



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Escala de percepción de la consejería anticonceptiva en adolescentes: adaptación y validación

Scale of perception of contraceptive counseling in adolescents: adaptation and validation

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25.1.6026

Clara Teresita Morales Álvarez¹ 

Norma Elva Saénz Soto² 

Natalia Isabel Manjarres Posada³ 

Juan Carlos Barrera de León⁴ 

José Manuel Herrera Paredes⁵ 

Correspondencia: Norma Elva Saénz Soto. Dirección postal: Universidad Autónoma de Nuevo León. Ave. José Eleuterio 1500, San Nicolás de los Garza. C.P. 6446. Nuevo León, México.
Correo electrónico:norma.saenzst@uanl.edu.mx



Licencia CC-By-NC-ND

¹ Doctora en Ciencias de Enfermería. Instituto Mexicano de la Seguridad Social. Hospital General de la Zona No.4. Departamento de enfermería y obstetricia, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato, Celaya, Guanajuato México.

² Doctora en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Nuevo León, México.

³ Doctora en Ciencias de Enfermería. Departamento de Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco. México.

⁴ Doctor en Ciencias Médicas. División de Salud. Centro Universitario de los Valles, Universidad de Guadalajara y Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, Jalisco, México.

⁵ Doctor en Ciencias de Enfermería. Departamento de Enfermería y Obstetricia. Campus Celaya Salvatierra. Universidad de Guanajuato. Celaya, Guanajuato. México.



Resumen

Objetivo: Adaptar y validar The Consumer Assessment Healthcare Providers and Systems (CAHPS) Cultural Competence (CC) Ítem Set hacia la consejería anticonceptiva en adolescentes.

Materiales y métodos: El proceso de adaptación y validación incluyó: 1) autorización del autor original, 2) selección consensuada de ítems representativos de la atención centrada en el paciente, 3) cálculo del índice de validez de contenido (IVC) mediante evaluación por expertos, 4) adecuación lingüística para adolescentes a través de grupos focales ($n=6$), 5) prueba piloto ($n=30$) y análisis psicométrico en un estudio correlacional descriptivo, con muestreo no probabilístico ($n=200$) en adolescentes que asistieron a la consulta prenatal en clínicas de la Jurisdicción Sanitaria III de Guanajuato, México. El análisis factorial exploratorio se empleó la rotación varimax con cargas de 0.40, criterio de Kaiser Meyer Olkin y Alfa de Cronbach.

Resultados: Una vez autorizado, se seleccionaron 24 ítems, el IVC fue de 0.92, se realizaron adecuaciones de redacción cambiando el trato de usted a tú y se sustituyeron palabras desconocidas, la prueba piloto resultó con Alpha de Cronbach de 0.912, la escala final se conformó por 23 ítems, cinco factores, fiabilidad de $\alpha = 0.941$ y una varianza explicada del 59.2%.

Conclusiones: La escala adaptada mostró validez y confiabilidad para evaluar la percepción de la consejería anticonceptiva en adolescentes, constituyéndose como una herramienta pionera adaptada específicamente para adolescentes y madres jóvenes en contextos de vulnerabilidad. Se sugiere su validación en otras poblaciones como en adolescentes hombres y adultos, así como profundizar en los conceptos de decisión compartida y comunicación negativa.

Palabras Claves: Adolescente; anticoncepción; estudio de validación; servicios de salud reproductiva; servicios de planificación familiar.

Abstract

Objective: To adapt and validate The Consumer Assessment Healthcare Providers and Systems (CAHPS) Cultural Competence (CC) Item Set for contraceptive counseling in adolescents.

Materials and methods: The adaptation and validation process included: 1) authorization from the original author, 2) consensus selection of items representative of patient-centered care, 3) calculation of the content validity index (CVI) through expert evaluation, 4) linguistic adaptation for adolescents through focus groups ($n=6$), 5) pilot testing ($n=30$), and psychometric analysis in a descriptive correlational study with non-probabilistic sampling ($n=200$) of adolescents attending prenatal consultations at clinics in Health Jurisdiction III of Guanajuato, Mexico. Exploratory factor analysis was used with varimax rotation with loadings of 0.40, Kaiser Meyer Olkin criterion, and Cronbach's alpha.

Results: Once authorized, 24 items were selected, the IVC was 0.92, wording adjustments were made changing the formal address from "usted" to "tú" and unknown words were replaced, the pilot test resulted in a Cronbach's Alpha of 0.912, the final scale consisted of 23 items, five factors, reliability of $\alpha = 0.941$, and an explained variance of 59.2%.

Conclusions: The adapted scale showed validity and reliability to evaluate the perception of contraceptive counseling in adolescents, constituting a pioneering tool specifically adapted for adolescents and young mothers in vulnerable contexts. It is suggested that it be validated in other populations, such as male and adult adolescents, as well as in order to deepen the concepts of shared decision and negative communication.

Keywords: Adolescent; Contraception; Validation study; Reproductive health services; Family planning services.

• Fecha de recibido: 30 de julio de 2025 • Fecha de aceptado: 04 de diciembre de 2026

• Fecha de publicación: 16 de enero de 2026

Introducción

Se ha descrito que los adolescentes tienen un nivel bajo de conocimiento sobre anticonceptivos y una pequeña proporción de ellos que han iniciado vida sexual los utilizan¹. En el contexto internacional se ha mencionado que a diferencia de otros grupos de mujeres las adolescentes presentan una gran necesidad insatisfecha anticonceptiva (NIA), así mismo, de las mujeres (15-49 años) que acudieron a servicios de salud reproductiva, las adolescentes reportaron una satisfacción baja comparada con el resto de mujeres².

En América Latina y el Caribe la situación anticonceptiva de las adolescentes no es diferente, en 2019 sólo el 28% de adolescentes de 15 - 19 años reportaron usar un método anticonceptivo moderno y se estimó que posterior al 2020 la NIA incrementó al 17.7%³. En México el 18.7% de las adolescentes sexualmente activas manifestaron que no utilizaban un anticonceptivo⁴ y la NIA se manifestó en 3 de cada 10 adolescentes³. El incremento del uso de anticonceptivos en esta población es prioritario para prevenir embarazos no deseados, fenómeno en el que México ocupa uno de los primeros lugares entre los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico⁵, situaciones que condicionan a las adolescentes a enfermar o morir por complicaciones obstétricas además de una mayor probabilidad de enfrentar desigualdad, rezago social y pobreza⁶ secundarias al abandono escolar y menor poder adquisitivo⁷.

El Programa Sectorial de Salud (PSS) 2025-2030⁶ estipula que el acceso a la salud y la calidad de la atención constituyen derechos garantizados, los cuales deben ejercerse bajo principios de igualdad y mediante un enfoque territorial, intercultural y centrado en las personas. Este planteamiento surge como respuesta a problemáticas estructurales persistentes, tales como las deficiencias sustanciales en la continuidad de la atención. En este marco, la Estrategia 1.1.4 se orienta a fortalecer la prestación de servicios con calidad, humanismo y oportunidad a través de estándares de atención y mecanismos de supervisión institucional. Por consiguiente, la operacionalización de dicha estrategia demanda trascender hacia la integración de herramientas metodológicas validadas; instrumentos capaces de objetivar si la práctica clínica cotidiana se alinea efectivamente con los mandatos de humanismo y calidad percibida.

