

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

“DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA U.S.P.N. T-II HORTENCIA.”

JURISDICCIÓN SANITARIA TLALPAN.

PROMOCIÓN AGOSTO 2025 – JULIO 2026

JUAN RAUL ANTONIO ESPINO

MATRICULA: 2193068710

ASESORA:



DRA. DANIELA FERNANDEZ ALVARADO

DRA. ALEJANDRA GASCA GARCÍA



Contenido

INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES DE LA COMUNIDAD ESTUDIADA.....	6
Dirección y ubicación	6
Servicios	7
Información sociodemográfica de la alcaldía	7
Ubicación geográfica	7
Orografía	8
Hidrografía	8
Condiciones atmosféricas de la alcaldía	9
Datos demográficos	10
Número de habitantes, por edad y sexo.....	10
Vivienda	10
Características económicas	11
Situación conyugal.....	11
Etnicidad.....	12
Mortalidad.....	12
Escolaridad de la población estudiada.....	13
Acceso a servicios de salud.....	15
Religión.....	15
Migración	15
JUSTIFICACIÓN.....	16
OBJETIVO	17
Objetivo General	17
Objetivos específicos	17
METODOLOGÍA	17
Tipo de estudio	17

Población de estudio	17
Recolección de datos.....	17
Definición operacional de las variables.....	18
Plan de análisis	19
RESULTADOS	19
Total, de consulta atendida.....	19
Total, de consultas atendidas mensualmente	19
Población atendida por tipo de consulta.....	20
Población atendida por motivo de atención.....	21
Población Sana atendida por motivo de atención	21
Población atendida de acuerdo con grupo de edad y sexo	22
Principales causas de morbilidad	23
Tasas de incidencia de las causas principales de morbilidad por grupo de edad.....	24
Tasas de incidencia de las causas principales de morbilidad por sexo	26
Tasas de incidencia de las causas principales de morbilidad por mes	28
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIÓN.....	32
INTERVENCIÓN.....	33
JUSTIFICACIÓN.....	33
OBJETIVO GENERAL	34
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
METODOLOGÍA	34
Criterios de inclusión	35
Criterios de exclusión	35
Criterios de eliminación	35
Diseño de intervención.....	35

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	38
Guía para sesión educativa	38
RESULTADOS	42
Población de estudio	42
Grupo de edad de la población	43
Escolaridad de la población	43
Estado civil	44
Evaluación de conocimientos y mitos	44
Promedio de las calificaciones de la encuesta de conocimientos preintervención y postintervención	45
Interpretación del cuestionario IQPF	46
ANÁLISIS DE RESULTADOS	46
CONCLUSIÓN	48
REFERENCIAS	48

INTRODUCCIÓN

Dentro de las comunidades, los centros de salud tienen funciones, las cuales, tienen como finalidad brindar atención, identificar, resolver problemas y necesidades relacionadas con la salud, así como sus demás elementos condicionantes que impactarán en el paciente y su entorno.

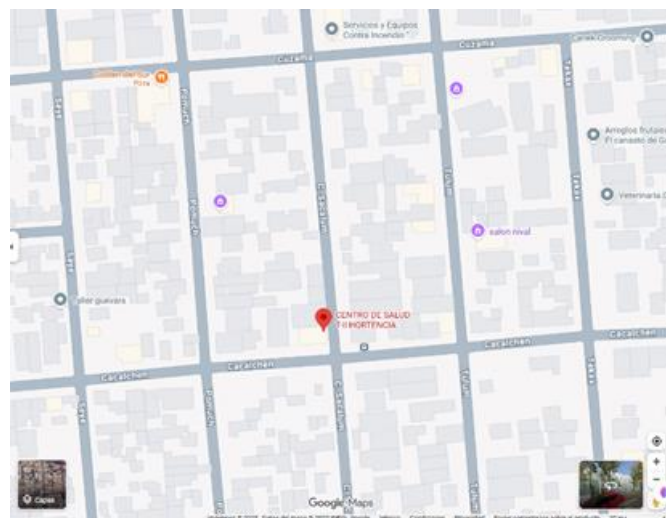
El diagnóstico de salud es aquel proceso que nos permitirá realizar un análisis de la situación de salud de un grupo, comunidad, por un tiempo determinado, evaluando los problemas, causas y recursos con los que se disponen para la atención y la resolución de problemas. (1) Esta herramienta nos permite conocer características geográficas, sociales, epidemiológicas y los servicios de salud. (2).

Existen tres tipos de diagnóstico de salud: administrativo, estratégico e ideológico. En esta esta investigación se realiza un diagnóstico de tipo estratégico, que tiene como objetivo determinar la relación entre las variables estudiadas y el papel que éstas definirán en el proceso salud-enfermedad, así como en identificar factores de riesgo y protección relacionados con las enfermedades. (2)

Se realiza un diagnóstico integral de la situación de salud de la población adscrita al Centro de Salud T-II “Hortencia”, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan e integrado al sistema IMSS-Bienestar. Este diagnóstico constituye una herramienta fundamental para comprender las condiciones actuales de salud de la comunidad, mediante el análisis de los principales problemas, necesidades y factores que influyen en su bienestar, con el propósito de generar información relevante que contribuya a la planeación y fortalecimiento de las acciones en salud.

La investigación se desarrolló durante el periodo comprendido entre agosto de 2025 y julio de 2026, y se enfocó en la descripción de las características sociodemográficas y económicas de la población, así como en el análisis del acceso a los servicios básicos de urbanización y de atención médica. Asimismo, se examinará la estructura poblacional por grupo etario, edad y sexo, además de identificar las principales causas de morbilidad en los pacientes atendidos en la unidad de salud y las condiciones de acceso a los servicios sanitarios en la Alcaldía Tlalpan y las colonias correspondientes al área de influencia del Centro de Salud T-II “Hortencia”.

ensia" se encuentra en Calle



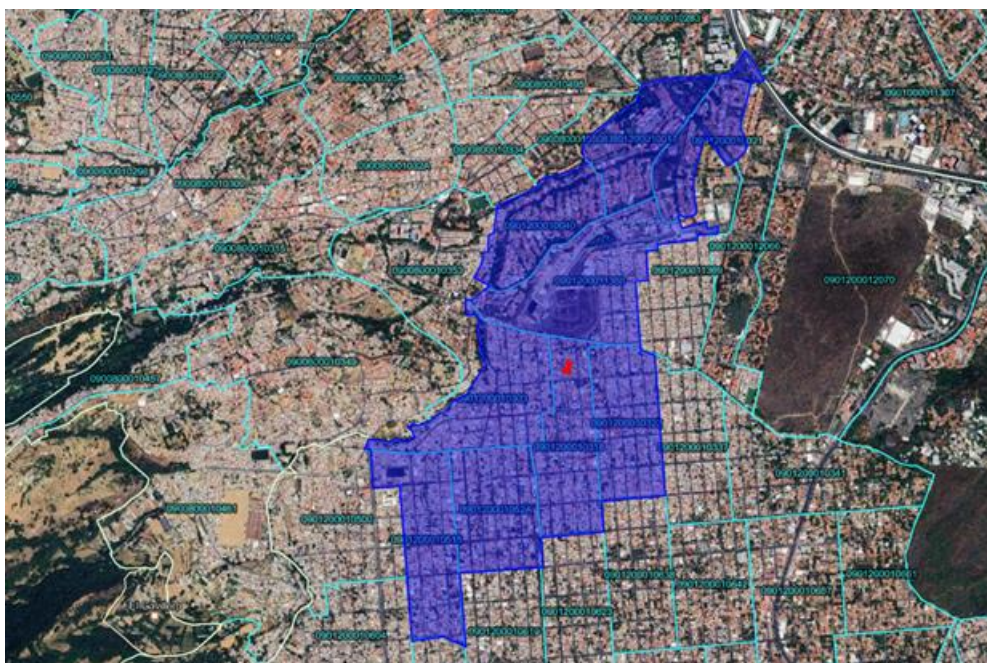


Figura 2. Área correspondiente al Centro de salud U.S.P.N. T-II "Hortencia". Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2025.

Servicios

El centro de salud ofrece diversos servicios, entre los cuales se encuentran los consultorios de consulta general, epidemiología, Gestión de calidad, farmacia, consultorio de salud bucal, somatometría, inmunizaciones, trabajo social, archivo clínico. (11)

Información sociodemográfica de la alcaldía

Ubicación geográfica

La Alcaldía Tlalpan se localiza al suroeste de la Ciudad de México, cuenta con las siguientes colindancias: Al norte con la alcaldía Coyoacán, al sur con el estado de Morelos (municipio de Huitzilac) y el estado de México (municipio de Santiago Tianguistenco), al oriente con las alcaldías de Xochimilco y Milpa Alta, y al poniente, con la alcaldía Magdalena Contreras y el estado de México (municipio de Xalatlaco) y cuenta con una extensión territorial de 312.85 km². (5) cuenta con las siguientes coordenadas geográficas, Latitud: 19.2839° N, Longitud: -99.2366° O. (6)



Figura 3. Mapa de la alcaldía Tlalpan. Fuente: Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva de la Ciudad de México. 2025

Orografía

La alcaldía tiene una altitud máxima de 3,932 msnm y una altitud mínima de 2,230 msnm, posee veinticuatro elevaciones y se ubica como una de las alcaldías con mayor altitud de la Ciudad de México. (5)

Hidrografía

Cuenta con una red formada por arroyos de carácter intermitente que recorren trayectos cortos para perderse en las áreas de mayor grado de permeabilidad, Cuenta con el río Eslava, que es intermitente y tiene un cauce fijo que delimita la alcaldía de La Magdalena Contreras. (7)



Figura 4. Simulador de Flujos de Agua de Cuencas Hidrográficas de la alcaldía Tlalpan. Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2013

Condiciones atmosféricas de la alcaldía

La alcaldía presenta 5 tipos de climas: templado subhúmedo con lluvias en verano de menor humedad, templado subhúmedo con lluvias en verano de humedad media, templado subhúmedo con lluvias en verano de mayor humedad, semifrío subhúmedo con lluvias en verano de mayor humedad, y semifrío subhúmedo con lluvias abundantes en verano, el clima que predomina en la alcaldía es el semifrío subhúmedo (5).

