEMPO PARA PROVEER NOS ESTA VALIOSA INFORMACIÓN!**

**ANEXO B**  
Instrumento de la aplicación final de la escala

NOTA: La introducción y la información general no sufrieron modificaciones respecto de la versión anterior por lo que se omite de este apartado.

Afirmaciones	Total Desacuerdo	En Desacuerdo	En Acuerdo	Total Acuerdo
1. No hay adolescentes irresponsables sólo en la etapa que están viviendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La primera relación sexual de una mujer adolescente se con la persona que ella eligió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los adolescentes se embarazan porque buscan salirse de su casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La responsabilidad de los hombres adolescentes es trabajar para mantener a sus familias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Es importante relacionarse temprano con un varón adolescente para los adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Los adolescentes que tienen relaciones sexuales antes de matrimonio pueden valor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. El hijo nacido al padre masculino toma la paternidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es responsabilidad de la familia (padre/madre/tutor) educar en sexualidad a sus hijos adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Está en la naturaleza de las mujeres saber ser madres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Si alguien que una adolescente embarazada está en la misma escuela que mi hijo(a), pedirá que los pasen en grupos separados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La primera relación sexual debe ser por amor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Es necesario de las mujeres saber con un hijo adolescente si embarazarse más adelante para él.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Las relaciones sexuales en los adolescentes son impulsivas e irracionales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Los hombres están desprotegidos de los hombres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Es obligación de la familia (padre/madre/tutor) informar a la madre que su hijo adolescente está embarazado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Los adolescentes de 15 años no necesitan saber sobre anticoncepción porque es de los mayores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Es responsabilidad de las mujeres prevenir un embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Los adolescentes que embarazados por los adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Los hombres actúan en la adolescencia han perdido el valor del vestíbulo amor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Los hombres adolescentes no necesitan de una pareja sexual para comenzar a tener relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Es necesario educar a los adolescentes sobre el embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Está en la naturaleza del adolescente ser impudico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. La responsabilidad de que los adolescentes no se embaracen es de la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Los adolescentes que embarazados por los adolescentes están indicados para los hombres adolescentes que tienen vida sexual activa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. La responsabilidad de emergencia toma la responsabilidad del embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Me siento incómodo(a) si supiera que una adolescente embarazada acudirá a la misma escuela de mi hijo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37	El hombre debe hacerse responsable del embarazo de su mujer más rápido.	SI	SI	SI	SI
38	El embarazo en la adolescencia hace que ellas y otros millones más sufran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Una vez que se conoce "se sabe" por lo tanto se debe evitar cualquier otro método.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Una vez que se conoce se debe evitar cualquier otro método para ser responsable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Es necesario que los adolescentes sepan si sus parejas adolescentes tienen relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	El hombre puede mantenerse responsable al adolescente no porque que tenga relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Esta es la responsabilidad de los hombres adolescentes por tener pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	La responsabilidad de las mujeres adolescentes de tener sexo es de ellas mismas y no de los hombres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	El embarazo es el resultado de un acto de amor que no tiene nada que ver con la responsabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Es responsabilidad de los hombres prevenir una infección de Transmisión Sexual (ITS).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Es la responsabilidad de ambos evitar el embarazo a los adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Una adolescente en su primer embarazo debe ser responsable de sus hijos más adelante a su familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Una mujer embarazada debe ser responsable de sus hijos más adelante a su familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	El embarazo es el resultado de un acto de amor que no tiene nada que ver con la responsabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	El embarazo es el resultado de un acto de amor que no tiene nada que ver con la responsabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	El embarazo es el resultado de un acto de amor que no tiene nada que ver con la responsabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	El embarazo es el resultado de un acto de amor que no tiene nada que ver con la responsabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	El embarazo es el resultado de un acto de amor que no tiene nada que ver con la responsabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	El embarazo es el resultado de un acto de amor que no tiene nada que ver con la responsabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	El embarazo es el resultado de un acto de amor que no tiene nada que ver con la responsabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>