En relación con lo anterior la norma oficial mexicana NOM-005-SSA-1993 sobre los servicios de planificación familiar menciona que la consejería anticonceptiva debe otorgarse en absoluta libertad y respeto a la decisión de la usuaria, así como resolver dudas de conocimientos en especial en mujeres con mayor riesgo reproductivo como el caso de las adolescentes, sin que este aspecto pueda condicionar la atención y provisión de anticonceptivos⁷. Con la visión de PSS, la consejería anticonceptiva debe evolucionar hacia una atención humanista, como la ACP.

La ACP se define como un enfoque terapéutico que posiciona al individuo como eje central de la toma de decisiones, fomentando su autonomía y superando el paradigma médico paternalista en favor de



una gestión activa de la salud personal⁸. Aplicado a las madres adolescentes, se observa que, pese a su historial reproductivo, persisten niveles heterogéneos de conocimiento sobre anticoncepción. En consecuencia, es mandatorio que la consejería trascienda la estandarización mediante una comunicación ajustada a su desarrollo y a la maternidad. Este enfoque es crucial para asegurar la autonomía reproductiva y la toma de decisiones compartida libre de estigmas en el contexto de una consejería anticonceptiva⁹.

La consejería anticonceptiva es una de las herramientas esenciales para la provisión de métodos anticonceptivos en población adolescente. Los proveedores de salud que brindan la consejería anticonceptiva en México suelen ser profesionales en medicina familiar, ginecología, enfermería, trabajo social y/o con formación técnica, que, en la medida de sus competencias, ofrecen información diversa, en ocasiones alejada de la evidencia científica y necesidades de las adolescentes^{10,11,12}.

Por tanto, es necesario comprender cómo los proveedores de salud ofrecen la atención anticonceptiva y los factores que la influyen¹³, considerando que son ellos los responsables de ayudar a las usuarias a tomar decisiones informadas¹⁴. Monitorizar la percepción de este proceso de comunicación contribuiría a fortalecer la satisfacción de las usuarias¹⁵ y garantizar la protección de los derechos respecto a la planificación familiar¹⁶.

No obstante, hasta el momento no existen estudios que hayan medido la percepción de la consejería anticonceptiva centrada en la persona como lo propone este estudio¹⁷. Los instrumentos disponibles para evaluar este enfoque de consejería anticonceptiva en adolescentes es limitada¹⁸. Los instrumentos existentes se han dirigido a población adulta con una mínima proporción de adolescentes^{16,19,20,21}, exclusivamente a adolescentes, pero de forma mixta en contexto escolar¹⁸, con enfoque en la calidad de la planificación familiar^{16,21}, experiencias de los clientes de planificación familiar¹⁹ y reconocimiento de los riesgos en salud sexual¹⁸. Esto, evidencia la necesidad de generar métricas con un enfoque en ACP en adolescentes.

La creación de instrumentos basados en la ACP y enfocados a las jóvenes podrían dar paso a la construcción de indicadores que den cuenta de las buenas prácticas en la consejería anticonceptiva y no basarse en el porcentaje de cobertura anticonceptiva como principal indicador de éxito, sobre todo en países de medianos y bajos ingresos quienes concentran una mayor cantidad de factores de riesgo para el embarazo adolescente²².

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue adaptar el instrumento The Consumer Assessment Healthcare Providers and Systems (CAHPS) Cultural Competence (CC) Item Set²³ hacia la medición de la consejería anticonceptiva, para posteriormente evaluar la validez y fiabilidad en adolescentes mexicanas.

Materiales y Métodos

Se eligió CAHPS – CC²³ por su fundamento teórico en la ACP y porque los autores reportaron el proceso de traducción del inglés a español con estándares de calidad (traductores certificados, comité de traductores representando subgrupos del idioma español; mexicano, puertorriqueño y sudamericano).

El proceso de adaptación consistió en cinco fases. Dichas fases se llevaron a cabo por el equipo investigador, de enero a agosto 2022, posterior a la aprobación del Comité de ética e investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-D-1765). En la primera fase, se obtuvo la autorización del autor original para realizar la adaptación del instrumento al contexto de consejería anticonceptiva dirigida a adolescentes mexicanas. El autor brindó el instrumento CAHPS-CC en español además de 32 ítems adicionales relacionados con la atención centrada en el paciente utilizados en el trabajo de campo de la versión original.

En la segunda fase, se seleccionaron cinco de ocho dominios con 16 ítems que capturaban los conceptos principales; *comunicación con el médico: comportamiento positivo*, ítems (1, 2, 3, 4, 5), *comunicación con el médico: comportamiento negativo* (6, 7, 8), *comunicación con el médico: promoción de la salud* (11), *toma de decisión compartida* (15 y 16), confianza (19, 20, 21, 22, 23). Se excluyeron los dominios: *Comunicación con el médico: medicina alternativa, trato equitativo, acceso a los servicios de interpretación* y tres ítems del dominio *comunicación con el médico: promoción de la salud* debido a que en los hospitales públicos mexicanos no se brinda medicina alternativa, el segundo porque abordaba aspectos de diferencias raciales, situación que no es común en nuestro contexto, el tercero en vista de que el proveedor de salud y la adolescente hablaban español y el último porque hacía referencia a la prevención de enfermedades no transmisibles.

De los 32 ítems adicionales, bajo consenso del equipo de investigación se eligieron ocho alineados con mayor énfasis a los conceptos de comunicación y confianza debido a que son elementos relevantes tanto para la ACP como para la consejería anticonceptiva, además la revisión de la literatura realizada por los investigadores refirió a estos conceptos como esenciales para la consejería anticonceptiva^{24,25,26}. El instrumento quedó conformado de 24 ítems con cuatro escalas de respuesta diferentes de acuerdo con la versión original (Tabla 1).

En la tercera fase, para la validez de contenido se realizó la evaluación por cuatro doctoras en ciencias y expertas en el fenómeno, previa solicitud escrita, las cuales evaluaron cada ítem en una ponderación de 0= no relacionado a 4= extremadamente relacionado, se utilizó el Coeficiente Alfa para establecer el Índice de Validez de Contenido, que mide el desempeño de los ítems en un instrumento, en el cual el número de expertos y el cálculo de las varianzas son necesarios para determinar su valor²⁷.

Para la cuarta fase, se realizó la coordinación con los responsables del programa salud reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria III para identificar a las adolescentes que acudían a las clínicas de atención

prenatal e invitar a quienes cumplieran con los criterios de inclusión: edad de 10-19 años, con número de gestaciones indistinto, en cualquier trimestre de embarazo, haber recibido al menos una sesión de consejería anticonceptiva en dos meses previos. Se excluyeron adolescentes que no habían acudido a la consejería anticonceptiva al menos una ocasión previa y que no estuvieran embarazadas.