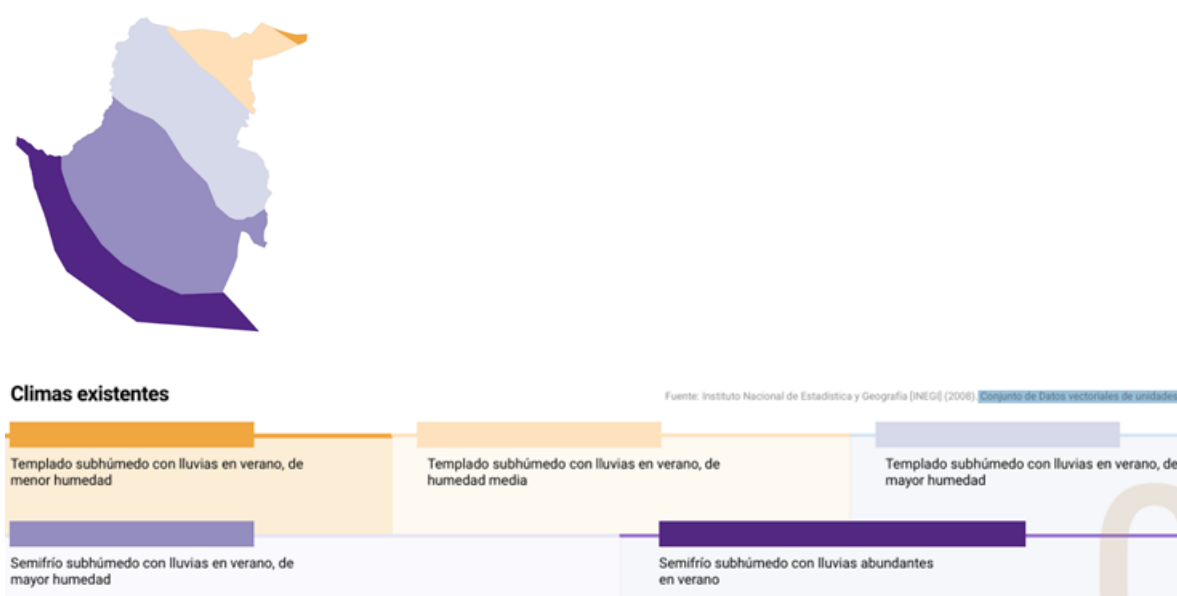


Figura 5. Conjunto de Datos vectoriales de unidades climáticas de la alcaldía Tlalpan. Fuente: INEGI. 2008.

Datos demográficos

Número de habitantes, por edad y sexo.

La alcaldía Tlalpan cuenta con una población de 699 mil 928 habitantes, de los cuales 365 mil 051 son mujeres y 334 mil 877 son hombres y el centro de salud Hortencia tiene asignada una población total de 28597 personas, lo que representa al 4.09% de la población total de la alcaldía de Tlalpan. (28)

De acuerdo con el listado obtenido del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Centro de Salud T-II “Hortencia” comprende nueve Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), cada una con una población determinada. Estas corresponden a la AGEB 0021, con 671 habitantes; la 0017, con 1,691 habitantes; la 0040, con 1,162 habitantes; la 1388, con 3,739 habitantes; la 0303, con 5,375 habitantes; la 0322, con 4,837 habitantes; la 0318, con 3,591 habitantes; la 0515, con 4,311 habitantes; y la 052A, con 3,220 habitantes (29). En la tabla 1 se muestra la población de la unidad de salud por grupo etario y por sexo.

Grupos de edad	Mujeres	Hombre	Total
Población de 0 a 14 años	2419	2517	4936
Población de 15 a 29 años	3268	3261	6529
Población de 30 a 49 años	4647	4083	8730
Población de 50 a 64 años	2708	2279	4910
Población de 65 años y más	1901	1427	3328
Total	14987	13610	28597

Tabla 1. Población por grupo etario y sexo correspondiente a la U.S.P.N. T-II “Hortencia”. Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del INEGI 2020. 2025.

Vivienda

Dentro del área asignada de la unidad de Salud, existen 8522 viviendas habitables, de las cuales 8305 son viviendas particulares habitadas, 19 viviendas particulares tienen piso de tierra, 2449 viviendas cuentan solo con 1 dormitorio, en 266 se encuentran 3 ocupantes por cuarto, 8456 viviendas particulares cuentan con el acceso a los servicios básicos (Energía eléctrica, agua entubada de la red pública, drenaje). (30)

Características económicas

En la tabla 2 se muestra la distribución de la población según su condición económica, edad y sexo donde la población se divide en diversas categorías según su participación económica, entre ellas se encuentra la población económicamente activa (PEA), que se subdivide en población ocupada y desocupada, por otro lado, está la población económicamente no activa, que corresponde a las personas que no forman parte de la fuerza laboral. (8).

	Femenino	Masculino	Total
Población de 12 años y más económicamente activa	7367	8691	16058
Población de 12 años y más ocupada	7280	8484	15764
Población de 12 años y más desocupada	87	207	294
Población de 12 años y más no económicamente activa	5706	2963	8669

Tabla 2. Información sobre la población económica correspondiente a la U.S.P.N. T-II "Hortencia". Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del INEGI 2020.

Situación conyugal

Dentro de la población del área asignada al centro de salud, un total de 24,755 personas cuentan con una situación conyugal. (31) esta información se describe según su situación conyugal, edad y sexo en la tabla 3.

	Femenino	Masculino	Total
Población de 12 años y más soltera o nunca unida	4532	4596	9128
Población de 12 años y más casada o unida	5962	5981	11943
Población de 12 años y más que estuvo casada o unida	2596	1088	3684

Tabla 3. Información sobre la situación conyugal de la población correspondiente a la U.S.P.N. T-II "Hortencia". Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del INEGI 2020.

Etnicidad

Como se observa en la tabla 4, dentro del área asignada al centro de salud, existe un número de habitantes que hablan alguna lengua indígena. (8) En la tabla 5 se describe la población que se considera y no se considera afroamericano o afrodescendiente.

Población hablante de alguna lengua indígena			
	Femenin o	Masculin o	Total
Población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena	179	137	318
Población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena y no habla español	0	0	0
Población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena y habla español	175	136	313

Tabla 4. Información sobre la población hablante de alguna lengua indígena por rango de edad y sexo correspondientes a la U.S.P.N. T-II "Hortencia". Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del INEGI 2020.

	Femenino	Masculino	Total
Población que se considera afroamericana o afrodescendiente	188	189	381

Tabla 5. Información sobre la población considerada afroamericana o afrodescendiente por sexo correspondientes a la U.S.P.N. T-II "Hortencia". Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del INEGI 2020.

Mortalidad

El número de defunciones registradas en el año 2020 en la alcaldía se muestran a continuación en la tabla 6.

Grupos de edad	Total, de hijas e hijos nacidos vivos de la población femenina de 12 años y más	Hijos e hijas fallecidos
12-14 años	46	0
15-19 años	1 828	50
20-24 años	10 754	285
25-29 años	23 465	621
30-34 años	33 783	991
35-39 años	43 897	1 316
40-44 años	49 882	1 730
45-49 años	54 242	1 975
50-54 años	54 634	2 436
55-59 años	50 285	2 799
60-64 años	51 025	3 268
Total	373 841	15 471

Tabla 6. Información sobre la mortalidad en la alcaldía Tlalpan. Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del INEGI 2020.

Escolaridad de la población estudiada.

Como se observa en la tabla 7 dentro de la población de edad escolar de entre 3 y 14 años 344 niños no asisten a la escuela y de esta población, 199 corresponden a niños de entre 3 y 5 años que no asisten a la escuela. (31)

Población	Asiste a la escuela	No asiste a la escuela	Total
De 3 a 5 años	693	199	892
De 6 a 11 años	2052	72	2124
De 12 a 14	1109	73	1182
Total	3854	344	4198

Tabla 7. Información sobre la asistencia a la escuela en la población de edad escolar correspondiente a la U.S.P.N. T-II "Hortencia". Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del INEGI 2020.

En la tabla 8 se observa que 23178 personas de las áreas geográficas correspondientes saben leer y escribir y 351 con la condición de analfabetismo. (30)

	Alfabeta	Analfabeto
Población de 15 años y más	23178	351

Tabla 8. Información sobre la alfabetización de la población correspondiente a la U.S.P.N. T-II "Hortencia". Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del INEGI 2020.

En la tabla 9 se aprecia que existen 14491 personas de 15 años y más que cuentan con una educación posbásica y 410 que no cuentan con alguna escolaridad. (29)

Grupo de edad	Sin escolaridad	Con educación básica incompleta	Con educación básica completa	Con educación pos básica
Población de 15 años y más	410	3842	4788	14491

Tabla 9. Información sobre la escolaridad de la población de 15 años y más correspondiente a la U.S.P.N. T-II "Hortencia". Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del INEGI 2020.

En la tabla 10 se aprecia que 5889 personas correspondientes a la población de 18 años y más cuentan con al menos un grado aprobado en educación media superior y 6974 de 25 años y más cuentan con al menos un grado aprobado en educación superior. (8)

Población por grupo de edad	
Población de 18 años y más con al menos un grado aprobado en educación media superior	5889
Población de 25 años y más con al menos un grado aprobado en educación superior	6974

Tabla 10.

Información sobre la escolaridad de la población de 18 y 25 años y más correspondiente a la U.S.P.N. T-II "Hortencia". Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del INEGI 2020.

Acceso a servicios de salud.

En la tabla 11 se observa que, dentro de la población del centro de salud, 20,007 personas están afiliadas a algún servicio de salud, mientras que 7,825 no cuentan con afiliación, de las personas afiliadas, 11,421 están registradas en el IMSS, 3,410 en el ISSSTE y 15,557 en un servicio particular. (8)

Población	Total
Población afiliada a servicios de salud	20007
Población sin afiliación a servicios de salud	7825
Población afiliada a servicios de salud en el IMSS	11421
Población afiliada a servicios de salud en el IMSS BIENESTAR	66

Tabla 11. Información sobre el acceso a servicios de salud de la población correspondiente a la U.S.P.N. T-II "Hortencia". Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del INEGI 2020.

Religión

En la tabla 12 se identifica que en la población existen diversas religiones, 22,145 personas profesan la religión católica, 1,831 pertenecen a algún grupo protestante o cristiano evangélico y 4,373 no cuentan con adscripción religiosa. (31)

Población	Total
Población con religión católica	22145
Población con grupo religioso protestante/cristiano evangélico	1831
Población con otras religiones diferentes a las anteriores	134
Población sin religión o sin adscripción religiosa	4373

Tabla 12. Información de la población con algún tipo de religión correspondiente a la U.S.P.N. T-II "Hortencia". Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del INEGI 2020.

Migración

En la tabla 13 se aprecia que de las 28597 personas correspondientes al centro de salud 23619 nacieron en la entidad, 4,610 en otra entidad federativa y 266 en otro país, asimismo 26,445 personas de cinco años y más residían en la entidad en marzo 2015. (30)

	Mujeres	Hombres	Total
Población nacida en la entidad	12086	11533	23619
Población nacida en otra entidad	2703	1907	4610
Población nacida en otro país			266
Población de 5 años y más residente en la entidad en marzo de 2015	13865	12580	26445
Población de 5 años y más residente en otra entidad en marzo de 2015	357	276	633
Población de 5 años y más residente en otro país en marzo de 2015			83
Población de 5 años y más residente en Estados Unidos de América en marzo de 2015			22

Tabla 13. Información sobre la población migrante y nacida en la entidad correspondiente a la U.S.P.N. T-II "Hortencia". Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del INEGI 2020.

JUSTIFICACIÓN

Este diagnóstico de salud constituye un instrumento esencial para reconocer las condiciones de salud y enfermedad de la población atendida en la unidad de salud T-II Hortencia, así como los factores que influyen en su bienestar. Su realización permite obtener información objetiva y actualizada sobre las características sociodemográficas, epidemiológicas y de atención médica de la población, lo que facilita la detección de las principales necesidades y problemáticas de salud presentes.