**ANEXO F**

Puntaje promedio por afirmación, por tipo de personal

Afirmación	Valor mínimo	Puntaje por cada afirmación				Valor máximo
		Atención		Atropo		
		Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar	
A1	2.02	955	2.09	871	1	
A2	2.34	950	2.32	839	1	
A3	1.99	795	2.09	884	1	
A4	1.79	797	1.96	869	1	
A5	1.84	795	2.25	861	1	
A6	1.88	895	1.95	799	1	
A7	1.55	855	1.61	799	1	
A8	1.87	715	1.91	809	1	
A9	1.85	792	2.15	836	1	
A10	1.99	795	2.04	809	1	
A11	2.75	953	2.83	836	1	
A12	2.31	951	2.59	810	1	
A13	2.43	859	2.52	778	1	
A14	1.91	795	1.84	733	1	
A15	2.96	1099	2.72	969	1	
A16	1.96	959	1.92	759	1	
A17	2.32	1094	2.43	1199	1	
A18	2.46	748	2.49	717	1	
A19	2.41	827	2.46	871	1	
A20	2.75	888	2.79	888	1	
A21	1.35	895	1.62	794	1	
A22	2.68	862	2.59	877	1	
A23	2.15	815	2.07	799	1	
A24	2.35	1035	2.32	899	1	
A25	2.68	891	2.89	811	1	
A26	1.35	957	1.56	878	1	
A27	1.99	995	2.08	775	1	
A28	2.06	814	2.15	888	1	
A29	2.04	825	2.27	857	1	
A30	2.72	797	2.64	728	1	
A31	2.27	894	2.89	891	1	
A32	1.99	1099	2.09	905	1	
A33	1.87	691	1.82	739	1	
A34	1.84	897	1.75	899	1	
A35	2.06	892	2.08	849	1	
A36	2.08	825	2.24	824	1	
A37	2.48	892	2.78	899	1	
A38	2.86	895	2.71	777	1	
A39	1.43	539	1.83	787	1	
A40	1.92	641	1.78	891	1	
A41	2.04	774	2.36	773	1	
A42	2.04	925	2.44	895	1	
A43	2.47	775	2.46	899	1	
A44	2.14	829	2.32	819	1	
A45	1.37	504	1.59	898	1	
A46	1.79	819	1.96	875	1	
Promedio	2.18	819	2.275		1	

Valores mínimos de la prueba (si el índice).

Desviaciones estándar del promedio.

Valores máximos de la prueba (si el índice).

Desviaciones estándar del promedio.

ANEXO G

Puntaje promedio por afirmación, por tipo de CS

Afirmación	Valor Máximo	Puntaje por cada afirmación				Valor Máximo
		2		3		
		Promedio	Desviación	Promedio	Desviación	
A1	4	2.05	870	2.07	819	1
A2	4	2.27	940	2.26	891	1
A3	4	2.05	740	2.03	806	1
A4	4	1.95	870	1.93	771	1
A5	4	2.18	806	2.13	817	1
A6	4	1.93	677	1.93	817	1
A7	4	1.82	720	1.82	720	1
A8	4	2.42	860	2.40	884	1
A9	4	2.03	870	1.99	796	1
A10	4	2.19	806	2.20	896	1
A11	4	2.72	905	2.75	921	1
A12	4	2.38	893	2.45	920	1
A13	4	2.03	806	2.46	794	1
A14	4	1.95	711	1.76	740	1
A15	4	2.45	860	2.57	930	1
A16	4	2.06	761	2.06	820	1
A17	4	2.38	1046	2.35	1046	1
A18	4	2.08	710	2.08	728	1
A19	4	2.42	840	2.45	846	1
A20	4	2.74	891	2.73	884	1
A21	4	1.93	700	1.47	702	1
A22	4	2.05	1008	2.06	810	1
A23	4	2.13	890	2.09	764	1
A24	4	2.08	890	2.20	845	1
A25	4	2.84	892	2.88	799	1
A26	4	1.46	692	1.43	699	1
A27	4	2.05	892	2.00	807	1
A28	4	2.11	892	2.20	815	1
A29	4	2.16	892	2.22	846	1
A30	4	2.09	764	2.08	757	1
A31	4	2.46	1020	2.20	881	1
A32	4	1.90	950	2.09	867	1
A33	4	1.90	820	1.97	831	1
A34	4	1.93	787	1.88	846	1
A35	4	2.13	838	2.04	758	1
A36	4	2.21	990	2.13	813	1
A37	4	2.64	890	2.68	864	1
A38	4	2.07	720	2.06	720	1
A39	4	1.95	780	1.89	807	1
A40	4	1.95	815	1.89	790	1
A41	4	2.21	833	2.17	780	1
A42	4	2.48	891	2.50	891	1
A43	4	2.38	850	2.33	778	1
A44	4	2.24	870	2.21	824	1
A45	4	1.47	617	1.47	846	1
A46	4	1.46	700	1.40	620	1
Promedio	4	2.19	830	2.20	820	1