Tabla 1. Proceso de adaptación de la Escala de la consejería anticonceptiva en adolescentes, Jurisdicción Sanitaria III, México, enero 2022

Selección de ítems de la evaluación CAHPS que se relacionan con la ACP	Adaptación de los ítems a la temática de la consejería anticonceptiva	Cambios sugeridos por los jueces	Cambios realizados en el primer grupo focal	Cambios realizados en el segundo grupo focal y versión final.
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia este doctor le explicó las cosas de una manera fácil de entender? (Nunca, a veces, generalmente, siempre)	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el (la) enfermero (a) le explicó las cosas de una manera fácil de entender?	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el profesional de enfermería le explicó los métodos de planificación familiar de una manera fácil de entender?	¿Con qué frecuencia el proveedor de salud te explicó los métodos de planificación familiar de una manera fácil de entender?	1. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud te explicó los métodos anticonceptivos de una manera fácil de entender?
En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia este doctor le escuchó con atención? (Nunca, a veces, generalmente, siempre)	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el (la) enfermero (a) le escuchó con atención?	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el profesional de enfermería le escuchó con atención en el momento que hablaron respecto a los métodos de planificación familiar?	¿Con qué frecuencia el profesional de enfermería te escuchó con atención en el momento que hablaron respecto a los métodos de planificación familiar?	2. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud te escuchó con atención en el momento que hablaron de los métodos anticonceptivo?
En los últimos 2 meses, ¿con qué frecuencia este doctor pasó suficiente tiempo con usted? (Nunca, a veces, generalmente, siempre)	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el (la) enfermero (a) pasó suficiente tiempo con usted?	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el profesional de enfermería pasó suficiente tiempo con usted para hablar respecto a los métodos de planificación familiar?	¿Con qué frecuencia el proveedor de salud pasó suficiente tiempo contigo para hablar respecto a los métodos de planificación familiar?	3. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud pasó suficiente tiempo contigo para hablar respecto a los métodos anticonceptivos?
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia este doctor le interrumpió cuando estaba usted hablando? (Nunca, a veces, generalmente, siempre)	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el (la) enfermero (a) le interrumpió cuando estaba usted hablando?	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el profesional de enfermería le interrumpió cuando estaba usted hablando respecto a los métodos de planificación familiar?	¿Con qué frecuencia el profesional de enfermería te interrumpió cuando estabas hablando respecto a los métodos de planificación familiar?	4. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud te interrumpió cuando estabas hablando de los métodos anticonceptivos?
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia este doctor hablaba demasiado rápido cuando conversaba con usted? (Nunca, a veces, generalmente, siempre)	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el (la) enfermero (a) hablaba demasiado rápido cuando conversaba con usted?	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el profesional de enfermería hablaba demasiado rápido cuando conversaba con usted acerca de los métodos de planificación familiar?	¿Con qué frecuencia el proveedor de salud hablaba demasiado rápido cuando conversaba contigo acerca de los métodos de planificación familiar?	5. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud hablaba demasiado rápido cuando conversaba contigo respecto a los métodos anticonceptivos?
En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia este doctor usó palabras médicas que usted no entendía? (Nunca, casi nunca, a veces, la mayoría de las veces, casi siempre, siempre)	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el (la) enfermero (a) usó palabras médicas que usted no entendía?	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el profesional de enfermería usó palabras médicas que usted no entendía, cuando habló con usted sobre los métodos de planificación familiar?	¿Con qué frecuencia el proveedor de salud usó palabras médicas que no entendías, cuando hablaba contigo sobre los métodos de planificación familiar?	6. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud usó palabras médicas que tú no entendías, cuando habló contigo sobre los métodos anticonceptivos?
En los últimos 12 meses, ¿Fue difícil de entender alguna de las explicaciones de este doctor debido al acento o a la forma en que hablaba inglés el doctor?	En los últimos 2 meses, ¿Fue difícil de entender alguna de las explicaciones del (de) la enfermero (a) debido al acento o a la forma en que hablaba?	En los últimos 2 meses, ¿Fue difícil de entender alguna de las explicaciones que el profesional de enfermería le brindó sobre los métodos de planificación familiar debido al acento o a la forma en que hablaba?	¿Con qué frecuencia fue difícil de entender alguna de las explicaciones del proveedor de salud sobre los métodos de planificación familiar debido al acento o a la forma en que hablaba?	7. ¿Con qué frecuencia fue difícil de entender alguna de las explicaciones del proveedor de salud sobre los métodos anticonceptivos debido al acento o a la forma en que hablaba?
Si, un poco, no				
En los últimos 12 meses, ¿mostró este doctor interés en sus preguntas e inquietudes?	En los últimos 2 meses, ¿El (la) enfermero (a) mostró interés en sus preguntas e inquietudes	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el profesional de enfermería mostró interés en sus preguntas e inquietudes sobre los métodos de planificación familiar?	¿Con qué frecuencia el proveedor de salud mostró interés en sus preguntas e inquietudes sobre los métodos de planificación familiar?	8. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud mostró interés en tus dudas e inquietudes sobre los métodos anticonceptivos?
Si, un poco, no				
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia este doctor demostró respeto por lo que usted tenía que decir? (Nunca, a veces, generalmente, siempre)	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el (la) enfermero (a) demostró respeto por lo que usted tenía que decir?	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el profesional de enfermería demostró respeto por lo que usted tenía que decir respecto a los métodos de planificación familiar?	¿Con qué frecuencia el proveedor de salud demostró respeto por lo que tú tenías que decir respecto a los métodos de planificación familiar?	9. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud demostró respeto por lo que tú tenías que decir con respecto a los métodos anticonceptivos?
En los últimos 12 meses, ¿Habló con este doctor sobre algún problema médico o inquietud?	En los últimos 2 meses, ¿Habló con el (la) enfermero (a) sobre sus inquietudes sobre los métodos de planificación familiar?	En los últimos 2 meses, ¿Habló con el profesional de enfermería sobre sus inquietudes sobre los métodos de planificación familiar?	¿Con qué frecuencia el proveedor de salud contestó tus dudas sobre los métodos anticonceptivos de manera satisfactoria?	10. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud contestó todas tus dudas sobre los métodos anticonceptivos de manera satisfactoria?
Si				
No				

Continuará...