Este diagnóstico parte del análisis integral de la situación de la comunidad usuaria, reconociendo que toda indagación en materia sanitaria debe sustentarse en los principios normativos que garantizan el derecho a la salud. En este sentido, se fundamenta en el artículo cuarto constitucional, que establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. (10)

OBJETIVO

Objetivo General.

Identificar las causas que originan la demanda de servicios de atención médica en la población adscrita a la unidad de salud T-II 'Hortencia', durante el periodo comprendido entre agosto de 2025 y febrero de 2026.

Objetivos específicos.

- Describir las características sociodemográficas.
- Establecer las principales causas de motivo de atención en consulta
 - Determinar las causas principales de morbilidad de la unidad de salud por grupos de edad y sexo.
 - Clasificar las causas principales de morbilidad de la unidad de salud por mes.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de tipo transversal.

Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por los usuarios atendidos en la unidad de salud en el periodo comprendido entre agosto de 2025 y febrero de 2026.

Recolección de datos

La recolección de datos fue enfocada en la base de datos SCINCE del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), de los sistemas de consulta del INEGI, de los registros del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud de México, así como también de los datos recabados en la consulta médica del centro de salud del periodo de agosto 2025 y febrero 2026.

Definición operacional de las variables

La edad se definió como el número de años cumplidos por el paciente de acuerdo con el expediente clínico y al momento de la consulta médica, esta variable se clasificó en grupos etarios para su estudio, así como también se utilizó como variable cuantitativa discreta.

El sexo se estableció como la condición biológica del paciente registrado en el expediente clínico como masculino o femenino y se utilizó como variable cualitativa nominal dicotómica.

La colonia de residencia se determinó de acuerdo con la dirección proporcionada por el paciente durante la consulta y se clasificó en base a si esta dirección procedía de las colonias correspondientes a la unidad de salud o alguna fuera de la cobertura de este mismo, por lo que se conceptualizó como una variable cualitativa nominal.

El diagnóstico médico se utilizó como la enfermedad, lesión o síndrome identificado y registrado por el personal médico durante la consulta y se precisó como una variable cualitativa nominal.

El tipo de atención se registró como consulta de primera vez cuando el paciente acudió por primera ocasión por un padecimiento específico, o como consulta subsecuente cuando correspondió a una consulta de seguimiento o control del mismo padecimiento por lo que se determinó como variable cualitativa nominal dicotómica.

El mes de atención se conceptualizó como el mes del calendario en el cual el paciente recibió la consulta médica en la unidad de salud y se utilizó como variable cualitativa nominal.

La afiliación a la unidad de salud se estableció como la condición del paciente de no estar o si estar adscrito a los servicios de salud IMSS- Bienestar y se precisó como variable cualitativa nominal.

El motivo de atención se definió como la razón por la que el paciente solicita la consulta, si solicitó la consulta por enfermedad o por una evaluación médico general (sano) y se determinó como variable cualitativa nominal dicotómica.

Plan de análisis

Se realizó un análisis descriptivo de la información obtenida. Las variables cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes, las variables cuantitativas se describen en medidas de tendencia central siendo estas media y moda. Los resultados se organizaron en tablas y gráficas.

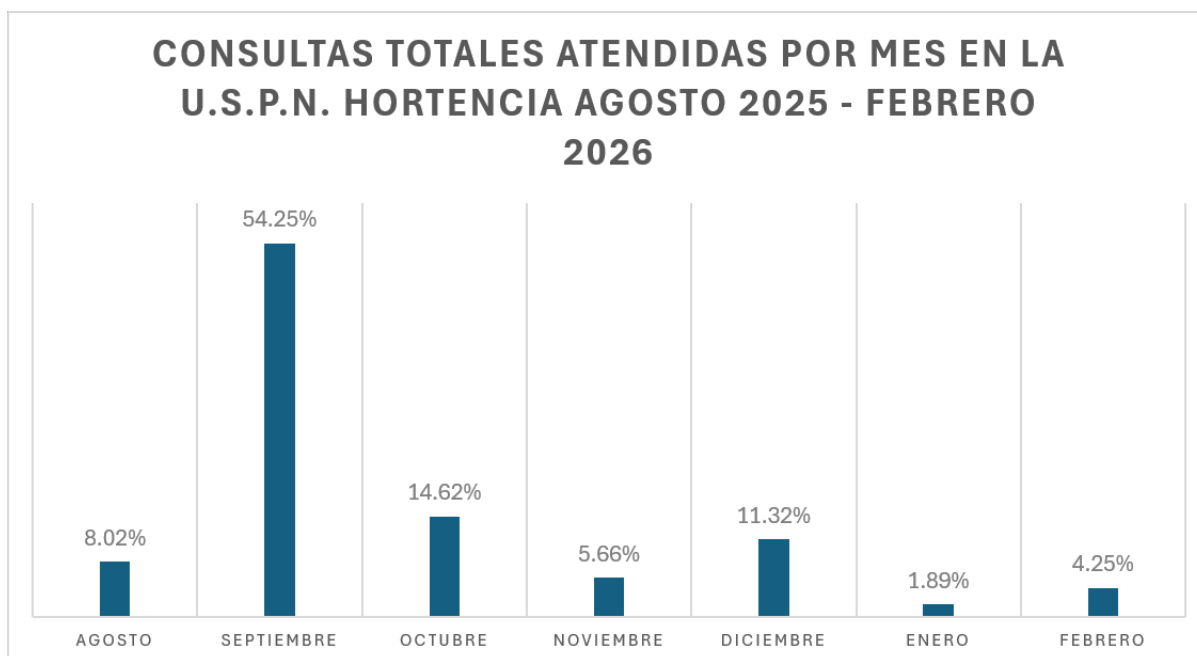
RESULTADOS

Total, de consulta atendida

Durante el periodo de estudio se registraron un total de 212 consultas dadas en la unidad de salud, que se dieron en un lapso de 135 días de lunes a viernes. Se obtuvo un promedio diario de consulta de 1.57 atenciones.

Total, de consultas atendidas mensualmente

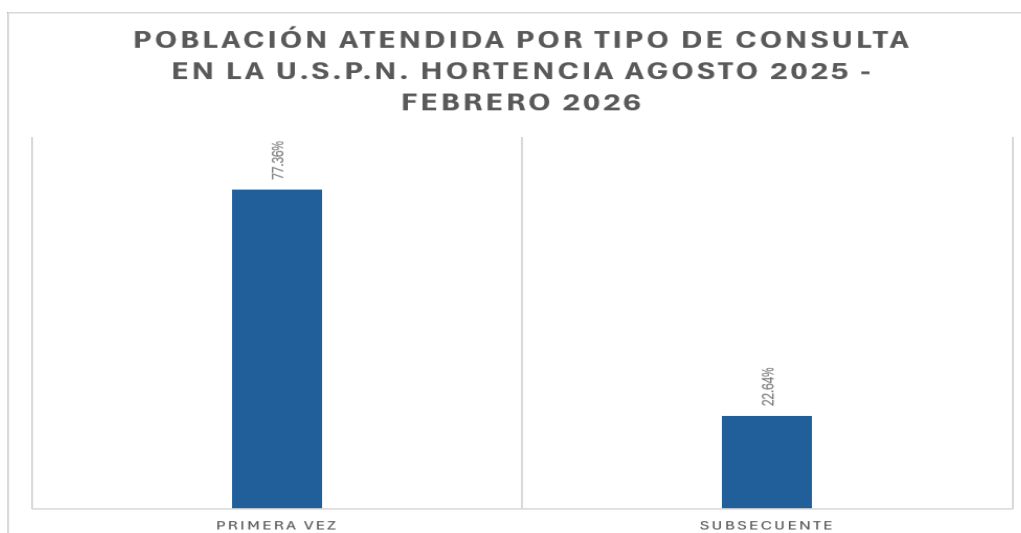
Como se observa en la gráfica 1, la distribución mensual de consultas mostró variabilidad. En el mes de septiembre se registró el mayor número de consultas, con 115 atenciones, lo que representa el 54.25% del total, este valor fue considerablemente superior al resto de los otros meses debido a que se realizó promoción de la salud sexual, así como también promoción para la colocación de implante subdérmico. Por otro lado, el mes con menor número de consultas fue enero, con únicamente 4 atenciones (1.89%).



Gráfica 1. Consultas totales atendidas por mes en U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026. Fuente: Elaboración propia. 2026.

Población atendida por tipo de consulta

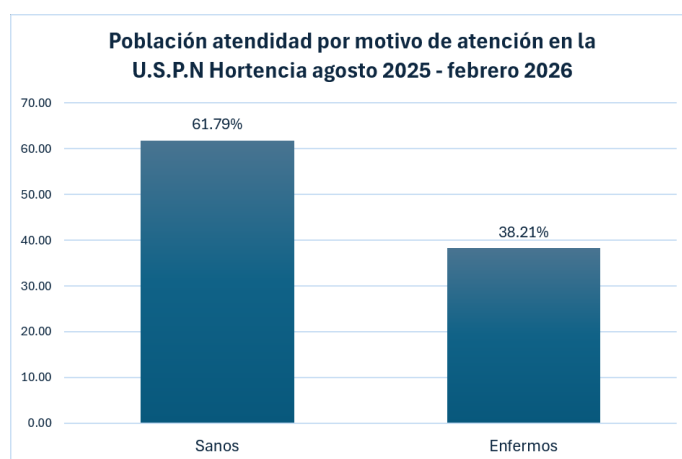
Se encontró un mayor número de consultas a pacientes de primera vez, con 164 consultas, representando el 77.36% del total y fueron 48 de las consultas subsecuentes, equivalentes al 22.64%. Esta diferencia refleja una mayor captación de nuevos pacientes, pero una menor proporción de seguimiento clínico durante el periodo de estudio. (Gráfica 2)



Gráfica 2. Población atendida por tipo de consulta en U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026. Fuente: Elaboración propia. 2026.