Valores adjetivos de la primera lista adjetiva.

Desviaciones adjetivos del promedio.

Valores adjetivos de la segunda lista adjetiva.

Desviaciones adjetivos del promedio.



**ANEXO H**

**Puntaje promedio por afirmación: Global**

Afirmación	Puntaje por cada afirmación		
	Valor Mínimo	Promedio	Valor Máximo
A1	4	2,07	1
A2	4	2,33	1
A3	4	2,04	1
A4	4	1,87	1
A5	4	2,13	1
A6	4	1,92	1
A7	4	1,88	1
A8	4	1,88	1
A9	4	2,01	1
A10	4	1,99	1
A11	4	2,78	1
A12	4	2,42	1
A13	4	2,48	1
A14	4	1,72	1
A15	4	2,53	1
A16	4	1,27	1
A17	4	2,44	1
A18	4	2,41	1
A19	4	2,44	1
A20	4	2,73	1
A21	4	1,88	1
A22	4	2,68	1
A23	4	2,10	1
A24	4	2,28	1
A25	4	2,46	1
A26	4	1,44	1
A27	4	2,00	1
A28	4	2,11	1
A29	4	2,19	1
A30	4	2,68	1
A31	4	2,43	1
A32	4	2,02	1
A33	4	1,80	1
A34	4	1,82	1
A35	4	2,20	1
A36	4	2,20	1
A37	4	2,01	1
A38	4	1,50	1
A39	4	1,50	1
A40	4	1,64	1
A41	4	2,19	1
A42	4	2,49	1
A43	4	2,47	1
A44	4	2,22	1
A45	4	1,47	1
A46	4	1,41	1
Promedio	4	2,02	1

Valores mínimos de la puntuación clasificatoria.  
 Desviaciones estándar del promedio.  
 Valores máximos de la puntuación clasificatoria.  
 Desviaciones estándar del promedio.

**Consideraciones para la interpretación de las tablas del anexo I, J y K.**

En las tablas de los anexos F, G y H se muestran el número de iteraciones que se realizaron para el cálculo de  $\alpha$ , "máxima" para incrementar la consistencia interna de la escala. En donde:

- ✓ El número de casos representa el número de personas que llenaron el instrumento CAP-A y fueron tomadas en cuenta para el análisis.
- ✓ EL número de variables, representa el número de afirmaciones que se ocuparon para el análisis.
- ✓ Alpha ( $\alpha_j$  inicial), es el coeficiente de consistencia interna que se obtiene utilizando el número de variables correspondiente que toma un valor de cero a uno, de acuerdo a los valores de la tabla 1.
- ✓ Reducción de afirmaciones: En cada iteración se obtuvieron  $\alpha$ , ( $\alpha$  inicial) para cada una de las afirmaciones involucradas en la escala, el coeficiente  $\alpha$  de reducción de afirmaciones es el número que se obtendría si la afirmación correspondiente es eliminada del análisis.
- ✓ Las afirmaciones depuradas son las que se fueron eliminando para que  $\alpha$ , incrementara su valor con el fin de que la escala se hiciera más consistente.