En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia este doctor le dió instrucciones fáciles de entender sobre qué hacer para resolver esos problemas médicos o inquietudes? (Nunca, a veces, generalmente, siempre)	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el (la) enfermero (a) le dió instrucciones fáciles de entender sobre qué hacer para resolver sobre las inquietudes de los métodos de planificación familiar?	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el profesional de enfermería le dió instrucciones fáciles de entender para resolver problemas relacionados con los métodos de planificación familiar?	¿Con qué frecuencia el proveedor de salud le dió instrucciones fáciles de entender para resolver dudas relacionados con los métodos de planificación familiar?	11. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud te dió instrucciones fáciles de entender sobre qué hacer para resolver tus dudas sobre los métodos anticonceptivos?
¿Con qué frecuencia prefiere que su doctor le pregunte su opinión sobre qué opciones tiene?	¿Con qué frecuencia prefiere que su enfermera le pregunte su opinión sobre qué opciones tiene?	¿Con qué frecuencia prefiere que el profesional de enfermería le pregunte su opción para utilizar métodos anticonceptivos?	¿Con qué frecuencia el proveedor de salud te comentó que había más de una opción de métodos anticonceptivos?	12. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud te comentó que había más de una opción de métodos anticonceptivos?
(Nunca, casi nunca, a veces, la mayoría de las veces, casi siempre, siempre)				
En los últimos 12 meses, ¿le habló este doctor acerca de los pros y los contras de cada opción de tratamiento o atención médica?	En los últimos 2 meses; ¿Le hablo la o el enfermero acerca de los pros y los contras de cada anticonceptivo?	En los últimos 2 meses; ¿Le habla el profesional de enfermería acerca de los pros y los contras de cada método de planificación familiar?	¿Con qué frecuencia hablaron tú y el proveedor de salud acerca de los pros y los contras de cada método de planificación familiar?	13. ¿Con qué frecuencia hablaron tú y el proveedor de salud acerca las ventajas y desventajas de cada método anticonceptivo?
Si				
No				
En los últimos 12 meses, cuando había más de una opción de tratamiento o atención médica, ¿Le preguntó este doctor cual opción creía usted que le convenía más?	En los últimos 2 meses, cuando había más de una opción sobre métodos de anticonceptivos, ¿El (la) enfermero (a) le preguntó cuál opción creía usted que le convenía más?	En los últimos 2 meses, ¿El profesional de enfermería le preguntó ¿Cuál método anticonceptivo creía usted que le convenía más?	¿Cuando había más de una opción sobre métodos anticonceptivos ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud te preguntó que opción creías que te convenía más?	14. Cuando había más de una opción sobre métodos anticonceptivos ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud te preguntó que opción creías que te convenía más?
Si				
No				
¿Con qué frecuencia prefiere que su doctor le pregunte su opinión sobre las opciones que tiene?	¿Con qué frecuencia prefiere que el (la) enfermero (a) le pregunte su opinión sobre sus opciones de métodos anticonceptivos?	18. ¿Con qué frecuencia prefiere que el profesional de enfermería le pregunte su opinión sobre qué métodos anticonceptivos usar?	¿Con qué frecuencia prefieres que el proveedor de salud te pregunte tu opinión sobre que métodos anticonceptivos usar?	15. ¿Con qué frecuencia el proveedor de salud te preguntó tu opinión sobre tus opciones de métodos anticonceptivos?
(Nunca, casi nunca, a veces, la mayoría de las veces, casi siempre, siempre)				
¿Confía en este doctor con respecto a su atención médica?	¿Confía en la consejería de métodos anticonceptivos que le brinda el (la) enfermero (a) con respecto a los de métodos de planificación familiar que usted puede usar?	¿Confía en la consejería de planificación familiar que le brindó el profesional de enfermería respecto a los anticonceptivos que usted puede usar?	¿Con qué frecuencia confiaste en la consejería de métodos anticonceptivos que te brindó el proveedor de salud respecto a los métodos anticonceptivos que puedes usar?	16. ¿Con qué frecuencia confiaste en la consejería de métodos anticonceptivos que te brindó el proveedor de salud con respecto a los anticonceptivos que puedes usar?
Si				
No				
¿Siente que este médico siempre le dice la verdad sobre su salud, aún si son malas noticias?	¿Siente que el (la) enfermero (a) siempre le dice la verdad sobre su salud, aún si son malas noticias?	¿Siente que el profesional de enfermería siempre le dice la verdad sobre los métodos de planificación familiar, aún si son malas noticias?	¿Con qué frecuencia sientes que el proveedor de salud siempre te decía la verdad sobre los métodos anticonceptivos, aún si son malas noticias?	17. ¿Con qué frecuencia sientes que el proveedor de salud siempre te decía la verdad sobre los métodos anticonceptivos, aún si eran malas noticias?
Si				
No				
¿Siente que esta médica se preocupa por su salud tanto como usted?	¿Siente que el (la) enfermero (a) se preocupa por su salud tanto como usted?	¿Siente que el profesional de enfermería se preocupaba por su salud reproductiva tanto como usted?	¿Con qué frecuencia sentiste que el proveedor de salud se preocupaba por tu salud reproductiva tanto como tú?	18. ¿Con qué frecuencia sentiste que el proveedor de salud se preocupaba por tu salud reproductiva tanto como tú?
Si				
No				
En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia sintió que este médico realmente se preocupaba por usted como persona?	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia sintió que al (a) enfermero (a) realmente le importaba como persona?	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia sintió que al profesional de enfermería realmente le importaba como persona?	¿Con qué frecuencia sentiste que al proveedor de salud realmente le importabas como persona?	19. ¿Con qué frecuencia sentiste que al proveedor de salud realmente le importabas como persona?
(Nunca, a veces, generalmente, siempre)				
¿Con qué frecuencia prefiere dejar en manos de su doctor las decisiones sobre su tratamiento o atención médica?	¿Con qué frecuencia prefiere dejar en manos del (de la) enfermero (a) las decisiones sobre usar un método anticonceptivo?	¿Con qué frecuencia prefiere dejar en manos del profesional de enfermería las decisiones sobre usar un método anticonceptivo?	¿Con qué frecuencia prefieres dejar en manos del proveedor de salud las decisiones sobre usar un método anticonceptivo?	20. ¿Con qué frecuencia prefieres dejar en manos del proveedor de salud las decisiones sobre usar un método anticonceptivo?
(Nunca, casi nunca, a veces, la mayoría de las veces, casi siempre, Siempre)				

Continuará...



¿Siente que le puede decir cualquier cosa a este doctor, incluso cosas que quizás no le diría a nadie más?	¿Siente que le puede decir cualquier cosa al (a) enfermero (a), sobre los métodos anticonceptivos incluso cosas que quizás no le diría a nadie más?	¿Siente que le puede decir cualquier cosa al profesional de enfermería sobre los métodos anticonceptivos incluso cosas que quizás no le diría a nadie más?	¿Con qué frecuencia sientes que le puedes decir cualquier cosa al proveedor de salud sobre los métodos de planificación familiar incluso cosas que no le dirías a nadie?	21. ¿Con qué frecuencia sientes que le pudiste decir cualquier cosa al proveedor de salud sobre los métodos anticonceptivos incluso cosas que quizás no le diría a nadie más?
Si				
No				
En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia este doctor contestó todas sus preguntas de manera satisfactoria?	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el (la) enfermero (a) contestó todas sus preguntas de manera satisfactoria?	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el profesional de enfermería contestó todas sus preguntas sobre los métodos de planificación familiar de manera satisfactoria?	¿Con qué frecuencia el proveedor de salud contestó todas sus preguntas sobre los métodos de planificación familiar de manera satisfactoria?	22. ¿Con qué frecuencia hablaste con el proveedor de salud sobre tus dudas de los métodos anticonceptivos?
(Nunca, casi nunca, a veces, la mayoría de las veces, casi siempre, siempre)				
En los últimos 2 meses, ¿Hablaron usted y esta enfermera sobre las cosas de su vida sexual que le preocupan o le causan estrés?	En los últimos 2 meses, ¿Hablaron usted y el (la) enfermero (a) sobre las cosas de su vida sexual que le preocupan o le causan estrés?	En los últimos 2 meses, ¿Hablaron usted y el profesional de enfermería sobre las cosas de su vida sexual que le preocupan o le causan estrés?	¿Con qué frecuencia hablaron tú y el proveedor de salud sobre las cosas de su vida sexual que te preocupaban o te causaban estrés?	23. ¿Con qué frecuencia hablaron tú y el proveedor de salud sobre las cosas de tu vida sexual que te preocupaban o te causaban estrés?
Si, un poco, no				
En los últimos 12 meses, ¿Usó este doctor un tono o trato despectivo, sarcástico o grosero con usted?	En los últimos 2 meses, ¿El (la) enfermero (a) usó un tono o trato despectivo, sarcástico o grosero con usted?	En los últimos 2 meses, ¿Con qué frecuencia el profesional de enfermería usó un tono o trato desconsiderado sarcástico o grosero cuando usted habló sobre los métodos de planificación familiar?	¿Con qué frecuencia el proveedor de salud usó un tono o trato burlón o grosero cuando hablaba sobre los métodos de planificación familiar?	24. ¿El proveedor de salud usó un tono o trato, burlón o grosero cuando tu hablabas sobre los métodos anticonceptivos?
Si, un poco, no				

Nota: 1er. Grupo focal n=6.