Población atendida por motivo de atención

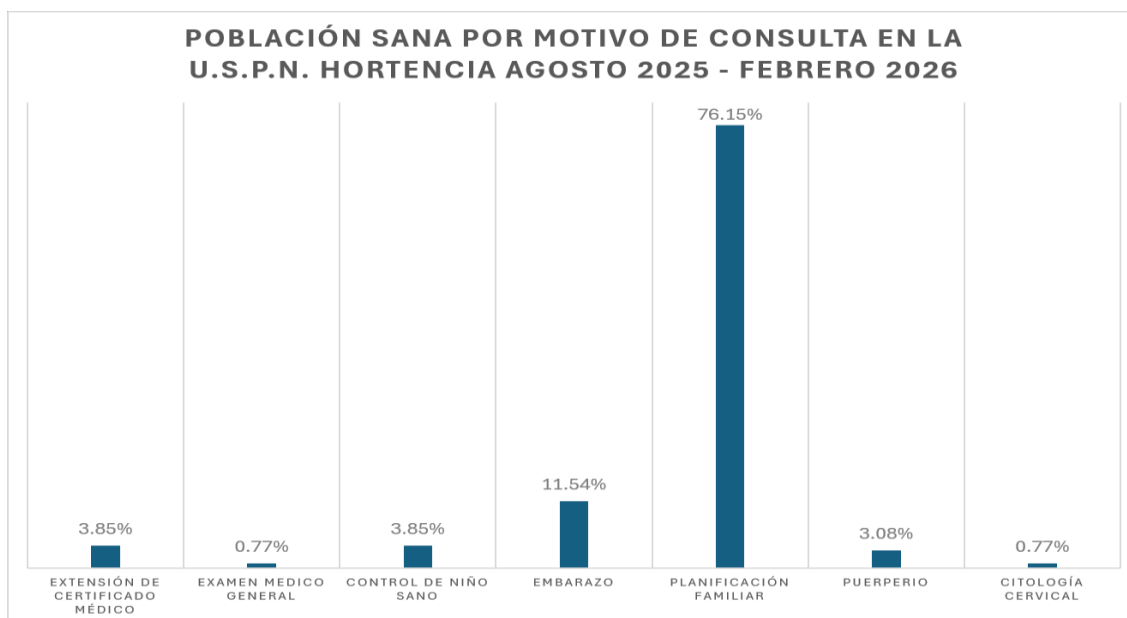
La Gráfica 3 muestra que la mayor proporción de las consultas correspondió a población sana, con 131 consultas (61.79%), mientras que la población enferma representó 81 consultas (38.21%). Estos resultados reflejan un predominio de actividades preventivas sobre las curativas, teniendo una mayor incidencia de los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la unidad médica.



Gráfica 3. Población atendida por motivo de atención en U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026. Fuente: Elaboración propia. 2026.

Población Sana atendida por motivo de atención

Como se muestra en la Gráfica 4, el principal motivo de consulta en la población sana fue la planificación familiar, con un total de 99 consultas, lo que representó el 76.15% del total. Dentro de este rubro se incluyen procedimientos como la colocación y retiro de implante subdérmico (de una o dos varillas), la colocación de dispositivo intrauterino y la orientación en planificación familiar. El segundo motivo de consulta más frecuente fue el control prenatal, con 15 consultas, correspondiente al 11.54% de la población analizada.



Gráfica 4. Población Sana atendida por motivo de atención en U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026.
Fuente: Elaboración propia. 2026.

Población atendida de acuerdo con grupo de edad y sexo

De acuerdo con la Tabla 1, el sexo femenino representó la mayor proporción de la población atendida, con 182 consultas (85.85%), mientras que el sexo masculino registró 30 consultas (14.15%). En relación con la distribución por grupos de edad, el grupo de 15 a 24 años presentó el mayor número de consultas, con 99 pacientes (46.69%). Por el contrario, el grupo de 6 a 14 años fue el de menor frecuencia, con 9 pacientes (4.24%).

Población atendida por edad y sexo en la U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026						
Grupo etario	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 a 5 años	9	4.95	4	13.33	13	6.13
6 a 14 años	2	1.10	7	23.33	9	4.25
15 a 24 años	96	52.75	3	10.00	99	46.70

25 a 64 años	64	35.16	10	33.33	74	34.91
65 años o más	11	6.04	6	20.00	17	8.02
Total	182	100.00	30	100.00	212	100.00

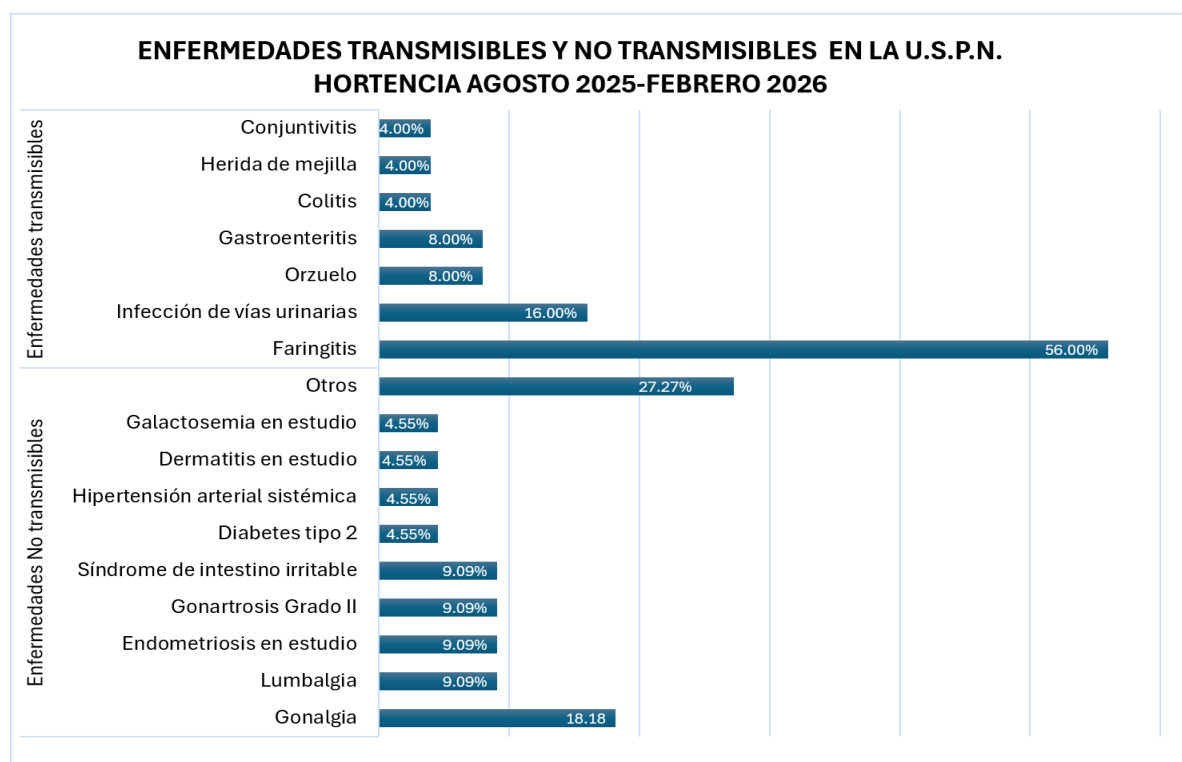
Tabla 1. Población atendida por edad y sexo en U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026. Fuente: Elaboración propia. 2026.

Principales causas de morbilidad

Como se muestra en la gráfica 5 se registraron un total de 47 casos de enfermedades diagnosticadas de primera vez, de los cuales 25 corresponden a enfermedades transmisibles (53.19%) y 22 a enfermedades no transmisibles (46.81%), mostrando una mayor incidencia de enfermedades transmisibles.

La enfermedad transmisible más frecuente fue la faringitis (56%), mientras que las heridas de mejilla y la conjuntivitis tuvieron la menor frecuencia, con un caso cada una, equivalente al 4% del total para cada diagnóstico.

Las enfermedades no transmisibles con mayor incidencia fue la gonalgia con 4 casos representando el 18.18 % de las enfermedades no transmisibles menor frecuencia fueron diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, dermatitis en estudio y galactosemia en estudio, con un caso cada una (4.55%), el grupo de "otros diagnósticos" en enfermedades no transmisibles representan una menor frecuencia con 6 casos (27.27%).



Gráfica 5. Enfermedades no transmisibles y transmisibles en U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026.
Fuente: Elaboración propia. 2026.

Tasas de incidencia de las causas principales de morbilidad por grupo de edad

La Tabla 2 muestra que la tasa de incidencia total de enfermedades transmisibles fue de 0.87 por cada 1000 individuos, además se muestra que el grupo de edad de 0 a 14 años fue el más afectado, con una tasa de 1.62 por cada 1000 personas, la faringitis presentó la mayor tasa de incidencia siendo más alta en el grupo de 0 a 14 años de 0.42 por cada 1000 personas, teniendo una mayor afectación en población infantil.

Tasa de enfermedades transmisibles por grupo de edad en U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026					
Diagnóstico ¹	Grupo etario				Total
	0-14 años	15-24 años	25-64 años	65+ años	
Faringitis	1.42	0.46	0.29	0.00	0.49

Infección de vías urinarias	0.00	0.15	0.22	0.00	0.14
Orzuelo	0.00	0.00	0.07	0.30	0.07
Gastroenteritis	0.20	0.00	0.07	0.00	0.07
Colitis	0.00	0.00	0.07	0.00	0.03
Herida de mejilla	0.00	0.00	0.00	0.30	0.03
Conjuntivitis de repetición	0.00	0.00	0.07	0.00	0.03
Total	1.62	0.61	0.81	0.60	0.87

Tabla 2. Tasa de enfermedades transmisibles por mes en U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026. Fuente: Elaboración propia. 2026.

¹Tasas calculadas por cada 1,000 habitantes

En la tabla 3 se muestra que la tasa de incidencia total de enfermedades no transmisibles fue de 0.77 por cada 1000 individuos. El grupo de edad más afectado fue el de 65 años o más, con una tasa de 1.20, mientras que la gonalgia y la lumbalgia presentó la mayor tasa de incidencia de 0.31 en la población de 15 a 24 años.

Tasa de enfermedades no transmisibles por grupo de edad en U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026					
Diagnóstico¹	Grupo etario				
	0-5 años	15-24 años	25-64 años	65 o más	
Gonalgia (derecha/izquierda)	0.00	0.31	0.07	0.30	0.14
Lumbalgia	0.00	0.31	0.00	0.00	0.07
Endometriosis en estudio	0.00	0.15	0.07	0.00	0.07
Gonartrosis Grado II	0.00	0.00	0.15	0.00	0.07
Síndrome de intestino irritable	0.00	0.00	0.15	0.00	0.07
Diabetes tipo 2	0.00	0.00	0.07	0.00	0.03

Hipertensión arterial sistémica	0.00	0.00	0.00	0.30	0.03
Dermatitis en estudio	0.00	0.15	0.00	0.00	0.03
Galactosemia en estudio	0.20	0.00	0.00	0.00	0.03
Otros	0.00	0.15	0.22	0.60	0.21
Total	0.20	1.07	0.73	1.20	0.77

Tabla 3. Tasa de enfermedades no transmisibles por mes en U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026.
Fuente: Elaboración propia. 2026.

¹Tasas calculadas por cada 1,000 habitantes

Tasas de incidencia de las causas principales de morbilidad por sexo

La tasa total de enfermedades transmisibles mostradas en la tabla 4 fue de 0.87 por cada 1000 sujetos, siendo mayor en el sexo femenino 0.93 por cada 1000 individuos. La faringitis presentó la mayor tasa de incidencia total de 0.49 por cada 1000 personas y siendo más alta en el sexo masculino.

Tasas de enfermedades transmisibles por sexo en la U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026				
	Diagnóstico¹	Femenino	Masculino	Total
1	Faringitis	0.40	0.53	0.49
2	Infección de vías urinarias	0.27	0.00	0.14
3	Orzuelo	0.13	0.00	0.07
4	Gastroenteritis	0.07	0.07	0.07
5	Colitis	0.07	0.00	0.03
6	Herida de mejilla	0.00	0.07	0.03
7	Conjuntivitis	0.00	0.07	0.03

	Total	0.93	0.73	0.87
--	--------------	------	------	------

Tabla 4. Tasas de enfermedades transmisibles por sexo en la U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026.
Fuente: Elaboración propia. 2026.