**ANEXO I**

Iteraciones de alpha de cronbach que aumenta la consistencia de la escala,  
por tipo de personal de salud

ATENCIÓN

Iteración	No. Casos	No. variables	α. Inicial	α. depurando afirmación	Afirmaciones depuradas
1	186	46	.6951	.6995	A5
				.7011	A22
				.6992	A38
2	189	43	.7054	.7102	A17
				.7097	A27
				.7111	A34
3	189	41	.7106	.7184	A30
				.7169	A35
				.7207	A4
4	190	38	.7237	.7329	A1
				.7344	A2
				.7342	A20
				.7395	A42
				.7698	A5
5	190	33	.7692	.7692	A11
				.7691	A35
				.7717	A32
				.7945	A15
6	193	29	.7931	.7927	A18
				.7963	A29
				.7968	A43
7	193	27	.7946	.7996	A37
				.7996	A12
				.7997	A12
8	194	25	.7950	.7996	A37
9	194	24	.7956	.7997	A12
10	194	23	.7997		

ACCESO

Iteración	No. Casos	No. variables	$\alpha$ , inicial	$\alpha$ , de purando afirmaciones	Afirmaciones de puradas
1	159	46	.7781	.7785	A22
2	160	45	.7752	.7795	A32
3	161	44	.7783	.7896	A2
				.7857	A35
				.7893	A30
4	163	41	.7956	.8105	A1
				.8102	A20
				.8173	A25
				.8144	A42
5	163	37	.8507	.8508	A4
				.8514	A13
6	163	35	.8516		

**ANEXO J**

Iteraciones de alpha de cronbach que aumenta la consistencia de la escala, por tipo de CS: T2 y T3

T2

Iteración	No. Casos	No. variables	α Inicial	α depuradas afirmación	Afirmaciones depuradas
1	129	46	.7256	.7297	A22
				.7304	A8
				.7313	A24
				.7309	A38
2	150	42	.7319	.7348	A27
				.7345	A32
3	131	40	.7356	.7480	A1
				.7471	A2
				.7466	A20
				.7469	A25
				.7515	A30
				.7462	A35
				.7468	A42
4	134	33	.8204	.8222	A13
5	134	32	.8222	.8223	A23
6	134	31	.8223	.8225	A44
7	134	30	.8225	.8232	A19
8	134	29	.8232	.8240	A11
9	134	28	.8240		

Iteración	No. Casos	No. variables	n, inicial	n, depurando afirmaciones	Afirmaciones depuradas
1	217	45	7795	.7801	A8
2	217	45	7801	.7849	A22
				.7831	A38
3	220	43	7860	.7861	A11
				.7860	A18
4	220	41	7861	.7855	A32
				.7894	A26
5	222	39	7874	.7875	A43
				.7847	A1
				.7850	A2
				.7863	A20
				.7848	A30
6	222	34	8225	.8229	A27
				.8382	A25
				.8373	A42
7	222	31	8532	.8539	A4
				.8534	A24
8	222	29	8542	.8543	A15
9	222	28	8543	.8552	A12
				.8551	A17
10	223	25	8580		

**ANEXO K**

Iteraciones de alpha de cronbach que aumenta la consistencia de la escala, global

Iteración	No. Casos	No. variables	$\alpha$ inicial	$\alpha$ redefinición afirmación	Afirmaciones depuradas
1	346	46	0.7610	0.7624	A2
				0.7623	A32
2	349	44	0.7610	0.7644	A22
				0.7637	A38
3	353	42	0.7647	0.7732	A2
4	353	41	0.7732	0.7792	A35
5	353	40	0.7792	0.7885	A1
6	353	39	0.7885	0.7990	A20
				0.7988	A30
7	356	37	0.8072	0.8077	A27
8	356	36	0.8077	0.8079	A11
9	356	35	0.8079	0.8254	A25
				0.8214	A42
10	356	33	0.8382	0.8382	A13
				0.8385	A24
11	356	31	0.8388	0.8384	A23
12	357	30	<b>0.8397</b>		

**ANEXO L**

**Instrumento que resulta de la aplicación final de la escala**

NOTA: La introducción y la información general no sufrieron modificaciones respecto de la versión anterior por lo que se omite de este apartado.

Afirmaciones	Total Desacuerdo	En Desacuerdo	En Acuerdo	Total Acuerdo
1. Los adolescentes se embarazan porque buscan sentirse de su casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La mayoría de los hombres adolescentes se obligan para mantener a su familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El embarazo involuntario (EVI) no es un método adecuado para las adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Las adolescentes que tienen relaciones sexuales antes del matrimonio pierden valor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. El hijo nacido al primer matrimonio honra a los padres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Está en el momento de las mujeres saber ser madres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si quieres que una adolescente embarazada vaya a la misma escuela que mi hijo(a), pedirá que los pague en grupo. Esas cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La primera relación sexual debe ser por amor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es necesario que las mujeres usen con sus adolescentes la anticoncepción más adecuada para ellas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Las relaciones sexuales son más importantes con esposos e hijas/os.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Las adolescentes están desorientadas de los hombres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Es obligación de la y el adolescente por medio de informar a la madre que su hijo adolescente está embarazado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Las adolescentes de 15 años no necesitan saber sobre anticoncepción porque es su privacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Es responsabilidad de las madres prevenir un embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Es importante el momento más adecuado para los adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Las relaciones sexuales en la adolescencia han perdido el valor de la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Es difícil tener relaciones sexuales antes del matrimonio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Es necesario que los adolescentes formen un matrimonio de verdad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Los estilos de educación de las madres de las adolescentes están influidos por los hombres adolescentes que tienen vida sexual activa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. La responsabilidad de embarazo forma la responsabilidad del adolescente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Me siento responsable si sé que una adolescente embarazada sufrirá a la misma escuela de mi hijo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. El hombre que tiene la responsabilidad del embarazo de su mujer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. El embarazo en la adolescencia hace que ellas y ellos maduren más rápido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Un servicio de salud previene el uso del método más adecuado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Es necesario de las adolescentes saber su salud (hipertensión, diabetes, asma, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Está en el momento de un hombre adolescente ser padre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. La responsabilidad de los padres adolescentes es tener hijos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. El embarazo es un desafío que no sabe lo que quiere de su vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Afirmaciones	Total Desacuerdo	En Desacuerdo	En Acuerdo	Total Acuerdo
24. Es responsable de los accidentes preventivos una selección de Trabajadores, Supervisores y Vendedores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. La información de los accidentes debe ser de carácter interno y no debe ser divulgada a la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Los accidentes ocurren porque los trabajadores no están debidamente capacitados y/o no se les brinda suficiente capacitación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. El mejor accesorio al cinturón masculino fue el cinturón que se presta al hombre al trabajar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Lo más importante entre las y los trabajadores es el placer en los trabajos realizados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. El propósito de la elección más electiva para la prevención del accidente es el bienestar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. La información de emergencia favorece la promoción del accidente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Los accidentes ocurren porque los trabajadores no están debidamente capacitados y/o no se les brinda suficiente capacitación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Los accidentes ocurren porque los trabajadores no están debidamente capacitados y/o no se les brinda suficiente capacitación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor no olvide anotar la hora de término.  
 Hora de término:.....

¡GRACIAS OTRA VEZ POR SU TIEMPO PARA PROVEERINOS ESTA VALIOSA INFORMACIÓN!  
 REVISE QUE NINGUNA AFIRMACIÓN HAYA QUEDADO SIN RESPUESTA