2do. Grupo focal n=6.

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente, el instrumento se adaptó al lenguaje comprensible de las adolescentes a través de dos grupos focales no concurrentes²⁸. Cada grupo focal estuvo conformado por seis adolescentes, posterior a la firma del consentimiento y asentimiento informado. Ambos grupos focales se celebraron en un aula de su clínica de adscripción, el primero fue en una clínica rural, con el resultado de éste se realizó el segundo para verificar la comprensión de los ítems en el segundo grupo de una clínica urbana. Los dos grupos siguieron la misma dinámica, comenzando con la presentación de la moderadora, se les mencionó los antecedentes, propósitos y dinámica del grupo focal, se les entregaron los ítems impresos y se leyeron con la investigadora en voz alta, si no se entendía la pregunta u opción de respuesta, se les explicó en qué consistía el ítem y se solicitó que reescribieran las preguntas o respuestas. Consecuentemente, se consensaba la reescritura del ítem y se continuaba con el siguiente, al final se dio lectura al total del instrumento corregido para su aprobación en el grupo, la moderadora vigiló que no se cambiara el propósito de las preguntas, de acuerdo con las buenas prácticas científicas²⁹.

La quinta fase, se llevó a cabo una vez que se contó con el instrumento validado por jueces y adaptado a un lenguaje comprensible por las adolescentes. Se realizó una prueba piloto con adolescentes gestantes (n=30) de acuerdo con la recomendación requerida de sujetos³⁰ quienes cumplieron con los criterios de inclusión, firmaron el asentimiento informado y sus tutores el consentimiento informado. La comprensión de las preguntas fue adecuada, no se requirió modificación de los ítems.

Para el análisis psicométrico se realizó un estudio descriptivo, correlacional con muestreo por conveniencia (n=200) de acuerdo con el mínimo de sujetos referidos³¹ además dicha muestra fue congruente con estipulado con otros autores sobre considerar cinco observaciones para cada ítem²⁷. Se consideraron los mismos criterios de inclusión de la fase cuatro, la recolecta se llevó a cabo en nueve

clínicas de primer nivel, tres ubicadas en zona urbana, el resto en rural y en un hospital de segundo nivel de atención que se encuentra establecido en área urbana adscritos a la Jurisdicción Sanitaria III que brindaban consulta prenatal a población sin seguridad social, cabe mencionar que esta institución tiene una circunscripción territorial de ocho municipios, para este estudio sólo se incluyó el municipio de Celaya, Guanajuato, México. Para reducir el sesgo de deseabilidad social, el instrumento fue autoadministrado a cada una de las participantes, en formato impreso, con un folio alfanumérico para mantener el anonimato y la confidencialidad de la información, por una persona previamente capacitada, con una postura neutral.

Se utilizó estadística descriptiva para los aspectos sociodemográficos, Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors para la normalidad de los datos. Para evaluar la consistencia interna se realizó Análisis Factorial Exploratorio (AFE), con rotación Varimax a cargas de 0.40, criterio Kaiser Meyer Olkin (KMO) con extracción de factorización de eje principal y Alfa de Cronbach. El análisis de los datos se ejecutó en el programa SPSS versión 26. La base de datos se encuentra disponible en: <https://data.mendeley.com/datasets/fyyf639wjr/1>³².

Resultados

Posterior a la evaluación de los jueces, el índice de validez de contenido fue de 0.92. La adaptación del cuestionario fue de 24 ítems, 5 ítems redactados en sentido negativo (4-7 y 24) y 19 en sentido positivo, con opción de respuesta en escala Likert de 6 puntos (1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. A veces, 4, la mayoría de las veces, 5. Casi siempre, 6. Siempre), en los ítems en sentido negativo, la escala se invierte. La calificación global se realizó a través de la transformación lineal de elementos de 0 a 100, interpretada a mayor puntuación mejor percepción de la consejería anticonceptiva. Previo a la ejecución del análisis inferencial y de fiabilidad, se procedió a la recodificación inversa de los cinco ítems redactados en sentido negativo (ítems 4, 5, 6, 7 y 24). De esta forma, la escala de respuesta se invirtió matemáticamente (1=6, 2=5, 3=4, etc.) para alinear la dirección del puntaje con el resto del instrumento, garantizando que una mayor puntuación reflejara consistentemente una mejor percepción de la consejería anticonceptiva. Con respecto a la prueba piloto arrojó un Alpha de Cronbach de 0.912, es decir una elevada fiabilidad, el tiempo promedio de respuesta fue de 11 minutos, las participantes refirieron que las preguntas y respuestas fueron comprensibles. Una vez adaptada se denominó Escala de percepción de la consejería anticonceptiva para adolescentes.

En las 200 adolescentes encuestadas se observó una media de 12.5 años para la menarca, 15.4 años para el inicio de vida sexual y una media de 17.5 años de edad, con respecto a la escolaridad mostraron 9.2 años de estudio, lo que se traduce en estudios de preparatoria, (Tabla 2). La mayoría de las adolescentes eran primigestas (82.5%), vivían en unión libre (68%), amas de casa (73%), estudiantes (20.5%) y empleadas (2.5%).

Tabla 2. Datos sociodemográficos de las adolescentes adscritas a la Jurisdicción Sanitaria III, México, enero-agosto 2022

Variables sociodemográficas	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	DE
Edad	13.0	19.0	17.5	1.4
Años de estudio	2.0	14.0	9.2	2.3
Datos obstétricos				
Semanas de gestación	5.0	41.3	28.0	0.3
Edad de menarca	8.0	16.0	12.5	1.5
Edad de inicio de vida sexual	12.0	19.0	15.4	1.5

Nota: Nota: n=200.

Fuente: Elaboración propia.

La prueba de Kolmogorov- Smirnov resultó en D= 0.13, gl=200, $p=0.000$, por lo tanto, la distribución de los datos no fue normal, destacando que el valor de D indica una desviación clara de normalidad y el valor de p muestra que la desviación no es solo un efecto del tamaño de muestra. En cuanto al AFE, el resultado de KMO = 0.917 indicando que el tamaño de la muestra es aceptable para el estudio, la prueba de esfericidad de Bartlett $X^2= 3289.97$, $p=0.000$ comprobando una correlación positiva entre los ítems. De los 24 ítems analizados se extrajeron cinco factores, el ítem 24 fue eliminado por no mostrar correlación con el resto.

Los ocho ítems que se anexaron a esta adaptación se cargaron a cuatro de los cinco dominios (ítems 6,7,8, 10, 12, 15, 20, 22), 4 ítems se aglutinaron en el dominio de comunicación positiva en un rango de 0.571 a 0.734 (Tabla 3). La varianza explicada acumulada fue de 59.2%, (Tabla 4).