¹Tasas calculadas por cada 1,000 habitantes

En la tabla 5, la gonalgia presentó la mayor tasa de incidencia total de 0.14 por cada 1000 personas, siendo mayor en mujeres. En hombres la lumbalgia tuvo la mayor tasa de incidencia de 0.15 por cada 1000 individuos. Las enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica presentaron una tasa de 0.03 por cada 1000 sujetos.

Tasas de enfermedades no transmisibles por sexo en la U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026				
	Diagnóstico ¹	Femenino	Masculino	Total
1	Gonalgia (derecha/izquierda)	0.20	0.07	0.14
2	Lumbalgia	0.00	0.15	0.07
3	Endometriosis en estudio	0.13	0.00	0.07
4	Gonartrosis Grado II	0.13	0.00	0.07
5	Síndrome de intestino irritable	0.13	0.00	0.07
6	Diabetes tipo 2	0.07	0.00	0.03
7	Hipertensión arterial sistémica	0.07	0.00	0.03
8	Dermatitis en estudio	0.07	0.00	0.03
9	Galactosemia en estudio	0.07	0.00	0.03

10	Otros	0.33	0.07	0.21
----	-------	------	------	------

Tabla 5. Tasas de enfermedades no transmisibles por sexo en U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026. Fuente: Elaboración propia. 2026.

¹Tasas calculadas por cada 1,000 habitantes

Tasas de incidencia de las causas principales de morbilidad por mes

En la tabla 6 se muestra que el mes con mayor tasa de incidencia fue diciembre, con una tasa de 0.21 por cada 1000 individuos, la faringitis fue la principal causa de morbilidad transmisible y presentó la mayor tasa de incidencia total de 0.49 por cada sujeto.

Tasas de enfermedades transmisibles por mes en la U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026								
Diagnóstico ¹	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Total
Faringitis	0.10	0.10	0.10	0.00	0.10	0.03	0.03	0.49
Infección de vías urinarias	0.00	0.03	0.00	0.03	0.03	0.03	0.00	0.14
Orzuelo	0.00	0.00	0.00	0.03	0.03	0.00	0.00	0.07
Gastroenteritis	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00	0.03	0.07
Colitis	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03
Herida de mejilla	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03
Conjuntivitis	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.03
TOTAL	0.10	0.14	0.17	0.10	0.21	0.07	0.07	0.87

Tabla 6. Tasas de enfermedades transmisibles por mes en U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026. Fuente: Elaboración propia. 2026.

¹Tasas calculadas por cada 1,000 habitantes

En la tabla 7 se muestra que el mes con mayor tasa de incidencia fue septiembre, con una tasa de 0.31 por cada 1000 personas, la gonalgia presentó la mayor tasa de incidencia de 0.14 por cada 1000 sujetos.

Tasas de enfermedades no transmisibles por mes en la U.S.P.N. Hortencia agosto 2025- febrero 2026								
Diagnóstico ¹	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Total
Gonalgia (derecha/izquierda)	0.00	0.10	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.14
Lumbalgia	0.00	0.03	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.07
Endometriosis en estudio	0.00	0.03	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07
Gonartrosis Grado II	0.00	0.00	0.03	0.03	0.00	0.00	0.00	0.07
Síndrome de intestino irritable	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00	0.07
Diabetes tipo 2	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03
Hipertensión arterial sistémica	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03
Dermatitis en estudio	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.03
Galactosemia en estudio	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03
Otros	0.00	0.07	0.03	0.00	0.10	0.00	0.00	0.21
Total	0.00	0.31	0.21	0.10	0.10	0.03	0.00	0.77

Tabla 7. Tasas de enfermedades no transmisibles por mes en U.S.P.N. Hortencia agosto 2025-febrero 2026.
Fuente: Elaboración propia. 2026.

¹Tasas calculadas por cada 1,000 habitantes

DISCUSIÓN

El presente diagnóstico de salud permitió identificar las principales características epidemiológicas de la población atendida en la Unidad de Salud durante el periodo de estudio. Se registraron 212 consultas, con un promedio diario de 1.57 atenciones, lo que refleja una baja cantidad de consultas realizadas. Es importante considerar que durante el periodo de tiempo que duró el estudio no todos los días se contó con acceso a un consultorio para proporcionar atención, debido a cambios y ajustes en el orden de rotación por los servicios de consulta. Durante gran parte de este periodo se cubrieron los servicios de atención médica y epidemiología, además de participar en actividades como jornadas de salud, campañas de vacunación, cercos epidemiológicos, detecciones y campaña antirrábica. Debido a esta dinámica, se tuvo acceso a consultorio aproximadamente cada cinco semanas.

En relación con el tipo de atención proporcionada, el predominio de consultas en población considerada sana (61.79%) donde la planificación familiar fue el principal motivo de consulta, con 75.57% de las atenciones. Estos resultados evidencian que la planificación familiar constituye el principal motivo de atención médica en la población estudiada y reflejan una participación de la población femenina en edad reproductiva en estos programas de salud.

En relación con la distribución por sexo y edad, se encontró un predominio del sexo femenino (85.85%), especialmente en el grupo de edad de 15 a 24 años (46.69%). Este comportamiento puede relacionarse con que las mujeres presentan una mayor utilización de servicios ambulatorios en comparación con los hombres (25). Asimismo, es importante considerar que durante el mes de septiembre se realizó una promoción importante de educación sexual y de métodos de planificación familiar, con participación en la colocación de implantes subdérmicos, en donde la población presenta mayor posibilidad de utilizar este servicio y demás incluidos dentro de los servicios preventivos de salud sexual y reproductiva (26).

En cuanto a la morbilidad la enfermedad transmisible más frecuente fue la faringitis, con 14 casos, representando el 56% de las enfermedades transmisibles. Este hallazgo es consistente con el comportamiento de esta enfermedad, donde las infecciones respiratorias representan una de las principales causas de consulta (12).

En cuanto al comportamiento mensual de las tasas de incidencia, en diciembre, las enfermedades transmisibles presentaron la mayor tasa de incidencia, con 0.21 por cada 1000 personas, constituyendo el valor máximo registrado durante el periodo de estudio. Mientras que, en las enfermedades no transmisibles, el mes con mayor tasa de incidencia fue septiembre, con una tasa de 0.31 por cada 1000 personas. Este comportamiento debe interpretarse considerando la dinámica de atención de la unidad durante el periodo estudiado, particularmente la disponibilidad de consultorio y la participación en actividades extramuros y preventivas.

A partir de los resultados obtenidos durante el diagnóstico se permite observar que, además de la presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, una proporción importante de las atenciones estuvo relacionada con actividades preventivas, particularmente con la planificación familiar. La mayor cantidad de consultas correspondió a este servicio, por lo que en ese sentido resulta importante continuar promoviendo estrategias orientadas a incrementar la cobertura y el acceso a los servicios de planificación familiar ya que la evidencia científica demuestra que las intervenciones educativas estructuradas aumentan significativamente el conocimiento sobre anticoncepción y promueven una toma de decisiones informada (22).

Por otro lado, aunque las enfermedades no transmisibles representaron una proporción ligeramente menor de los casos incidentales, la identificación de padecimientos como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica hace necesario mantener acciones de detección, seguimiento y educación para la salud, particularmente en los grupos de mayor edad, ya que la diabetes tipo 2 continúa siendo uno de los principales problemas de salud por la dificultad de mantener un adecuado control metabólico (27). Asimismo la presencia de gonalgia y lumbalgia evidencia la necesidad de considerar acciones preventivas relacionadas con lesiones musculoesqueléticas y factores asociados al dolor crónico en la población adulta.

En general, los resultados obtenidos permiten reconocer la importancia del primer nivel de atención como un espacio fundamental para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la detección oportuna y la atención de los principales problemas de salud de la población. En particular, los hallazgos muestran la relevancia de fortalecer las estrategias de planificación familiar y salud sexual y

reproductiva, sin dejar de atender las necesidades relacionadas con las enfermedades transmisibles y no transmisibles identificadas durante el periodo de estudio.

CONCLUSIÓN

El presente diagnóstico de salud permitió identificar las principales causas de atención en la U.S.P.N T-II Hortencia durante el periodo de estudio, se observó una gran participación de la población sana en los programas de promoción de la salud y de planificación familiar, siendo además que la población más atendida corresponden al sexo femenino en especial en personas de 15 a 24 años de edad, se identificó a la faringitis como la principal causa de morbilidad seguida de las infecciones de vías urinarias y en cuanto a la gonalgia y lumbalgia siendo que éstas son las más frecuentes en enfermedades no transmisibles. En conjunto, los resultados permitieron identificar las principales características y necesidades de atención de la población estudiada, así como algunos aspectos que pueden fortalecerse en la promoción de la salud, la prevención y la atención. Estos hallazgos pueden servir como referencia para planear futuras estrategias de actividades y acciones de salud.

INTERVENCIÓN

“Intervención de consejería balanceada plus (ECB+), adaptada a la aceptación y continuidad del implante subdérmico en mujeres de 15 a 49 años”

JUSTIFICACIÓN

La planificación familiar constituye una de las estrategias fundamentales del primer nivel de atención para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, así como también prevenir embarazos no planeados. Dentro de esta estrategia se promueve la colocación de implantes subdérmicos, siendo estos de las opciones más eficaces debido a su larga duración y su alta tasa de efectividad, sin embargo, su éxito depende no solo de su colocación sino también de la permanencia de las usuarias en el método, del seguimiento oportuno y de una consejería integral que permita resolver dudas, identificar efectos secundarios durante las consultas subsecuentes y fortalecer la confianza en su uso.

En Unidad de Salud T-II "Hortencia", durante la consulta habitual como en las actividades extramuros de planificación familiar, el implante subdérmico forma parte de los métodos anticonceptivos ofertados por lo que resulta pertinente fortalecer las estrategias de consejería y educación para la salud dirigidas a las usuarias.

Se ha demostrado que una consejería anticonceptiva de calidad, basada en información clara sobre el método, sus posibles efectos secundarios y las alternativas disponibles, favorece una toma de decisiones informada, mejorando la satisfacción de las usuarias y se asocia con una mayor continuidad en el uso de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración. (18)

En este contexto, fortalecer el conocimiento de las usuarias y disminuir la presencia de mitos relacionados con el implante subdérmico constituye una estrategia importante para fortalecer el uso informado del método y contribuir a una atención centrada en las necesidades de la mujer.

Además, comprender los factores que influyen en su aceptación permitirá orientar y fortalecer las estrategias de consejería y educación para la salud desarrolladas por la Unidad Sanitaria de Primer Nivel T-II "Hortencia", promoviendo una atención más adecuada a las características y necesidades de la población atendida.