Tabla 3. Análisis de las cargas factoriales rotadas de la Escala de percepción de la consejería anticonceptiva en adolescentes, enero-agosto 2022

	Factor				
	Comunicación			Confianza	Decisión compartida
	Empática	Negativa	Positiva		
Ítem 1	0.583				
Ítem 2	0.582				
Ítem 3	0.680				
Ítem 4		0.500			
Ítem 5		0.620			
Ítem 6		0.671			
Ítem 7		0.472			
Ítem 8			0.571		
Ítem 9			0.677		
Ítem 10			0.734		
Ítem 11			0.702		

Continuará...

Ítem 12	0.772
Ítem 13	0.723
Ítem 14	0.693
Ítem 15	0.618
Ítem 16	0.702
Ítem 17	0.809
Ítem 18	0.833
Ítem 19	0.837
Ítem 20	0.429
Ítem 21	0.707
Ítem 22	0.491
Ítem 23	0.419
Ítem 24	0.000

Nota: n=200.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Valores propios y varianza explicada a través de cargas factoriales de la Escala de percepción de la consejería anticonceptiva en adolescentes, enero-agosto2022

Factores	Varianza propia (%)	Varianza acumulada (%)
Comunicación empática	44.3	44.3
Comunicación negativa	5.9	50.2
Comunicación positiva	3.5	53.7
Confianza	2.8	56.6
Decisión compartida	2.6	59.2

Nota: n=200.

Fuente: Elaboración propia.

La confiabilidad de la Escala de percepción de la consejería anticonceptiva en adolescentes con 23 ítems resultó con un Alfa de Crobach de 0.941 con alfas elevadas para los factores uno, tres y cuatro debido a que a mayor cercanía a 1.00 mayor fiabilidad interna y Alfas aceptables en los factores dos y cinco³³ (Tabla 5).

Tabla 5. Confiabilidad por factor de la Escala de percepción de la consejería anticonceptiva en adolescentes, enero-agosto 2022

Factor	Alfa de Cronbach
1. Comunicación empática	0.887
2. Comunicación negativa	0.622
3. Comunicación positiva	0.955
4. Confianza	0.805
5. Decisión compartida	0.607

Nota: n=200.

Fuente: Elaboración propia.



Discusión

Este es el primer estudio de adaptación y validación del instrumento The Consumer Assessment Healthcare Providers and Systems (CAHPS) Cultural Competence (CC) Item Set²³ a una Escala de consejería anticonceptiva para adolescentes de cinco dimensiones: comunicación empática, comunicación negativa, comunicación positiva, confianza y decisión compartida. Dimensiones e ítems similares a otros instrumentos válidos y confiables basados en la atención centrada en la persona^{16,20,21} a excepción de la comunicación negativa, la cual se considera necesaria en un sistema de salud que realiza la consejería basada en riesgos reproductivos y de forma directiva⁸. Así mismo, coincidimos en que se deben abordar ítems positivos y negativos para valorar la experiencia en la consejería anticonceptiva¹⁹.

En este estudio se encontró una alta validez de contenido, de constructo y consistencia interna para la población adolescente en el contexto de atención primaria en salud. El instrumento resultante permite capturar la percepción sobre el respeto a los valores y preferencias de las adolescentes, así como la garantía de sus derechos sexuales y la integralidad de la atención recibida. Esta evidencia respalda la generación de un instrumento capaz de evaluar la provisión de consejería anticonceptivacentrada en la persona, la satisfacción de las necesidades anticonceptivas^{34,35} y el seguimiento para obtener mejores resultados¹⁵ en salud materno-perinatal.

Asimismo, la herramienta coadyuva a la implementación del Plan Sectorial de Salud 2025-2030⁶ en materia de estándares de atención y supervisión. Dado que es indispensable objetivar la experiencia de las adolescentes para generar datos consistentes sobre la calidad de la consejería, este instrumento fortalece la toma de decisiones basada en evidencia y el modelo preventivo nacional, alineándose con la política pública al ofrecer una métrica estandarizada para poblaciones vulnerables, en diferentes contextos del sistema de salud como los servicios amigables para adolescentes.

Este estudio se realizó en población de adolescentes gestantes mexicanas de 13 a 19 años. En un estudio similar se encontró que las participantes presentaron una edad de 15 a 51 años¹⁶. Dado que la percepción en la calidad de la planificación familiar difiere entre mujeres adultas y adolescentes con énfasis en el tiempo dedicado a brindar la consejería e insuficiente explicación de efectos adversos, es esencial contar con instrumentos que monitoreen la percepción de la consejería de las adolescentes debido a que existe escasa literatura sobre la dinámica de la consejería en esta población³⁴ y el por qué son más vulnerables a la consejería directiva o coercitiva³⁶.

En las adolescentes participantes predominó un nivel de escolaridad de preparatoria, vivir en unión libre y dedicación al hogar. La edad, escolaridad, estado civil y ocupación de las adolescentes fueron similares a lo reportado en la Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescentes 2017 (ENFaDEA)³⁷. La semejanza de estas condiciones a nivel local y nacional en México podría facilitar la traducción y aplicación de esta escala en personas con características similares o en países que comparten una alta fecundidad en adolescentes.

Esta escala captura la percepción de los valores y preferencias de las adolescentes durante una consejería anticonceptiva y evidencia la garantía de los derechos sexuales e integralidad de la atención por parte del proveedor de salud durante su interacción con las usuarias en los servicios de anticoncepción. Así mismo, se integra en el conjunto de escalas validadas con enfoque en atención centrada en la persona y planificación familiar^{16,20,21} que contribuyen a la medición de elementos relevantes de la consejería anticonceptiva en población vulnerable.

La población de adolescentes gestantes y no gestantes son de difícil acceso porque su participación depende de la autorización de sus tutores, además de que no es común que acudan a los servicios de salud reproductiva de forma voluntaria aspecto que influyó para no realizar un muestreo aleatorio, situación que consideramos una limitante para la interpretación de resultados. Los factores decisión compartida y comunicación negativa tuvieron Alphas aceptables, a pesar de ello esta escala resultó valida y confiable para medir la percepción de la consejería anticonceptiva en adolescentes.

En este sentido, los hallazgos deben interpretarse considerando las siguientes limitaciones. En primer lugar, respecto a la consistencia interna del factor comunicación negativa, se observó un efecto del método asociado al uso de ítems inversos. Si bien, estos reactivos son valiosos teóricamente pues permiten detectar la aquiescencia, promover una respuesta reflexiva y visibilizar las fallas en la atención desde la perspectiva de la ACP. No obstante, su formulación en sentido negativo pudo haber generado inconsistencias en la estructura factorial. Futuros estudios deberán enfatizar una instrucción asistida o una adaptación lingüística aún más simplificada para mitigar este sesgo sin perder la capacidad de detectar respuestas automáticas³⁸. Con respecto al factor decisión compartida es un concepto valioso que se requiere robustecer a partir de la ACP y medir de forma más fiable la decisión compartida, tomando en cuenta que el siguiente paso para determinar con mayor certeza su validez teórica es el análisis factorial confirmatorio³⁹.

Del mismo modo, se sugiere incorporar entrevistas cognitivas, dado que evidencias recientes^{40,41} indican que esta metodología mejora sustancialmente la validez y permite detectar con precisión las dificultades de comprensión en diversos colectivos. De igual forma, otros autores subrayan el papel crítico para asegurar el rigor y la pertinencia cultural en instrumentos centrados en la persona⁴², lo cual resultaría indispensable para refinar la redacción de estos ítems inversos en dichas poblaciones.

En segundo lugar, en cuanto al diseño metodológico, si bien el enfoque predominante fue cuantitativo, esta limitación se equilibró mediante una fase previa con el uso de técnicas cualitativas. Esto aseguró que el contenido de la escala no fuera una imposición teórica, sino un reflejo de la expresión y comprensión de las adolescentes con respecto a los anticonceptivos. Finalmente, en relación con la representatividad y el sesgo de selección, debe señalarse que la muestra fue no probabilística y circunscrita a una jurisdicción específica del estado de Guanajuato. Las características socioculturales de esta región, sumadas a la condición de vulnerabilidad de las madres adolescentes y su disposición voluntaria a participar, podrían limitar la generalización de los hallazgos. Por tanto, se sugiere precaución al extrapolar estos resultados a poblaciones con contextos sociodemográficos sustancialmente distintos, recomendando la replicación del estudio en otros escenarios nacionales.



Conclusiones

El presente estudio aporta evidencia innovadora sobre la validación de la Escala de percepción de la consejería anticonceptiva, constituyéndose como una herramienta pionera adaptada específicamente para adolescentes y madres jóvenes en contextos de vulnerabilidad. A diferencia de instrumentos genéricos, esta escala de cinco factores demuestra propiedades psicométricas confiables para capturar dimensiones complejas de la atención, como la comunicación empática y la toma de decisiones compartida, llenando un vacío crítico en la literatura sobre salud sexual y reproductiva en México.

La relevancia del instrumento radica en su capacidad para evaluar la Atención Centrada en la Persona (ACP). Al visibilizar la experiencia de las adolescentes, la escala se posiciona como un recurso estratégico para las instituciones de salud, permitiendo auditar el cumplimiento de los estándares de calidad y humanismo propuestos en el Programa Sectorial de Salud 2025-2030.

Como recomendaciones futuras, se sugiere la implementación de este instrumento en procesos de supervisión clínica y capacitación continua del personal de salud para detectar brechas en la atención. Asimismo, en estudios a futuro, se insta a replicar el estudio en diversas regiones del país y a refinar los ítems inversos mediante entrevistas cognitivas, asegurando así una evolución constante del instrumento hacia la equidad y la excelencia en la atención en salud.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Consideraciones éticas

Para la implementación de este estudio se obtuvo la aprobación de los Comités de Bioética e Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-D-1795). Las participantes recibieron información sobre el objetivo y procedimiento de la investigación firmaron el consentimiento y asentimiento informado de acuerdo a la Declaración de Helsinki⁴³ y la Ley General de Salud en materia de investigación⁴⁴.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización: C.T.M.A.; Curación de Datos: N.E.S.S.; Análisis formal: N.E.S.S., C.T.M.A.; Adquisición de fondos: C.T.M.A.; Investigación: C.T.M.A., J.M.H.P.; Metodología: C.T.M.A.; Administración de proyecto: C.T.M.A.; Recursos: C.T.M.A., N.E.S.S; Software: N.I.M.P, N.E.S.S.; Supervisión: C.T.M.A., N.I.M.P.; Validación: N.I.M.P., N.E.S.S., J.C.B.D.L.; Visualización: C.T.M.A., J.M.H.P, N.I.M.P.; Redacción: C.T.M.A., N.E.S.S., N.I.M.P.; Redacción- revisión y edición: J.M.H.P., y J.C.B.D.L.

Financiamiento

Los autores declaran que la presente investigación no contó con financiamiento externo.

Agradecimientos

Con profundo agradecimiento al autor original de CAHPS-CC Ítem Set, por compartir su trabajo científico en beneficio de las adolescentes mexicanas, a las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria No. III, por permitir que este trabajo se llevara a cabo en sus instalaciones con énfasis al Hospital Materno Celaya por las facilidades otorgadas. Este trabajo fue autofinanciado por los autores.

Referencias

1. Todd N, Black A. Contraception for Adolescents. *J Clin Res Pediat Endocrinol.* 2020;12(1):28-40. DOI: 10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0003
2. Chola M, Hlongwana K, Ginindza TG. Understanding adolescent girls' experiences with accessing and using contraceptives in Zambia. *BMC Public Health.* 2023;23:2149. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17131-3>
3. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). El embarazo en la adolescencia y el acceso a educación y servicios de salud sexual y reproductiva: un estudio exploratorio [Internet]. CONEVAL; 2022 [citado 20 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Exploratorio_Fecundidad_Adolescente.pdf



4. Villalobos A, Ávila-Burgos L, Hubert C, Suárez-López L, De La Vara-Salazar E, Hernández-Serrato MI, et al. Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. Salud Pública Mex [Internet] 2020 [Citado 25 de marzo 2025];62(6, Nov-Dic):648-60. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11519>
5. World Health Organization Data. Adolescent birth rate (per 1000 women). 2024 [citado 25 de julio de 2024]. Adolescent birth rate (per 1000 women). Disponible en: <https://data.who.int/indicators/s/i/24C65FE/27D371A>
6. Secretaría de Gobernación. Programa sectorial de salud 2025-2030 [Internet]. Diario Oficial de la Federación; 2024 [citado 2 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5767240&fecha=04/09/2025#gsc.tab=0
7. DOF-DIARIO Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. 1993 [citado 3 de diciembre de 2025]. Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4699269&fecha=30/05/1994#gsc.tab=0
8. Dois A, Bravo P. Percepción del cuidado centrado en la persona y autonomía en la atención clínica de usuarios que viven con multimorbilidad. Revista Ciencias de la Salud [Internet]. 2024 [citado 1 de diciembre de 2025];22(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/562/56281269003/html/>
9. Allison BA, Wilkinson TA, Maslowsky J. Adolescent-Centered Sexual and Reproductive Health Communication. JAMA [Internet]. 2025;333(3):250-1. doi:10.1001/jama.2024.24246
10. González P, Rangel Y, Hernández E. Retos en la prevención del embarazo adolescente subsiguiente, un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes. Saúde E Soc. 2020;29(3):e181032. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181032>
11. Castro R, Frías SM. Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. Violence Women. 2020;26(6-7):555-72. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>
12. Morales Álvarez CT, Sáenz Soto NE, Álvarez Aguirre A, Barrera de León JC. Representación social de la consejería anticonceptiva prenatal para la prevención del embarazo subsecuente en adolescentes. Sanus [Internet]. diciembre de 2024 [citado 15 de agosto de 2024];9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2448-60942024000100101&lng=es&nr-m=iso&tln=es
13. Manzer JL, Ouellette L, Tingey L, Carrillo-Perez A, Hogan C, Atkins N, et al. Provider Perspectives on Contraceptive Care: A Systematic Review. American Journal of Preventive Medicine. 2024;67(6, Supplement):S32-40. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2024.07.025>.