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el conocimiento y la aceptación del implante subdérmico en mujeres en edad reproductiva que participan en las actividades extramuros de la Unidad de Salud de Primer Nivel T-II "Hortencia", mediante una intervención educativa, durante el periodo comprendido entre septiembre de 2025 y mayo de 2026.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar la información proporcionada a las usuarias para la toma de decisión sobre el método anticonceptivo.
2. Medir la calidad interpersonal de la atención e información recibida.
3. Determinar el cambio en el conocimiento y percepción en la usuaria previo y posterior a la intervención.

METODOLOGÍA

Se realizó un proyecto de intervención educativa con enfoque cuantitativo y alcance descriptivo, dirigido a mujeres en edad reproductiva participantes de actividades extramuros y usuarias de la Unidad Sanitaria de Primer Nivel T-II Hortencia.

La intervención consistió en una estrategia de educación para la salud orientado a fortalecer los conocimientos sobre el implante subdérmico y disminuir los mitos relaciones con este método anticonceptivo. Para evaluar el impacto de la intervención se aplicaron encuestas pre-post de la actividad educativa y una encuesta de elaboración propia para valorar conocimientos, mitos, continuidad y satisfacción con el método.

Criterios de inclusión

1. Mujeres de 15 a 49 años.
2. Mujeres que nunca utilizaron el implante, que estén usando implante y/o utilizaron el implante subdérmico.
3. Participantes de actividades extramuros o usuarias de la Unidad Sanitaria de Primer Nivel T-II Hortencia.
4. Que aceptaron participar voluntariamente en la intervención educativa.
5. Que respondieron la encuesta preintervención y postintervención.

Criterios de exclusión

1. Mujeres que no aceptaron participar en el proyecto.
2. Mujeres que no pudieron responder de manera autónoma las encuestas aplicadas.

Criterios de eliminación

1. Encuestas incompletas.
2. Abandono de la intervención.
3. Falta de respuesta a la encuesta posterior a la intervención.

Diseño de intervención

La presente intervención consistió en la implementación de una guía de consejería en planificación familiar la cual fue elaborada y basada en la balanced counseling strategy plus (BCS+) (7), dirigida a mujeres en edad reproductiva participantes de actividades extramuros y usuarias de la Unidad Sanitaria de Primer Nivel T-II "Hortencia".

La intervención se realizó de manera individual por el médico pasante durante las jornadas de salud y tuvo una duración aproximada de 20 a 25 minutos por participante. Antes de la estrategia de intervención se recabaron datos demográficos de las participantes siendo estos edad, escolaridad y estado civil.

La estrategia de intervención se desarrolló en 4 etapas: (18)

Pre-elección: Se estableció confianza, se explicó el propósito de la sesión e investigar antecedentes del uso previo de métodos anticonceptivos.

Elección del método anticonceptivo: Se informó sobre la eficacia, duración, modo de uso, ventajas, efectos secundarios y retorno de la fertilidad.

Post elección del método: Procedimiento de colocación, duración, mecanismo de acción, cambios esperados, efectos secundarios, signos de alarma, cuando acudir a revisión.

Apoyo al método elegido: Como parte del fortalecimiento de la continuidad del método, se elaboró un plan de seguimiento, enfatizando la importancia de acudir consulta médica para su seguimiento.

Se realizó una evaluación de la sesión educativa con dos encuestas, siendo que la primera se realizó en una primera ocasión antes de la consejería y otra posterior a la sesión educativa. El primer instrumento fue la escala interpersonal quality of family planning (IQFP), utilizada para medir la calidad interpersonal de la atención y la participación de la usuaria en la toma de decisiones relacionadas con la planificación familiar, la encuesta está conformada por 11 preguntas, que se contestaron con la escala de calificación Likert, por números del 1 al 5, de deficiente a excelente, con un rango total de puntaje de 11 a 55 puntos, donde a mayor puntuación, mayor calidad interpersonal de la consejería (14).

La segunda encuesta evaluó conocimientos y mitos, que fue de elaboración propia, diseñada específicamente para este proyecto de intervención tomando referencia los siguientes artículos científicos: “Seguridad y beneficios de los implantes anticonceptivos: Una revisión sistemática” (15) y “Mitos y conceptos erróneos comunes sobre la anticoncepción hormonal” (16).

Dicha encuesta se aplicó antes y después de la sesión educativa para evaluar cambios en el nivel de conocimiento y corregir conceptos erróneos relacionados con el implante subdérmico, este instrumento constó de 10 preguntas con respuestas dicotómicas; las cuales se calificaron asignando 1 punto por cada respuesta correcta y 0 puntos por cada respuesta incorrecta, con un puntaje total de 0 a 10 puntos, donde un mayor puntaje indica mayor conocimiento sobre el método anticonceptivo.

Los instrumentos de evaluación fueron digitalizados mediante la plataforma google forms para facilitar su aplicación durante las actividades extramuros y en la unidad de salud. A continuación, se presenta evidencia del formulario utilizado.

ANEXO 2. Interpersonal Quality of Family Planning (IQFP)

Escala: 1=Nada, 2=Poco, 3=Regular, 4=Mucho, 5=Totalmente

1. El personal de salud me permitió expresar mis preferencias respecto al método anticonceptivo. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 2. El personal escuchó atentamente mis dudas y preocupaciones. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 3. El personal me trató con respeto. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 4. Recibí información suficiente para tomar una decisión informada. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 5. El personal explicó claramente ventajas y desventajas del implante. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 6. Sentí que participé en la decisión de utilizar este método. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 7. El método elegido se ajustó a mis necesidades y preferencias. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 8. El personal respondió adecuadamente mis preguntas. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 9. Me sentí cómoda durante la consulta. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 10. El personal tomó en cuenta mis circunstancias personales. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 11. Estoy satisfecha con la atención recibida. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- Interpretación: 44-55=Calidad alta; 33-43=Calidad moderada; ≤33=Calidad baja.

Encuesta 1 La escala de Calidad Interpersonal de la Planificación Familiar. Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del EMERGE 2023.

ANEXO 3. Encuesta de conocimientos, mitos, continuación y satisfacción con el método anticonceptivo

Sección A. Conocimientos

1. El implante es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces.

Verdadero ☐ Falso ☐

2. El implante puede retirarse antes del tiempo programado.

Verdadero ☐ Falso ☐

3. La fertilidad regresa después del retiro del implante.

Verdadero ☐ Falso ☐

4. El implante protege contra infecciones de transmisión sexual.

Verdadero ☐ Falso ☐

5. Algunas alteraciones menstruales pueden ocurrir durante su uso.

Verdadero ☐ Falso ☐

Respuestas correctas: V, V, V, F, V.

Sección B. Mitos

1. El implante puede desplazarse por todo el cuerpo.

Verdadero ☐ Falso ☐

2. El implante provoca infertilidad permanente.

Verdadero ☐ Falso ☐

3. El implante siempre produce un aumento importante de peso.

Verdadero ☐ Falso ☐

4. El implante causa cáncer.

Verdadero ☐ Falso ☐

5. El implante puede romperse fácilmente dentro del brazo.

Verdadero ☐ Falso ☐

Todas las respuestas correctas son FALSO.

Encuesta 2. Encuesta de conocimientos y mitos acerca del implante subdérmico. Fuente: Autoría propia basada en seguridad y beneficios de los implantes anticonceptivos: Una revisión sistemática. 2021 y en mitos y conceptos erróneos comunes sobre la anticoncepción hormonal. 2025.



Folleto. Conoce el implante subdérmico. Fuente: Autoría propia basada en seguridad y beneficios de los implantes anticonceptivos: Una revisión sistemática y en mitos y conceptos erróneos comunes sobre la anticoncepción hormonal. 2021

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Guía para sesión educativa

El programa se llevó a cabo utilizando una Guía de Consejería para el Implante Subdérmico, creada para este proyecto y fundamentada en la Estrategia de Consejería Balanceada Plus (Balanced Counseling Strategy Plus, BCS) y las sugerencias nacionales e internacionales sobre planificación familiar (18). La asesoría fue individualizada, enfocada en la usuaria y se promovió la toma de decisiones con información validada.

Duración aproximada 25-30 minutos.

Etaa I. Pre-elección (5 min)

— Buenos días, mi nombre es _____ y el día de hoy hablaremos sobre el implante subdérmico un método anticonceptivo de larga duración, el objetivo es brindarle

información clara y responder todas sus dudas respecto al método que desea utilizar, antes de comenzar me gustaría realizarle algunas preguntas (Se recabarán datos de identificación, como edad, escolaridad y estado civil).

(El propósito fue brindar información clara, basada en evidencia científica y adaptada a sus necesidades, para que tome una decisión informada respecto a su método anticonceptivo).

– Antes de iniciar, me gustaría conocer qué tanto sabe acerca del implante subdérmico y cuáles son sus dudas o inquietudes.

Se realizaron preguntas para generar confianza, demostrando interés y cordialidad (¿Qué información tiene acerca del implante subdérmico?, ¿Qué la impulsó a seleccionar este método?, ¿Le gustaría evitar un embarazo durante varios años o tiene planes de embarazarse más adelante?, ¿Emplea en la actualidad algún anticonceptivo?, ¿Posee alguna enfermedad o consume algún fármaco?, ¿Hay alguna inquietud o pregunta que usted tenga sobre el implante?).

– Para ello, le solicitaré responder una breve encuesta de conocimientos y mitos relacionados con este método anticonceptivo, posteriormente, se resolverán todas las dudas que puedan surgir y, al finalizar, se aplicará nuevamente la encuesta para valorar los conocimientos adquiridos después de la intervención.

Antes de proporcionar información sobre el implante subdérmico, se realizó una entrevista breve para conocer el contexto de cada usuaria y se adaptó la consejería a las necesidades de cada una. Se realizaron las siguientes preguntas:

¿Utilizó el implante subdérmico como método anticonceptivo anteriormente?

¿Motivo por el cual eligió o desea elegir el implante subdérmico?

¿Cuáles son tus expectativas respecto al método?

¿Tienes algún temor relacionado con su uso?

¿Experiencias personales o de familiares y amistades que hayan utilizado el método?

Etapas II: Preselección del método (10 minutos)

Antes de emplear un método anticonceptivo, todos los individuos tienen derecho a ser informados con total claridad. A pesar de que ya haya tomado la decisión de usar el implante, es fundamental entender cómo trabaja, sus ventajas, sus potenciales efectos secundarios y cuándo tiene que regresar a la unidad sanitaria.

Los siguientes asuntos se trataron en esta sección:

¿Qué es un implante subdérmico?

Se explicó qué es un método anticonceptivo hormonal reversible, de larga duración y alta efectividad, el cual libera ininterrumpidamente una pequeña dosis de progestágeno para evitar la concepción.

¿De qué manera funciona?

Se explicó, usando un lenguaje sencillo, el mecanismo de acción del implante subdérmico. Se comentó sobre su principal función que es Inhibir la ovulación, además de espesar el moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides, y genera modificaciones en el endometrio que disminuyen la posibilidad de implantación. Asimismo, se enfatizó que el implante subdérmico es un método anticonceptivo altamente eficaz, con una efectividad superior al 99 %.

Duración y reversibilidad

Se explicó que el implante puede utilizarse durante el tiempo recomendado según el dispositivo disponible, que puede retirarse cuando la usuaria así lo decida y que la fertilidad regresa rápidamente después de su retiro.

Ventajas

Se detallaron los beneficios más importantes del implante como la alta efectividad como anticonceptivo, que este no necesita ser utilizado todos los días, que es un

método de duración prolongada, es reservado, es reversible y además puede usarse durante la lactancia si está indicado.

Efectos secundarios potenciales

Se comentó que hay mujeres que son capaces de presentar cambios en el ciclo menstrual, amenorrea, sangrado irregular, cefalea, dolor mamario, acné y cambios sutiles en el peso.

Se enfatizó que no se producen estos efectos en todas las usuarias y que la mayoría de ellos disminuyen con el tiempo.

Además, se detalló que la presencia de estas modificaciones no significa que el método esté causando daño.

Mitos y realidades

Los mitos más destacados durante la primera entrevista se abordaron y explicaron a través de evidencia científica, mitos como que el implante no se mueve por todo el cuerpo, que no ocasiona infertilidad de manera permanente, el implante no provoca cáncer, que el dispositivo no siempre provoca un incremento significativo de peso, el posible efecto esperado la falta de menstruación, y que puede ser retirado cuando la usuaria así lo requiera.

Cuidados posteriores

Se le explicó a la paciente la importancia de recibir atención inmediata en caso de presentar las señales de alerta en el lugar de inserción (como enrojecimiento, aumento de volumen, dolor, fiebre y cualquier tipo de secreción en la herida), tener un seguimiento adecuado y sobre cuándo volver a la consulta.

A lo largo de toda la sesión, se alentó a que la usuaria participe activamente, promoviendo un ambiente para aclarar dudas y fomentando la toma de decisiones conjunta.

Etapas III: Posterior a la elección (5 minutos)

Se promovió la toma de decisiones en conjunto después de que se brindó toda la información necesaria. Para comprobar si se comprendió la información, se aplicó el método de retroalimentación, pidiéndole a la usuaria que describiera con sus propias palabras los elementos cruciales del método, por ejemplo: la función del implante, el tiempo de uso, efectos secundarios, los días que debe acudir a seguimiento y revisión del método y qué hacer en caso de dudas o efectos secundarios.

El personal fortaleció la información nuevamente cuando se identificaban conceptos erróneos, hasta garantizar una comprensión apropiada.

Etapas IV: Apoyo al método (8 minutos)

Plan de seguimiento y conclusiones:

Se proporcionó un folleto que contiene datos importantes sobre el implante subdérmico creado para este proyecto, al concluir la sesión, el propósito fue fortalecer los conocimientos obtenidos en la consejería y usarla como documento de referencia más adelante por lo que se aplicó nuevamente la encuesta de conocimientos y mitos relacionados con este método anticonceptivo y se aplicó la encuesta escala interpersonal quality of family planning (IQFP) explicando que es para medir la calidad interpersonal de la atención y la participación de la usuaria respecto al método anticonceptivo.

Se reforzó la importancia del seguimiento periódico en la unidad de salud correspondiente para resolver dudas y favorecer la continuidad del método en su unidad de salud correspondiente.

RESULTADOS

Población de estudio

Durante el periodo de estudio se registraron un total de 75 participantes, se incluyeron 63 mujeres que aceptaron participar en la intervención educativa y respondieron

adecuadamente los instrumentos de evaluación, se excluyeron a 9 mujeres, se eliminaron a 12 mujeres que no completaron los instrumentos de evaluación.

Grupo de edad de la población

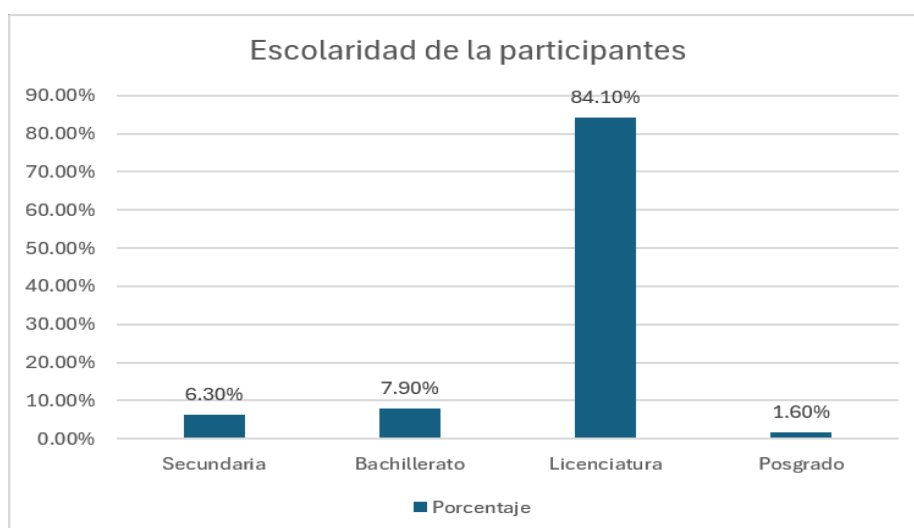
En relación con los grupos de edad se identificó una mayor proporción en el grupo de 21 a 25 años con 44 participantes lo que representa el 69.8%. Por el contrario, solo se contó con la participación en menor medida de 3.2% de pacientes con edad de 36 a 49 años. (Tabla 1)

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
15–20 años	9	14.30%
21–25 años	44	69.80%
26–35 años	8	12.70%
36–49 años	2	3.20%
Total	63	100%

Tabla 1. Grupo de edad de las participantes. Fuente: Elaboración propia 2026.

Escolaridad de la población

En la gráfica 1 se muestra un mayor predominio de la población con 53 mujeres con licenciatura, representando el 84.1% de la muestra, por el contrario, solo participaron 1 mujer con posgrado que representó el 1.6%.



Gráfica 1. Escolaridad de las participantes. Fuente: Elaboración propia 2026.

Estado civil

De acuerdo con la tabla 3, las participantes solteras representaron la mayor proporción de la población atendida, siendo 55 mujeres (87.3%), seguida por mujeres en unión libre (9.5%) y en menor medida las mujeres casadas y divorciadas con una representación del 1.6% respectivamente. (Tabla 2)

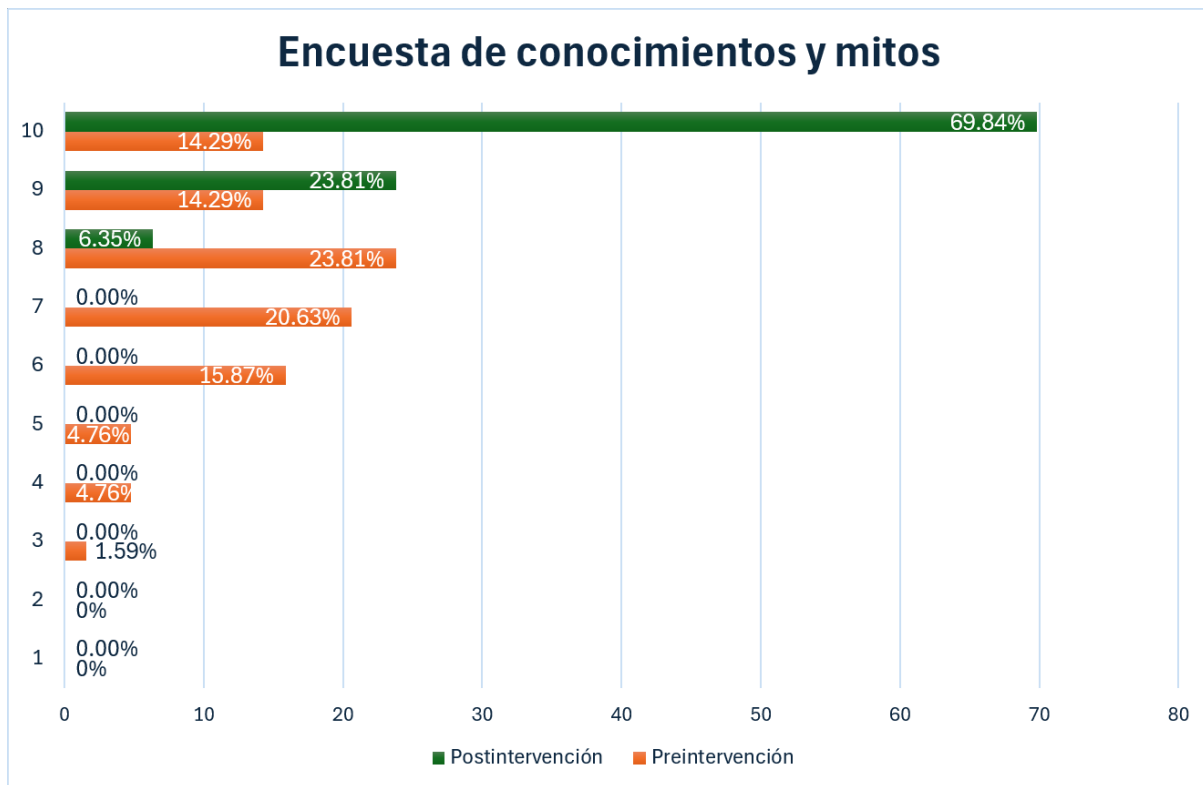
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	55	87.30%
Unión libre	6	9.50%
Casada	1	1.60%
Divorciada	1	1.60%
Total	63	100%

Tabla 2. Estado civil de las participantes. Fuente: Elaboración propia 2026.

Evaluación de conocimientos y mitos

En la gráfica 2 se observa la distribución de las calificaciones obtenidas por las participantes en la encuesta de conocimientos y mitos antes y después de la intervención educativa. En la evaluación preintervención hubo un mayor predominio de calificaciones con 8 puntos, representando el 23.81%, las calificaciones máximas de 9 y 10 representan el 14.29% respectivamente y la calificación mínima obtenida fue de 3 correspondiente al 1.59%.

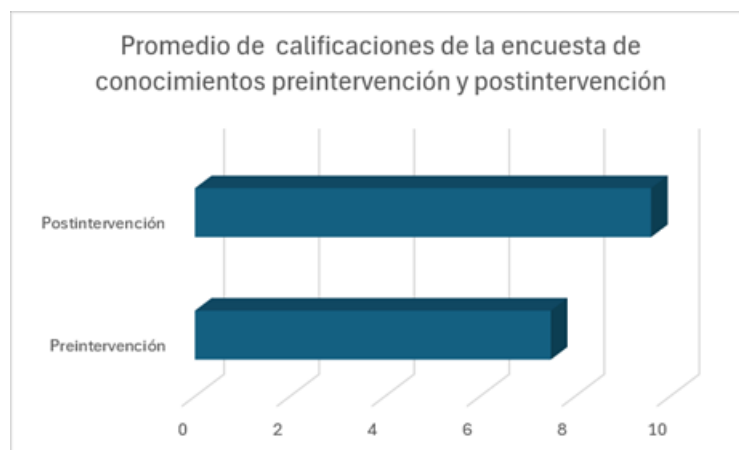
En contraste, después de la intervención se apreció un cambio en la distribución de calificaciones teniendo como mayor predominio a la calificación máxima 10 con el 69.84% mientras que la calificación mínima fue de 8 con un predominio del 6.35%. (Gráfica 2)



Gráfica 2. Encuesta de conocimientos y mitos. Fuente: Elaboración propia 2026.

Promedio de las calificaciones de la encuesta de conocimientos preintervención y postintervención

El promedio de conocimientos previo a la intervención fue de 7.49, en contraste el promedio después de la intervención fue de 9.60, esto representa un incremento del 21.1% en el promedio de calificaciones obtenidas. (Gráfica 3)



Gráfica 3. Promedio de conocimientos preintervención y postintervención. Fuente: Elaboración propia 2026.

Interpretación del cuestionario IQPF

En la tabla 3 se muestra que 61 participantes equivalentes al 96.8% de la población en estudio calificaron la consejería como de alta calidad y únicamente 2 participantes equivalentes al 3.2% la consideraron de calidad moderada. Ninguna participante la clasificó como de baja calidad.

Interpretación del cuestionario IQPF		
Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Alta	61	96.80%
Moderada	2	3.20%
Baja	0	0%
Total	63	100%

Tabla 3. Interpretación del cuestionario IQPF. Fuente: Elaboración propia 2026.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La presente intervención educativa permitió evaluar el efecto de una consejería estructurada sobre los conocimientos relacionados con el implante subdérmico, durante el periodo de estudio participaron 63 mujeres que completaron satisfactoriamente los instrumentos de evaluación aplicados, se identificó una mayor participación de mujeres de entre 21 y 25 años de edad (69.8%).

Esto se puede explicar porque estas edades corresponden al periodo de mayor demanda de los servicios de planificación familiar, asimismo la mayoría de las participantes fueron solteras (87.3%) y contaban con estudios de licenciatura (84.1%). Sin embargo, pese al predominio de estudios superiores, la evaluación inicial

evidenció conocimientos incompletos y mitos relacionados con el implante subdérmico, lo que resalta la importancia de una consejería estructurada.

Lo anterior es congruente con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la cual establece que todas las personas en edad reproductiva deben recibir consejería basada en evidencia científica, con información clara, completa y suficiente que favorezca una elección informada del método anticonceptivo de acuerdo con sus necesidades, preferencias y condiciones de salud. (20)

La interpretación del cuestionario IQFP mostró que el 96.8% de las participantes calificó la consejería recibida como de alta calidad, mientras que únicamente el 3.2 % la consideró moderada, de acuerdo con la escala interpersonal quality of family planning, y ninguna participante la clasificó como de baja calidad.

Estos resultados indican que las usuarias percibieron una atención respetuosa, clara y centrada en enfocada a sus necesidades, promoviendo una toma de decisiones informadas. Estudios previos han encontrado que una mayor calidad interpersonal durante la consejería anticonceptiva se relaciona con mayor satisfacción con la atención y con el método elegido, así como con una mayor probabilidad de continuar utilizando el método anticonceptivo seleccionado. (13, 21, 22, 23)

La Estrategia de Asesoramiento Equilibrado Plus (ECB+) se ha demostrado útil como una herramienta para fortalecer la consejería en planificación familiar; la evidencia científica demuestra que las intervenciones educativas estructuradas aumentan significativamente el conocimiento sobre anticoncepción y promueven una toma de decisiones informada (22).

Además, se ha señalado que las deficiencias en el conocimiento constituyen una de las principales barreras para la aceptación y el uso adecuado de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, lo que resalta la importancia de implementar estrategias de consejería dirigidas a resolver dudas y corregir mitos (23). De igual forma, una consejería centrada en la persona y basada en pruebas favorece la aceptación y el uso de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención en planificación familiar (24).

CONCLUSIÓN

En el presente proyecto se identificó que los resultados obtenidos mediante esta intervención permiten considerar la incorporación sistemática de sesiones educativas estructuradas con otras estrategias validadas dentro de los servicios de planificación familiar puede contribuir a mejorar el conocimiento de las usuarias y fortalecer la calidad de la consejería.

En este sentido, es recomendable promover la aplicación de estrategias estandarizadas, como la estrategia de consejería balanceada plus, en las unidades del primer nivel de atención, con el propósito de fortalecer las decisiones anticonceptivas informadas, incrementar la satisfacción de las usuarias y fortalecer la continuidad del uso del implante subdérmico y de otros métodos anticonceptivos reversibles de larga duración.

La implementación rutinaria de la Estrategia de Asesoramiento Equilibrado Plus (ECB+) en el primer nivel de atención puede fortalecer la consejería en planificación familiar, mejorar la calidad de la atención y favorecer una toma de decisiones libre e informada. Estos resultados respaldan la incorporación de estrategias educativas estructuradas dentro de los programas de salud sexual y reproductiva.

REFERENCIAS

1. Pineault R, Daveluy C, García-Vargas J, Ferrús L. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1994. p.1-38.
2. Cotonieto E. Componentes y actividades del diagnóstico de salud poblacional. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2020 Dec 5; 9(17):66–8.
3. Jurisdicción sanitaria de Tlalpan. Centros de salud Tlalpan. [Internet]. Disponible en: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/Centros%20de%20Salud%20Tlalpan.pdf>

4. Geografía (INEGI). Espacio y datos de México [Internet]. www.inegi.org.mx. 2012. Available from: <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/default.aspx>
5. Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva de la Ciudad de México. Tlalpan [Internet]. Ciudad de México; 2025 [citado el 2025 Dec 3]. Disponible en: <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/67d/95f/638/67d95f6386334467138528.pdf>
6. Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017 [Internet]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/anuarios_2017/702825094683.pdf
7. UNAM. TLALPAN [Internet]. Colegio de matemáticas. 2020. [citado el 2025 Dec 3]. Disponible en: <http://prepa8.unam.mx/academia/colegios/matematicas/paginacolmate/conociendocdmx/tlalpan.html>
8. INEGI [Internet]. SINCE 2020 [Consultado el 2 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://gaia.inegi.org.mx/ciencia2020/>
9. Hernández Y. DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD T-II HORTENCIA [Internet]. Repositorio XOOK. 2025 [citado el 2025 Nov 20]. Disponible en: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/53540>
10. Secretaría de Salud. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4° [Internet]. gob.mx. [citado el 14 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicano-articulo-4>
11. Hernández Rosas Y. *Diagnóstico de salud del Centro de Salud T-II Hortencia* [tesis de licenciatura]. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 2025 [citado 2026 Ene 27]. Disponible en: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/53540>
12. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. *Informes semanales para la vigilancia epidemiológica de infecciones respiratorias agudas 2025* [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2026 [citado 2026 Abr 3]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-infecciones-respiratorias-agudas-2025>

13. Hossain S, Sripad P, Zieman B, Roy S, Kennedy S, Hossain I, et al. Measuring quality of care at the community level using the contraceptive method information index plus and client reported experience metrics in Bangladesh. *Journal of Global Health*. 2021 Mar 10;11.
14. Interpersonal Quality of Family Planning (IQFP) – EMERGE [Internet]. Ucsd.edu. 2018 [cited 2026 Jun 18]. Available from: https://emerge.ucsd.edu/r_3s78yimcabv6yqy/?utm_source
15. Rocca ML, Palumbo AR, Visconti F, Di Carlo C. Safety and Benefits of Contraceptives Implants: A Systematic Review. *Pharmaceuticals*. 2021 Jun 8;14(6):548.
16. Black KI, Vromman M, French RS. Common myths and misconceptions surrounding hormonal contraception. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2024 Dec 14;98:102573. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693424001330>
17. Contraceptive Discontinuation [Internet]. Dhsprogram.com. 2018 [cited 2026 Jun 18]. Available from: https://dhsprogram.com/data/Guide-to-DHS-Statistics/Contraceptive_Discontinuation.htm?utm_source
18. Population Council. The Balanced Counseling Strategy Plus: A Toolkit for Family Planning Service Providers Working in High HIV/STI Prevalence Settings. Washington, DC: Population Council; 2015
19. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar [Internet]. México: Secretaría de Salud; 1994 [citado 2026 Jul 7]. Disponible en: [Secretaría de Salud – NOM-005-SSA2-1993](#)
20. World Health Organization. Family Planning: A Global Handbook for Providers. 4th ed. Geneva: WHO; 2022.
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*. 2018;97(1):34-40. doi:10.1016/j.contraception.2017.09.005.
22. Zapata LB, et al. Impact of contraceptive education on knowledge and decision making: an updated systematic review. *Contraception*. 2023.
23. Hall KS, Ela E, Zochowski MK, Caldwell A, Moniz M, McAndrew L, et al. “*I don’t know enough to feel comfortable using them:*” *Women’s knowledge of and perceived barriers to long-acting reversible contraceptives on a college*

- campus*. Patient Educ Couns. 2016;99(4):676-682.
doi:10.1016/j.pec.2015.10.028.
24. Rocca CH, Goodman S, Grossman D, Potter JE. *Counseling and knowledge about the intrauterine device in the CHOICE study*. Patient Educ Couns. 2015;98(5):652-658. doi:10.1016/j.pec.2015.01.006.
25. Serván-Mori E, Heredia-Pi I, Guerrero-López CM, Jan S, Downey L, García-Díaz R, et al. The gender gap in outpatient care for non-communicable diseases in Mexico between 2006 and 2022. Glob Health Res Policy. 2024;9:40. doi:10.1186/s41256-024-00377-8.
26. Suárez-López L, Hubert C, De la Vara-Salazar E, Villalobos A. Utilización de servicios preventivos de salud sexual y reproductiva antes y durante la pandemia de Covid-19 en México. Salud Publica Mex. 2023 Nov 13;65(6, nov-dic):640-653. Spanish. doi: 10.21149/15038. PMID: 38060937.
27. Gallardo-Rincón H, Ríos-Blancas MJ, Montoya A, Saucedo-Martínez R, Morales-Juárez L, Mujica R, et al. Evaluation of effective coverage for type 2 diabetes in Mexican primary care health information systems: a retrospective registry analysis. Int J Equity Health. 2023; 22:61. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-023-01878-7>
28. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020: resultados rápidos [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2020 [citado 5 oct 2026]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/cpv/2020/resultadosrapidos/default.html>
29. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020: datos abiertos [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2020 [citado 5 oct 2026]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#datos_abiertos
30. Gobierno de la Ciudad de México. Características demográficas de la población por AGEB, Censo 2020 [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de la Ciudad de México; 2020 [citado 5 oct 2026]. Disponible en: <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/caracteristicas-demograficas-de-la-poblacion-ageb-censo-2020/resource/ac90576c-3d74-4582-83d3-e3a4db8667b1>

31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Características demográficas de la población por AGEB, Censo 2020 [Internet]. Ciudad de México: Portal de Datos Abiertos de la Ciudad de México; 2020 [citado 12 oct 2026]. Disponible en: <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/caracteristicas-demograficas-de-la-poblacion-ageb-censo-2020/resource/593c12fd-4ff0-47b4-ab98-f5e930afd0e9>