14. Soin KS, Yeh PT, Gaffield ME, Ge C, Kennedy CE. Health workers' values and preferences regarding contraceptive methods globally: A systematic review. *Contraception*. 2022;111:61-70. DOI: 10.1016/j.contraception.2022.04.012
15. Manzer JL, Carrillo-Perez A, Tingey L, Ouellette L, Hogan C, Atkins N, et al. Client Perspectives on Contraceptive Care: A Systematic Review. *Am J Prev Med*. diciembre de 2024;67(6S):S22-31. DOI: 10.1016/j.amepre.2024.07.019
16. Johns NE, Dixit A, Ghule M, Begum S, Battala M, Kully G, et al. Validation of the Interpersonal Quality of Family Planning Scale in a rural Indian setting. *Contracept X*. 2020;2:100035. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100035>
17. Allison BA, Glodowski CR, Smith C, Mizelle C, Leiva H, Wright ST, et al. Effectiveness of interventions to support person-centered contraceptive care for adolescents and young adults: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 20 de marzo de 2025 [citado 14 de junio de 2025];0(0). Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(25\)00162-0/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(25)00162-0/abstract)
18. Vanegas López J, Pastorino MS, Vasquez FD, Concha L. Validación de un instrumento para evaluar consejería adolescente diferenciada en un centro de salud. *Rev Salud Pública*. 1 de marzo de 2021;23(2):1-7. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V23n2.59479>
19. Holt K, Zavala I, Quintero X, Hessler D, Langer A. Development and Validation of the Client-Reported Quality of Contraceptive Counseling Scale to Measure Quality and Fulfillment of Rights in Family Planning Programs. *Stud Fam Plann*. 2019;50(2):137-58. DOI: <https://doi.org/10.1111/sifp.12092>
20. Sudhinaraset M, Afulani PA, Diamond-Smith N, Golub G, Srivasta A. Development of a Person-Centered Family Planning Scale in India and Kenya. *Stud Fam Plann* [Internet]. 2018 [citado 6 de octubre de 2024];49(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30069983/>
21. Dehlendorf C, Henderson JT, Vittinghoff E, Steinauer J, Hessler D. Development of a patient-reported measure of the interpersonal quality of family planning care. *Contraception*. 1 de enero de 2018;97(1):34-40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.09.005>
22. Ahinkorah BO, Aboagye RG, Mohammed A, Duodu PA, Adnani QES, Seidu AA. Socioeconomic and residence-based inequalities in adolescent fertility in 39 African countries. *Reprod Health*. 2024;21(1):72. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01806-0>
23. Weech-Maldonado R, Carle A, Weidmer B, Hurtado M, Ngo-Metzger Q, Hays RD. The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®) Cultural Competence (CC) Item Set. *Med Care*. 2012;50(9 0 2):S22-31. DOI: 10.1097/MLR.0b013e318263134b

24. Kim D, Sung NJ. Types of Usual Source of Care and Patient-Centered Communications. *Korean J Fam Med.* 2022;43(6):353-60. DOI: 10.4082/kjfm.21.0183
25. Brandi K, Fuentes L. The history of tiered-effectiveness contraceptive counseling and the importance of patient-centered family planning care. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(4S):S873-7. DOI: 10.1016/j.ajog.2019.11.1271
26. Gerchow L, Squires A. Dimensional Analysis of Shared Decision Making in Contraceptive Counseling. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN.* 2022;51(4):388-401. DOI: 10.1016/j.jogn.2022.04.005
27. Waltz C, Strikland O, Lenz E. Measurement Bursing and Health Research. 5.a ed. New York, NY: Springer Publishing Comapny; 2017.
28. Chavez L, Canino G. Toolkit on translating adapting instruments [Internet]. 2005 [citado 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.hsri.org/projects/toolkit-on-translating-and-adapting-instruments/>
29. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. *Investig En Educ Médica.* enero de 2013;2(5):55-60. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733230009>
30. Totton N, Lin J, Julious S, Chowdhury M, Brand A. A review of sample sizes for UK pilot and feasibility studies on the ISRCTN registry from 2013 to 2020. *Pilot and Feasibility Studies.* 21 de noviembre de 2023;9(1):188. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40814-023-01416-w>
31. Arafat S, Chowdhury H, Qasar M, Hafez M. Cross Cultural Adaptation and Psychometric Validation of Research Instruments: a Methodological Review. *J Behav Health.* 2016;5(3):129. DOI: 10.33425/2832-4579/25110
32. Morales T. CAP database [Internet]. Mendeley Data; 2024 [citado 3 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://data.mendeley.com/datasets/fyyf639wjr/1>
33. Gray J, Grove S. The practice of nursing research, Appraisal, Synthesis, and Generation of evidence. 9th. ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2020. 755 p.
34. UNFPA. UNFPA América Latina y el Caribe. 2022 [citado 12 de agosto de 2022]. UNFPA brinda informe de actividades y reitera compromiso en seguimiento a implementación del Consenso de Montevideo. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/unfpa-brinda-informe-de-actividades-y-reitera-compromiso-en-seguimiento-implementaci%C3%B3n-del>

35. Huff CW. Patients' Experiences with an Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception Program. *Womens Health Issues*. 2021;31(2):7. DOI: 10.1016/j.whi.2020.11.004
36. Katz L, Amorim M, Camargo J, Bastos H. Who is afraid of obstetric violence? *Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]*. 2020 [citado 18 junio 2025];20(2):623-626. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>
37. Pérez F. Perfilando el embarazo en la adolescencia en México. Principales resultados de la ENFaDEA. *Trabajo Social UNAM [Internet]*. 2022 [citado 22 jun 2023];(27-28):115-131. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/82213>
38. Saldivar B, Carter C, Filipp SL, Gurka MJ, Davis MK. Patient Satisfaction Surveys in the Out-patient Clinic Setting: The Variability of Response With Positively or Negatively Toned Questions. *Inquiry*. 2019 ;56:0046958019875554. DOI: 10.1177/0046958019875554
39. Salomón RV, Parra IME, Villaseñor CAL. Diseño y análisis de fiabilidad de un instrumento para evaluar factores psicosociales en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2025;7(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.62364/rv6dne87>
40. Jacobs C, Wheeler J, Williams M, Joiner R. Cognitive interviewing as a method to inform questionnaire design and validity - Immersive Technology Evaluation Measure (ITEM) for healthcare education. *Computers & Education: X Reality*. 2023;2:100027. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cexr.2023.100027>
41. Pereira GU, Beal GM, Oliveira MZ de, Pereira GU, Beal GM, Oliveira MZ de. A Entrevista Cognitiva na Adaptação e Validação de um Instrumento Psicométrico. *Avaliação Psicológica*. 2023;22(1):2-9. DOI: <https://doi.org/10.15689/ap.2023.2201.18944.01>
42. Wright J, Moghaddam N, Dawson DL. Cognitive interviewing in patient-reported outcome measures: A systematic review of methodological processes. *Qualitative Psychology*. 2021;8(1):2-29. DOI: <https://doi.org/10.1037/qup0000145>
43. Asociación médica mundial. WMA - The World Medical Association-La comunidad médica mundial adopta la Declaración de Helsinki revisada, que fortalece los estándares éticos en la investigación clínica con seres humanos [Internet]. 2024 [citado 18 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/news-post/la-comunidad-medica-mundial-adopt-a-la-declaracion-de-helsinki-revisada-que-fortalece-los-estandares-eticos-en-la-investigacion-clinica-con-seres-humanos/>
44. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia d.pdf [Internet]. 2014 [citado 1 de noviembre de 2025]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf