



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28 "GABRIEL MANCERA"

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MÉDICO FAMILIAR**

P R E S E N T A:

SANTANA DÍAZ SALGADO

Asesora: Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano

No DE REGISTRO: R-2013-3609-57



México, Distrito Federal

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

RESUMEN	5
1. MARCO TEÓRICO	6
1.1. Definiciones de conocimiento y actitud	
1.1.1. Conocimiento	
1.1.2. Actitud	7
1.1.3. Medición de las actitudes	8
1.1.4. Escala de conocimientos y actitud ante el uso de métodos anticonceptivos de Albornoz (2007)	9
1.2. Adolescencia	
1.2.1. Embarazo en la adolescencia	11
1.2.2. Inicio de la práctica sexual a edades tempranas	13
1.2.3. Práctica de relaciones sexuales sin protección. Uso y acceso a los métodos anticonceptivos y demanda insatisfecha	
1.3. Métodos anticonceptivos	14
1.3.1. Métodos naturales	
1.3.2. Métodos de barrera	15
1.3.3. Métodos hormonales	16
1.3.4. Métodos quirúrgicos	18
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
3. JUSTIFICACIÓN	21
4. OBJETIVOS	22
4.1. General	
4.2. Particulares	
5. HIPÓTESIS	23

5.1.	Alternas	
5.2.	Nulas	
6.	METODOLOGÍA	24
6.1.	Tipo de estudio, población, lugar y tiempo	
6.2.	Tipo de muestreo y tamaño de la muestra	
6.3.	Criterios de selección	
6.3.1.	Criterios de inclusión	
6.3.2.	Criterios de exclusión	25
6.3.3.	Criterios de eliminación	
6.4.	Variables de estudio	
6.4.1.	Variables dependientes	
6.4.2.	Variables independientes	
6.4.3.	Definición de variables	
6.4.3.1.	Definición conceptual	
6.4.3.2.	Definición operacional	26
6.5.	Instrumentos de medición	
6.6.	Método de recolección de datos	27
6.7.	Análisis de resultados	
7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
8.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
9.	CONCLUSIONES	40

ANEXOS

Cata de consentimiento informado

Instrumentos de medición

Diseño de investigación

Cronograma de actividades

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”

DRA. SANTANA DÍAZ SALGADO

Residente de Tercer Año en la Especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”. Instituto Mexicano del Seguro Social. e-mail: prank46@hotmail.com. Cel. 777 328 23 24

Asesor clínico y metodológico: Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano

E-mail gaby301096@gmail.com cel. 55-16799489

RESUMEN

ANTECEDENTES: El embarazo precoz, el aborto, el inicio temprano de la actividad sexual y las enfermedades de transmisión sexual, son resultado de conductas de riesgo que en los adolescentes comprometen su estado de salud. En 2009, el 61.8% de los adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activos, declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual; lo cual contrasta con el conocimiento que estos tienen sobre los métodos anticonceptivos, mientras que el 97% de los adolescentes han oído hablar de alguno de estos. **OBJETIVO:** Determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la actitud ante el uso de los mismos en adolescentes adscritos a la UMF No. 28 durante el período comprendido entre Octubre de 2013 y Enero de 2014. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio transversal y descriptivo con muestreo por conveniencia aplicando el instrumento de Albornoz. Se describen datos sociodemográficos solicitados y se utilizó el programa estadístico SPSS Ver. 20 para realizar el análisis de los conocimientos y actitudes ante el uso de métodos anticonceptivos. **RESULTADOS:** Los conocimientos que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos son, en el 44.44% de los casos, alto, 39.51% tienen un conocimiento medio sobre el método más seguro relacionado con la mediana información que recibieron sobre ellos y en el 16.05% es bajo. El 19.75% tienen una actitud de aceptación hacia los métodos anticonceptivos, el 50% de indiferencia y el 30.25% de rechazo. **CONCLUSIONES:** Existe un nivel alto de conocimientos en el 44.44% comparado con una actitud de indiferencia ante su uso, por lo que se recomienda que se emprenda un programa educativo en la UMF No. 28 con respecto a la enseñanza de temas relevantes a salud de la mujer, salud de niño y adolescente y en métodos anticonceptivos y planificación familiar.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Definiciones de conocimiento y actitud

1.1.1. Conocimiento

El conocimiento es denominado como la facultad consciente o proceso de comprensión y entendimiento inherente al pensamiento, percepción, inteligencia o razón de un suceso o hecho ya vivido. Salazar Bondy define el conocimiento como un acto, la aprehensión de un objeto a través de un proceso mental y no físico y distingue dos niveles de conocimientos⁽¹⁾:

- Vulgar. Adquirido y usado espontáneamente.
- Científico. Caracterizado por ser selectivo, metódico, explicativo, analítico, objetivo y apoyado en la experiencia.

Según Mario Bunge el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto, clasificándolo en⁽¹⁾:

- Científico. Racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia.
- Vulgar. Vago, inexacto limitado por la observación.

En conclusión, el conocimiento es la adquisición de conceptos y conjunto de ideas que pueden ser ordenados, siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal, pudiendo ser vago o inexacto pero que se vuelve racional o verificable a través de la experiencia, por medio formal o informal mediante el ejercicio intelectual⁽¹⁾.

1.1.2. **Actitud**

Predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente y que denota un fenómeno, objeto, acontecimiento o construcciones hipotéticas. En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo en forma de rechazo, aceptación e indiferencia⁽²⁾.

Las actitudes son aprendidas ya que se forman a través de la experiencia y representan cambios potenciales en el comportamiento, por lo tanto no son innatas pero si dinámicas debido a que cumplen un papel importante motivacional vinculado al sujeto con los objetos

de la realidad y son susceptibles de modificación o sustitución; son de extensión variable ya que pueden abarcar o comprender múltiples objetos; se interrelacionan debido a que las actitudes presentan una vinculación entre si constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción y tiene una dirección u orientación frente a los objetos este puede ser favorable (aceptación), desfavorable (rechazo), o neutral (indiferente). Las actitudes están compuestas por tres elementos⁽²⁾:

- Elemento cognoscitivo. Conformado por el conocimiento que el sujeto tiene sobre el objeto de la actitud
- Elemento afectivo. Constituido por aspectos emocionales que acompañan a la motivación y/o formas como el objeto de la actitud afecta a las personas
- Elemento motivacional. Constituido por la predisposición del sujeto a actuar respecto al objeto.

Las actitudes se pueden formar de acuerdo a los siguientes preceptos⁽²⁾:

- Conformidad. A través de la práctica común, por la presión social se conforman temporalmente y por la presión del grupo tendrá una conformidad permanente.
- Identificación. Se establece cuando la persona define y responde de una manera predeterminada a partir de una persona o grupo por la experiencia lograda en una determinada situación.
- Internalización. Se produce cuando una actitud es congruente con sus creencias y valores básicos, adoptada porque se piensa correcta.

1.1.3. **Medición de las actitudes**

Las técnicas más elaboradas para medir actitudes están diseñadas de tal forma que obtengan información sobre dos dimensiones: direccionalidad e intensidad, la forma general de las escalas del objeto de referencia, junto con una indicación de la intensidad de sus sentimientos al respecto refiriéndose a las actitudes de aceptación y rechazo, entendiéndose por estas lo siguiente⁽²⁾:

- Actitud de aceptación. Las manifestaciones principales de esta actitud se traduce en comportamiento que se describe como: ir hacia; buscar el contacto, respuestas que se presentan como actos de aproximación, como resultado de un estilo cognoscitivo abierto que obedece a un conjunto de rasgos más o menos estructurales de la personalidad y se cristaliza en un sistema total que sirve al hombre no sólo para conocer sino también para valorar y actuar sobre la realidad física social y sobre si mismo.
- Actitud de rechazo. El recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que suscita y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismo de defensa con que responde la persona que se encuentra en tensión. Los mecanismos de defensa se utilizan generalmente para anticipar y detener la intensidad provocada por un estímulo frustrante.

Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser la intensidad de las expresiones verbales o de la conducta observada las utilizadas para su medición. Esta medición indirecta se realiza por medio de escalas en las que, partiendo de una serie de funciones, se obtengan juicios sobre lo que los individuos manifiestan para deducir o inferir en las actitudes^(2,3).

1.1.4. **Escala de conocimientos y actitud ante el uso de métodos anticonceptivos de Albornoz (2007)**

El instrumento de Albornoz (2007) consta de dos partes, la primera representa una escala tipo Likert que toma 15 ítems relacionados a proposiciones consideradas pertinentes a la actitud ante el uso de métodos anticonceptivos, los sujetos deben indicar para cada una de ellas si aprueba, está indeciso o desaprueba el enunciado, el resultado es la suma final de las categorías que se registran para conocer en que medida los juicios están en correlación con el resultado final y eliminar aquellas que no manifiestan un acuerdo sustancial. La segunda parte corresponde a un cuestionario sobre conocimientos en métodos de anticonceptivos con preguntas de opción múltiple y abierta.

Este instrumento ha sido utilizado en estudios previos con pruebas piloto en población mexicana, a los cuales se han aplicado las fórmulas α -Cronbach ($\alpha > 0.5$ con 73% de confiabilidad y 27% de error), Kuder Richardson ($\alpha > 0.5$) y R de Pearson ($r > 0.20$ en cada uno de los ítems); por lo tanto, este instrumento es válido y confiable para su aplicación en estudios epidemiológicos⁽⁴⁾.

1.2. Adolescencia

Según estudios de la Organización Interamericana de la Juventud, la juventud fue identificada inicialmente como una fase de transición entre dos etapas: la niñez y la adultez⁽⁵⁾. Desde la mirada del desarrollo biopsicosocial, el inicio de la juventud se asocia a la pubertad y la adolescencia, con todos los cambios psicológicos, sociales u hormonales que dicho proceso conlleva, como la identificación sexual y el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, la búsqueda de la autonomía e independencia personal, el cambio de la importancia en los grupos de referencia (pasando de una primacía de la familia a la del grupo de pares), el diseño de proyectos personales de vida, entre otros rasgos definitorios⁽⁶⁾.

Los elementos a considerar en la definición de la juventud, hacen difícil y complicado el establecimiento de límites analíticos claros y permanentes. Como se señala en la Organización Interamericana de la Juventud, no se puede hablar de juventud homogénea, sino de una etapa en que sus integrantes viven procesos de cambio, en cuyo desarrollo se suceden etapas diferenciales en cuanto a las principales actividades que realizan⁽⁵⁾. Bajo esta consideración, en términos del criterio estrictamente etario, las Naciones Unidas establece⁽⁷⁾:

- Adolescentes. 10 a 19 años de edad (primera adolescencia 10 a 14 años, segunda adolescencia 15 a 19 años)
- Jóvenes. 15 a 24 años de edad
- Personas jóvenes. 10 a 24 años de edad

El período entre los 10 y 19 años de edad, al cual se hace referencia fundamentalmente en el presente estudio, está colmado de transiciones vitales. La manera y el momento en que las

presiones adolescentes experimentan esas transiciones varían en gran medida, en función de sus características.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva⁽⁸⁾, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia económica; a su vez, también fija sus límites etarios entre los 10 y 20 años⁽⁷⁾.

1.2.1. Embarazo en la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud considera que el embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal, al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescencia es aún dependiente de su núcleo familiar de origen⁽⁷⁾.

No obstante las diferentes posturas al intentar descifrar el significado del embarazo en personas adolescentes, parece existir cierto consenso en señalar la necesidad de comprender el comportamiento reproductivo en la adolescencia y, por ende, de sus posibles consecuencias como el embarazo en esta etapa de la vida, lo cual ha llevado a profundizar en el conocimiento de dichos comportamientos, considerando las dimensiones simbólicas, sociales y culturales que promueve el inicio de la vida sexual y la trayectoria reproductiva^(8,9).

En los diagnósticos elaborados por instituciones nacionales e internacionales (CONAPO, 2006, 2010; OMSS 20120; UNICEF 2010) se plantea la tendencia en la disminución de nacimientos de hijas e hijos de mujeres adolescentes⁽¹⁰⁾:

Tabla 1. Nacimientos estimados en mujeres de entre 15 y 19 años de edad en México, 1970-2020.

Año	Nacimientos
1970	359, 045

1975	421, 817
1980	464, 256
1985	430, 223
1990	419, 146
1995	404, 641
2000	333, 110
2005	330, 588
2008	302, 404
2010	284, 213
2015	244, 415
2020	196, 192

Asimismo, se registra la reducción de la tasa de fecundidad adolescente, pasando de 81.4 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad en el trienio 1989-1991 a 69.5 en el período 2006-2008. No obstante estas cifras, se trata de un fenómeno considerado como un problema social, en términos de sus implicaciones. Se considera que la conceptualización de la condición del embarazo en la adolescencia como problema se debe en gran medida a que se privilegia un enfoque teórico positivista en el cual no se considera el contexto cultural ni los significados que puede tener el embarazo en los jóvenes⁽¹¹⁾.

El embarazo en la adolescencia es un problema con repercusiones sociales, que no representa un fenómeno nuevo, ni tiene las mismas implicaciones para las mujeres y hombres adolescentes. La frecuencia del embarazo en la adolescencia se ha mantenido sin variaciones significativas, sobre todo en sectores sociales pobres⁽¹¹⁾. La relevancia que ha adquirido el tema durante las últimas décadas, en el campo de la investigación y de las políticas públicas, obedece al incremento de la población adolescente y a una mayor visibilidad de sus problemas y necesidades⁽¹¹⁾.

Son diversas las variables que influyen, dependiendo el enfoque con el que se aborde la temática, para que se presenten los embarazos en la infancia y adolescencia, resultando difícil desvincularlas unas de otras. Entre los factores de riesgo para embarazo adolescente, se encuentran los siguientes^(12,13):

1. Inicio de la práctica sexual a edades tempranas
2. Práctica de relaciones sexuales sin protección. Uso y acceso a los métodos anticonceptivos y demanda insatisfecha

3. Falta de calidad y/o acceso a los servicios de salud
4. Normas de género que controlan el cuerpo y subordinan a las niñas y adolescentes
5. Pobreza
6. Abuso y violencia sexual contra niñas y adolescentes

1.2.2. **Inicio de la práctica sexual a edades tempranas**

De acuerdo a la CONAPO en 2010, las personas adolescentes en México inician su vida sexual a edades tempranas. La edad promedio en las mujeres adolescentes del rango entre 15 y 19 años, era de 15.7 en 1987 y para 2009 se desplazó para quedar en 15.9 años⁽¹¹⁾. Es importante destacar que en muchos casos la primera relación sexual se lleva a cabo sin ningñun método anticonceptivo^(11,14). En 2009, sólo cuatro de cada 10 mujeres entre 15 y 19 años utilizaron algún método anticonceptivo en el primer encuentro sexual, mientras que esta proporción descendió a una de cada tres entre las adultas jóvenes⁽¹¹⁾.

Resulta significativo que a pesar de las distintas políticas implementadas en las décadas recientes en torno al uso de métodos anticonceptivos, un alto porcentaje (61.5%) de mujeres entre 15 y 19 años no hayan utilizado ningun método en su primera relación sexual. Este dato muestra en parte los rezagos y el impacto limitado de las políticas públicas en la materia⁽¹¹⁾.

1.2.3. **Práctica de relaciones sexuales sin protección. Uso y acceso a los métodos anticonceptivos y demanda insatisfecha**

En 1987 se registraba que 96% de las mujeres entre 15 y 24 años que declaraban ser sexualmente activas estaban unidas. En 2009, esta propoción se redujo a 76.2%, debido al aumento de jóvenes soletras sexualmente activas (de 2.5% en 1987 a 21.6% en 2009). En adición a esta circunstancia, cabe mencionar que según CONAPO (2010) aunque las mujeres adolescentes tienen un alto nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos (97.4% de las mujeres entre 15 a 24 años declararon conocer al menos un método anticonceptivo en 2009)⁽¹¹⁾ ello no se ha traducido en la posibilidad real de acceder a ellos ni, si esto ocurre, conocer la forma correcta de su uso o contar con la posibilidad efectiva de negociar su utilización con la pareja sexual⁽¹⁵⁾. Las mujeres entre 15 y 19 años de edad

presentan sistemáticamente los porcentajes más bajos de uso de métodos anticonceptivos con respecto a las mujeres de 20 a 24 años⁽¹¹⁾.

Es importante considerar que las circunstancias descritas en cuanto a la actividad sexual y al uso de los métodos anticonceptivos en la población adolescente puede traducirse en un factor de riesgo ya que las prácticas sexuales en la adolescencia suelen tener un carácter involuntario respecto a la reproducción⁽¹⁶⁾; y aunque se reconoce que esta situación no es privativa de las personas adolescentes, se presume que este hecho es aún más conflictivo conforme las mujeres son más jóvenes, bajo el supuesto de que cuentan con menos recursos materiales y simbólicos para ejercer un rol eficiente como madres y para traducir la maternidad en una experiencia constructiva que contribuya a su desarrollo personal, en lugar de convertirse en una limitación^(17,18).

1.3. Métodos Anticonceptivos

El propósito principal de los métodos anticonceptivos es el de evitar el embarazo. Existe una gran variedad de métodos, los cuales son agrupados en cuatro categorías, en base a la mecánica utilizada para evitar la concepción. Las cuatro categorías en las cuales se agrupan los métodos anticonceptivos son⁽¹⁹⁾:

1.3.1. Métodos Naturales

1. Método del ritmo. Se basa en la abstinencia de contacto sexual durante los días fértiles. El periodo fértil se extiende desde cinco días antes de la ovulación hasta dos días después de la misma. La predicción se efectúa controlando los cambios en la temperatura corporal basal de la mujer para conocer el momento de la ovulación, o identificando los cambios de la mucosidad cervical que indican la ovulación, o ambos. Por lo general, la temperatura se incrementa un grado el día de la ovulación y permanece así durante varios días. El moco cervical transparente, húmedo y viscoso o elástico indica fertilidad. Cuando se realiza de forma correcta este método tiene una eficacia del 81%⁽¹⁹⁾.

2. Coito interrumpido. Consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación, para evitar la inseminación y la fecundación del óvulo. El líquido seminal pueden contener espermatozoides suficientes para fecundar un óvulo. La interrupción puede no producirse a tiempo. Además, el pene no debe reintroducirse en la vagina tras la eyaculación ya que el espermatozoides puede quedar retenido en la uretra. Tiene una eficacia del 76 %⁽¹⁹⁾.

1.3.2. **Métodos de Barrera**

Los métodos de barrera consisten en el bloqueo físico del útero para impedir la entrada del espermatozoide:

1. Preservativo masculino. Método más antiguo utilizado por los hombres, y cuando se emplea de forma adecuada es eficaz en un 84% de los casos. Es barato y fácil de usar, no necesita supervisión médica y carece de efectos secundarios conocidos. Su uso también previene enfermedades de transmisión sexual⁽¹⁹⁾.
2. Preservativo femenino. Consiste en una funda de poliuretano con dos anillos flexibles en cada extremo, uno de ellos se fija a la vagina, mientras que el otro permanece fuera, cubriendo parcialmente los órganos genitales externos. Tiene una eficacia del 79% y no precisa de control médico⁽¹⁹⁾.
3. Diafragma. Consiste en una cubierta de goma que se ajusta al cérvix y que contiene una crema o gel espermicida. Eficacia anticonceptiva del 82%. Los diafragmas deben ser prescritos por el médico, quien determina el tamaño y tipo apropiado de diafragma para cada mujer⁽¹⁹⁾.
4. Esponja vaginal impregnada de espermicida. Se introduce en el cérvix previo a la relación sexual. Su mecanismo de acción es similar al del diafragma⁽¹⁹⁾.

Los métodos anticonceptivos de barrera causan pocos efectos secundarios, aunque algunas personas pueden presentar reacciones alérgicas a la goma del preservativo o a los espermicidas⁽¹⁹⁾.

1.3.3. **Métodos Hormonales**

Son sustancias químicas que alteran el modelo hormonal normal de una mujer para impedir la ovulación. Actúan sobre el revestimiento uterino para evitar la implantación del óvulo fecundado en el útero, y modifican la composición del moco cervical. Estos anticonceptivos pueden ser administrados en vía oral, intramuscular o mediante implantes. Cuando se usan adecuadamente, son un método muy eficaz que, sin embargo, no ofrece protección frente a las enfermedades de transmisión sexual⁽¹⁹⁾.

1. Hormonales orales. Combinados de estrógenos y progestágenos y los que contienen sólo progestina. Debe tomarse una píldora durante 21 días, después de los cuales se descansa durante un período de 7 días. Su eficacia es del 94 %. El uso de anticonceptivos orales puede aliviar los dolores menstruales, reducir el flujo menstrual y ofrecer cierta protección frente a enfermedad inflamatoria pélvica, cáncer de ovario y endometrio y endometriosis. Efectos secundarios: sangrado intermenstrual, cefalea, hipertensión, aumento de peso, labilidad emocional, descenso del deseo sexual, insuficiencia respiratoria, galactorrea e interacciones medicamentosas⁽¹⁹⁾.
2. Píldora del día siguiente. Método anticonceptivo de emergencia con mayor concentración de hormonas. Debe ser tomada hasta 72 horas después de haber tenido una relación sexual sin protección y, normalmente, se debe tomar otra 12 horas más tarde. Dependiendo de en qué momento del ciclo se encuentre la mujer, la píldora postcoital puede inhibir o retrasar la ovulación o impedir la implantación del óvulo fecundado⁽¹⁹⁾.
3. Implante. Consiste en cápsulas con progestina que se implantan quirúrgicamente en el brazo de la mujer y liberan gradualmente cantidades de la hormona sintética. Dura

hasta cinco años. Efectos secundarios: hipermenorrea, sangrado intermenstrual, infección, cefalea, aumento de peso y galactorrea⁽¹⁹⁾.

4. Parche. Se aplica sobre la piel liberando una dosis continua de progestágeno y estrógeno. Se cambia semanalmente durante tres semanas consecutivas, dejando una semana de descanso. Cuenta con eficacia similar a los orales y presenta los mismos efectos secundarios⁽¹⁹⁾.
5. Hormonal inyectable. Contiene Acetato de Medroxiprogesterona. Aplicado intramuscular profundo cada dos meses. Efectos secundarios: aumento de peso, sangrados irregulares, cefalea, depresión, disminución del deseo sexual y dolor abdominal⁽¹⁹⁾.
6. Dispositivos intrauterinos. Puede estar cubierto de cobre y liberar cantidades de progestágeno. Su eficacia es de un 96%. Reduce la capacidad de los espermatozoides para fertilizar el óvulo e interfieren en la implantación. Efectos secundarios: dolor tipo cólico, aumento del flujo menstrual, aumentan el riesgo de infección pélvica, reacción alérgica, perforación del útero y embarazo ectópico⁽¹⁹⁾.

1.3.4. **Métodos Quirúrgicos**

La vasectomía y la ligadura de trompas, son eficaces casi en un 100%. Sin embargo, estos métodos no protegen frente a enfermedades de transmisión sexual y son permanentes. Aunque en algunos casos pueden ser reversibles, no deben efectuarse con la esperanza de que puedan serlo⁽¹⁹⁾.

1. Vasectomía. Debe realizarse con el empleo de anestesia local; se hacen dos incisiones en el escroto y se cortan los dos conductos deferentes.
2. Ligadura de trompas. Requiere anestesia local o general. Se lleva a cabo cortando y ligando las trompas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en 2006 (ENSANUT) se estimó que 1.45 millones de varones (15.8%) y 1.14 millones de mujeres (13%) adolescentes ya tuvieron su primera experiencia sexual. Entre los 12y 15 años, 2.4% de los varones (alrededor de 122 mil) y 2% de las mujeres (93 500) se declararon sexualmente activos. Para la población que inició su vida sexual entre los 16 y 19 años las cifras aumentan, 32.8% de los varones (1.30 millones aproximadamente) y 25.4% de las mujeres

(alrededor de 1.05 millones). El 91% de los adolescentes pudo conocer algún método anticonceptivo, de los cuales sólo el 47% los usan. El uso de los métodos en adolescentes durante la primera relación sexual es del 3.9% en comparación con el 12% de las adolescentes sexualmente activas que utilizan métodos alternativos.

Asimismo, resalta el incremento de las tasas de embarazos adolescentes conforme aumenta la edad, pues se dan 6 embarazos en cada mil niñas entre los 12 y 15 años, continúa con 101 por cada mil jovencitas entre los 16 y 17 años, y finalmente, 225 de cada mil jóvenes entre los 18 y 19 años ⁽²⁰⁾. De acuerdo al Fondo de Población de la ONU (UNFPA) en 2009, alertan sobre el aumento del embarazo en adolescentes, donde la tasa alcanza de 20-40%, que se da en menores de 20 años⁽¹⁰⁾.

La adolescencia implica una etapa de crisis para el individuo, en la que se producen cambios e interrogantes sobre la personalidad y en la que la familia juega un papel importante, ya que de esta va a depender el éxito o fracaso con que el individuo obtiene de primera instancia los conocimientos y el uso de ellos sobre su sexualidad⁽²¹⁾. La falta de conocimientos y actitudes sobre el uso de anticonceptivos en las adolescentes conlleva a maternidad de temprana edad e implica dejar de lado actividades propias del grupo etario como son: estudios, familia y amistades, para convertirse en adolescentes con responsabilidades de adulto, aumentando la incidencia en abortos, comorbilidades, embarazos no deseados, sentimientos de culpa y paternidad irresponsable, además del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual (ETS)^(11,18,22). Por lo tanto, la presente investigación se planteó conocer el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la actitud ante su uso en adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” durante el período comprendido entre Octubre de 2013 y Enero de 2014.

3. JUSTIFICACIÓN

La población de México fue de aproximadamente 112 millones de habitantes para 2010, de los cuales 20.9 millones tienen entre 15 y 24 años de edad y 11 millones de 15 a 19 años; es decir, la población juvenil en México representa cerca de la quinta parte de la población total, casi cuatro de cada diez habitantes (37.1%).

De acuerdo con las proyecciones de población elaboradas hasta el año 2050 por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), se estimó que la población entre 10 y 19 años aumentó hasta el año 2006 con un máximo histórico de 21.8 millones; y entonces, empezaría a reducir su tamaño para alcanzar 13.5 millones en 2050. Será imprescindible entonces aumentar los esfuerzos institucionales, de la sociedad civil y del sector privado para satisfacer sus demandas⁽¹¹⁾.

Por otro lado, el inicio temprano de las relaciones sexuales entre los adolescentes sin la debida protección los expone a ETS y embarazos de alto riesgo que pone en peligro la vida de la madre y su producto⁽¹³⁾. Conforme a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en 2009, el 61.8% de las adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activas, declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual; lo cual contrasta con el conocimiento que estas tienen sobre los métodos anticonceptivos, mientras que el 97% de los adolescentes han oído hablar de alguno de estos⁽²⁰⁾.

Lo anterior conlleva a una situación compleja en la cual el conocimiento de métodos anticonceptivos es una condición necesaria más no suficiente para su uso, resultando a su vez en el aumento en costes de atención sanitaria y riesgo de complicaciones en los adolescentes^(23,24). En conclusión, generar programas de salud preventiva primaria no sólo debe basarse en el uso de métodos anticonceptivos sino también en las actitudes que tienen las adolescentes ante el uso de los mismos con fines de orientación e implementación de nuevas estrategias para contribuir a la disminución de este problema.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la actitud ante el uso de los mismos en adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” durante el período comprendido entre Octubre de 2013 y Enero de 2014.

4.2. Obejtivos Particulares

Determinar las características sociodemográficas asociadas a los adolescentes.

Identificar que métodos anticonceptivos son más utilizados por las adolescentes embarazadas.

5. HIPÓTESIS

5.1. Hipótesis alternas

Existe un nivel bajo de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” durante el período comprendido entre Octubre de 2013 y Enero de 2014

Existe una actitud de rechazo predominante ante el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” durante el período comprendido entre Octubre de 2013 y Enero de 2014

5.2. Hipótesis nulas

Existe alto nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” durante el período comprendido entre Octubre de 2013 y Enero de 2014.

Existe una actitud de aceptación ante el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” durante el período comprendido entre Octubre de 2013 y Enero de 2014.

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de estudio, población, lugar y tiempo

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo sobre los adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” durante el período comprendido entre Octubre de 2013 y Enero de 2014.

6.2. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra

El muestreo se realizó por conveniencia, una vez autorizado el protocolo por el comité de investigación, se procedió a recabar la muestra en el transcurso de 3 meses.

6.3. Criterios de selección

6.3.1. Criterios de inclusión

- Adolescentes (menores a 20 años) derechohabientes del I.M.S.S. adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, que aceptaron participar y firmaron consentimiento informado

- Que supiesen leer y escribir

6.3.2. **Criterios de exclusión**

- Que presentaron deterioro cognitivo significativo

6.3.3. **Criterios de eliminación**

- Adolescentes que no completaron el cuestionario
- Instrumento no llenado por completo, no legible o alterado para su interpretación

6.4. **Variables de estudio**

6.4.1. **Variable independiente**

- Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

6.4.2. **Variable dependiente**

- Actitudes hacia los métodos anticonceptivos.

6.4.3. **Definición de variables**

6.4.3.1. **Definición conceptual**

1. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Conjunto de información, ideas y prejuicios, que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos referidos como todo acto, elemento o sustancia que impide la unión del óvulo con el espermatozoide, o que contribuye a la inmadurez o de estas dos células.

2. Actitudes hacia los métodos anticonceptivos. Predisposición que presentan todos los adolescentes frente al uso de métodos anticonceptivos ya sea de aceptación, rechazo e indiferencia.

6.4.3.2. **Definición operacional**

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos: Se utilizará el instrumento de Albornoz (2007) en su parte que evalúa los conocimientos sobre métodos anticonceptivos a través de un cuestionario.

Actitudes hacia los métodos anticonceptivos: La recolección de datos se llevará a cabo con el instrumento de Albornoz (2007). Se utilizará el instrumento de Albornoz (2007) en su parte que evalúa las actitudes sobre métodos anticonceptivos a través de un cuestionario.

6.5. **Instrumentos de medición**

El instrumento que se utilizó fue el elaborado por Albornoz (2007), dividido en dos partes, la primera evalúa las actitudes sobre métodos anticonceptivos en una escala de 15 ítems con respuestas tipo Likert con dos variantes de proposiciones, en los casos positivos: (A) Acuerdo 3 puntos, (I) Indeciso 2 puntos, (D) Desacuerdo 1 punto; y, en los negativos: (A) Acuerdo 1 punto, (I) Indeciso 2 puntos, (D) Desacuerdo 3 puntos.

La segunda parte corresponde a un cuestionario sobre conocimientos en métodos de anticonceptivos con preguntas de opción múltiple y abiertas, a las que se les asignó 2 puntos a la respuesta correcta y 0 a la respuesta incorrecta, una vez tabuladas se aplicó pruebas de dispersión y tendencia central de cada variable en estudio.

Como ya se mencionó anteriormente, el instrumento fue utilizado en estudios previos con pruebas piloto en población mexicana, a los cuales se les aplicó las fórmulas α -Cronbach, Kuder Richardson y R de Pearson para establecer su validez y confiabilidad.

6.6. Método de recolección de datos

Se solicitó a los adolescentes consentimiento informado por escrito y se les informó del carácter confidencial y privado de las respuestas y se les brindó la posibilidad de no completar la escala en cualquier momento si así lo desease o ayuda si fuese solicitada. Se le pidió a cada uno respondan una hoja de datos sociodemográficos adjunta al instrumento de medición. Los participantes invirtieron 15 minutos aproximadamente en concluir el instrumento.

Se les entregó un bolígrafo y el instrumento de medición en el cual se encontraba el apartado de datos sociodemográficos que incluye: edad, grado de escolaridad, religión, edad de pareja sexual, inicio de vida sexual activa, método anticonceptivo actual, estado civil, número de embarazos previos y presencia de enfermedad de transmisión sexual.

6.7. Análisis de resultados

Se describen la distribución porcentual de los datos sociodemográficos solicitados. Para lo anterior, se utilizó el programa estadístico SPSS Ver 20.0, así como para realizar el análisis descriptivo de las respuestas del cuestionario de Albornoz aglutinadas en categorías de alto, medio y bajo para la variable de conocimientos y en rechazo, indeciso y aceptación para la actitud ante el uso de los mismos; esto de manera general.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se apegó a las Disposiciones Generales del Reglamento de la Ley General de Salud (1987) en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1983.

De acuerdo al Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, en esta investigación prevaleció el criterio al respeto de la dignidad humana y protección de los derechos y el bienestar de los participantes.

Con el fin de cumplir con lo que establece el Artículo 21, Fracción I, IV, VI, se explicó en forma clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, los beneficios que pudiera obtenerse y la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración en cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación de los participantes.

De acuerdo a los criterios para la elaboración de protocolos de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social, se documentó la participación y aceptación de los menores de edad mediante una carta de consentimiento informado.

8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como puede observarse en la tabla 2, del total de adolescentes encuestados, el 45.63% fueron hombres y el 54.32% fueron mujeres, de los cuales, el 59.88% estuvieron en el grupo de 10 a 14 años de edad y el 40.12% en el grupo de 15 a 19 años. En el gráfico 1, se muestra que el 42.59% de los adolescentes estaban cursando algún grado en la educación primaria, el 32.10% la secundaria y el 25.31% el bachillerato.

Tabla 2. Distribución de adolescentes encuestados según grupo etario y género.

GRUPO ETARIO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
10-14	47	29.01	50	30.86	97	59.88
15-19	27	16.67	38	23.46	65	40.12
TOTAL	74	45.68	88	54.32	162	100

Gráfico 1. Distribución de adolescentes encuestados según escolaridad y género.

Gráfico 2. Distribución de adolescentes encuestados según número de individuos con vida sexual activa.

Gráfico 3. Distribución de adolescentes encuestados según número de parejas sexuales referidas.

Gráfico 4. Distribución de adolescentes encuestados según uso de métodos anticonceptivos.

Gráfico 5. Distribución de adolescentes encuestados según estado civil.

Gráfico 6. Distribución de adolescentes encuestados según presencia o ausencia de hijos.

Gráfico 7. Distribución de adolescentes encuestados según antecedente de enfermedades de transmisión sexual.

Por otro lado, en el gráfico 2 se observa que el 62.36% de los adolescentes ya habían iniciado vida sexual activa, de los cuales, 58.42% fueron hombres y el 41.58% mujeres. Asimismo, de los 101 adolescentes que habían iniciado vida sexual activa, el 44% tenían el antecedente de haber tenido contacto sexual con una persona, 24% con 2, 14% con 3 y 18% con 4 o más personas diferentes (gráfico 3).

De acuerdo al uso de métodos anticonceptivos (gráfico 4), el 47% de los adolescentes con vida sexual activa no utiliza algún método, el 12% utiliza el preservativo, 3% algún método hormonal, 1% el implante subdérmico, 2% el dispositivo intrauterino y el 35% algún método anticonceptivo natural, con predominio en coito interrumpido. Lo anterior llama la atención, ya que el 88% de los adolescentes con vida sexual activa, son solteros y el 12% conviven en unión libre o están casados sin poder obtener información sobre motivo principal de la unión (gráfico 5). Y, sin relacionarse con su estado civil, el 14% de los adolescentes con vida sexual activa, tienen hijos, mientras que el 86% no cuentan con ellos (gráfico 6). El 36% de los adolescentes con vida sexual activa han presentado alguna enfermedad de transmisión sexual, mientras que el 64% de ellos no (gráfico 7).

Concebimos la adolescencia como una de las etapas del desarrollo humano caracterizadas por el intenso cambio físico, psicológico y social que se inicia en la pubertad, entre los 10 y 12 años, se consolida entre los 13 y 14 años y culmina aproximadamente a los 19 años, con la obtención de las características físicas, biológicas y psicológicas de la juventud y la asunción de deberes y responsabilidades sociales y legales de esta etapa, terminando a los 20 años. Durante estos años cada persona, a partir de sus experiencias en la infancia y el entorno social en que se desarrolla, empieza un proceso de individuación y socialización secundaria, marcado por la transformación de sus cuerpos, la obtención paulatina de su capacidad sexual y reproductiva; la construcción de una identidad es un imperativo para ellas.

La exploración del mundo, la centralidad del grupo de amigos que construyen y con los cuales comparten estos difíciles procesos, los cambios constantes de humor, sentimientos y percepciones, los cambios en las relaciones con su familia inmediata, el enamoramiento, erotismo y el descubrimiento de sus capacidades y necesidades sexuales, la necesidad de

encontrar su lugar en el mundo, constituyen características importantes de esta etapa; siendo importante la enseñanza que brinda el personal de salud, ya que es su responsabilidad promover y generar condiciones para proteger la salud y el desarrollo de los adolescentes, y así construir agentes de cambio cultural en salud.

En la tabla 3, se muestran los resultados obtenidos según el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos que tienen los adolescentes encuestados. Se puede observar que de los 162 adolescentes, 64 (39.51%) conocen sobre sus afectos adversos, si han recibido información sobre los métodos anticonceptivos, 72 (44.44%) conocen sobre el método más seguro, y por quienes pueden ser usados los métodos anticonceptivos, y 26 (16.05%) saben que son los métodos anticonceptivos y pueden identificarlos (gráfico 8).

Tabla 3. Distribución de adolescentes encuestados según nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

	ADOLESCENTES	
	N	(%)
ALTO	72	44.44
MEDIO	64	39.51
BAJO	26	16.05
TOTAL	162	100

Gráfico 8. Distribución de adolescentes encuestados según nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

El conocimiento que presenta el adolescente sobre los métodos anticonceptivos es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas que pueden ser ordenados, siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal.

Por lo tanto uno de los datos obtenidos en el presente estudio de investigación nos permite concluir que 26 (16.05%) un conocimiento bajo, 64 (39.51%) tienen un conocimiento medio y 72 (44.44%) un conocimiento alto.

En la tabla 4, respecto a las actitudes que tienen los adolescentes hacia los métodos anticonceptivos de los 162, 32(19.75%) aceptan que las pastillas son más eficaces que el método del ritmo, están de acuerdo que los métodos anticonceptivos tienen efectos adversos de aumento de peso, que usar los métodos anticonceptivos dan seguridad en las relaciones sexuales en la pareja, que el preservativo es el método anticonceptivo más fácil de conseguir, en que se debe impartir información sobre los métodos anticonceptivos, que las píldoras son pastillas que se deben tomar todos los días, y que el uso de métodos anticonceptivos ayuda a no tener hijos. Por otro lado, 81(50%) son indiferentes en cuanto a si el uso de métodos anticonceptivos promueve la infidelidad en la pareja, y en desacuerdo en que para tener relaciones sexuales solo la mujer debe cuidarse para no quedar embarazada. Asimismo, 49(30.25%) rechazan la idea que los métodos anticonceptivos son fáciles de usar, son indiferentes a que la pareja debe de utilizar el método más conocido, a que todos los métodos anticonceptivos son seguros, que el uso de métodos anticonceptivos es ineficaz aun si se cumplen las instrucciones y que el uso de preservativo, cremas y óvulos vaginales hacen que no se sienta placer en el acto sexual (gráfico 9).

Tabla 4. Distribución de adolescentes encuestados según actitud hacia los métodos anticonceptivos.

	ADOLESCENTES	
	N	(%)
ACEPTACIÓN	32	19.75
RECHAZO	49	30.25
INDIFERENCIA	81	50.00
TOTAL	162	100

Gráfico 9. Distribución de adolescentes encuestados según la actitud hacia los métodos anticonceptivos.

La actitud que presentan los adolescentes encuestados hacia los métodos anticonceptivos se relaciona con la serie de cambios que sufren como son la capacidad potencial para influir en procesos de cambios, pues es un estadio crucial del desarrollo humano, en el que la persona busca y asume ideales, poniendo en cuestión la ideología, actitudes y prácticas de su familia y entorno inmediato.

Por lo tanto los datos obtenidos en el presente estudio de investigación nos permiten concluir el que 19.75% aceptan que las pastillas son más eficaces que el método de calendario, están de acuerdo que los métodos anticonceptivos tienen efectos adversos de aumento de peso, que usar los métodos anticonceptivos dan seguridad en las relaciones sexuales en la pareja, que el preservativo es el método anticonceptivo más fácil de conseguir, que se debe impartir información sobre los métodos anticonceptivos, que las píldoras son pastillas que se deben tomar todos los días y que el uso de métodos anticonceptivos ayuda a no tener hijos. El 50% son indiferentes a la idea que el uso de métodos anticonceptivos promueve la infidelidad en la pareja, están en desacuerdo en que para tener relaciones sexuales solo la mujer debe cuidarse para no quedar embarazada. El 30.25%, rechazan que los métodos anticonceptivos son fáciles de usar, son indiferentes a que la pareja debe de utilizar el método más conocido, que todos los métodos anticonceptivos son seguros, el uso de métodos anticonceptivos es ineficaz aun si se cumplen las instrucciones, que el uso de preservativo, cremas y óvulos vaginales hacen que no se sienta placer en el acto sexual, lo que interviene en que los adolescentes acepten el uso de los métodos anticonceptivos.

9. CONCLUSIONES

Los conocimientos que tienen los adolescentes encuestados sobre los métodos anticonceptivos son, en el 44.44% de los casos, alto, 39.51% tienen un conocimiento medio sobre el método más seguro relacionado con la mediana información que recibieron sobre ellos y el 16.05% tienen un conocimiento bajo sobre los métodos anticonceptivos.

Respecto a las actitudes hacia los métodos anticonceptivos que tienen los adolescentes, el 19.75% tienen una actitud de aceptación hacia los métodos anticonceptivos, el 50% tienen una actitud de indiferencia y el 30.25% tienen una actitud de rechazo.

Por lo anterior, se recomienda que se emprenda un programa educativo en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” con respecto a la enseñanza de temas relevantes a salud de la mujer, salud de niño y adolescente y en métodos anticonceptivos y planificación familiar. Asimismo, que se impulse a realizar investigaciones cualitativas y cuantitativas sobre el tema ya que constituye un elemento importante en el proceso

profiláctico primario y bien estar psicosocial de los adolescentes adscritos a esta unidad de atención médica.

10. LITERATURA CITADA

1. Martínez, M. y Ríos, R. Los conceptos de conocimiento, epistemología y paradigma como base diferencial en la orientación metodológica del trabajo de grado. Cinta de Moebio 25. 2006.
2. Laca, A. Actitudes y comportamientos en las situaciones de conflicto. Enseñanza e Investigación en Psicología 10(1):117-126. 2005.
3. González, R. y Velarde, M. Actitud de los hombres adolescentes ante el embarazo en la adolescencia. [Evid Pediatr. 7:35](#). 2011.
4. Albornoz, T. Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2006. Perú. 2007.
5. Organización Iberoamericana de la Juventud. Página Web disponible en <http://www.laconvención.org/index.php?secciones/convencion>. 2010
6. Parajeles, R. y Zamora, A. Educación sexual en la adolescencia: la vivencia de un trabajo comunal universitario. Medicina Legal de Costa Rica 29(2). 2012.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Página Web disponible en <http://www.oms.org>

8. García, M. y Perpiñán, C. La sexualidad en adolescentes y jóvenes. *Evid Pediatr* 7:27. 2011.
9. Pereira, S. Embarazos en niñas y adolescentes. *Sociedad Argentina de Pediatría* 108(6):562-565. 2010.
10. Consejo Nacional de Población (CONAPO). La situación actual de los jóvenes en México. Serie de documentos técnicos. México. 2010.
11. Ehrenfeld, N. El embarazo en adolescentes: un tema con varias polémicas. *Género y Salud en Cifras* 6(1). 2008.
12. Vargas, T.; Henao, J. y González, C. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología* 10 (1): 49-63. 2011.
13. Mancilla, R. Embarazo en adolescentes. *Vidas en riesgo. Perinatología y Reproducción Humana* 26(1): 5-7. 2012.
14. Zepeda, A.; Luengo, X.; Tijero, M. y Millán, T. Adolescentes escolares: ¿Qué saben de anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual? Presentación en XXI Reunión Bienal de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana (ALIRH). São Paulo, Brasil. 2009.
15. Avery, L. y Lazdane, G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents. [Eur J Contracept Reprod Health Care 15 Suppl 2:S54-66](#). 2010.
16. Esparza, O. y García, V. Factores que influyen en la utilización de preservativos en los varones adolescentes. [Evid Pediatr 5:41](#). 2009.
17. Stevens, S.; Kelly, L.; Singer, D., y Cox, A. Why pregnant adolescents say they did not use contraceptives prior to conception. *Journal of Adolescent Health* 19(1): 48-55. 2011.
18. Molina, M.; Ferrada, C.; Pérez, R.; Cid, L.; Casanueva, V. y García, A. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista Médica de Chile* 132(1):65-70. 2010.
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4(e). 2011.
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Mujeres y Hombres en México*. 13(e). 2009.
21. Sadler, M. y Aguayo, F. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Estudio de las "Dinámicas familiares en familias de padres y madres adolescentes". Gobierno de

Chile, Fondo de Solidaridad e Inversión Social, Ministerio de Planificación. Centro Interdisciplinario de Estudios de Género (CIEG), Universidad de Chile. Santiago de Chile. 2006.

22. Mohamed, M. y Cleland, J. Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15–24 in eight Latin American countries: a comparative analysis. *Social Science & Medicine* 60(6): 1175-1185. 2005.
23. Anderson, J.; Santelli, J. y Morrow, B. Trends in adolescent contraceptive use, unprotected and poorly protected sex. *Journal of Adolescent Health* 38(6): 734-739. 2010.
24. Manlove, J.; Ryan, S. y Franzetta, K. Contraceptive use and consistency in US teenagers most recent sexual relationships. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36(6):265-275. 2011.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera. 2013

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

El inicio temprano de las relaciones sexuales entre los adolescentes sin la debida protección los expone a ETS y embarazos de alto riesgo que pone en peligro la vida de la madre y su producto. Conforme a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en 2009, el 61.8% de las adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activas, declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual; lo cual contrasta con el conocimiento que estas tienen sobre los métodos anticonceptivos, mientras que el 97% de los adolescentes han oído hablar de alguno de estos. Lo anterior conlleva a una situación compleja en la cual el conocimiento de métodos anticonceptivos es una condición necesaria más no suficiente para su uso, resultando a su vez en el aumento en costes de atención sanitaria y riesgo de complicaciones en los adolescentes). Generar programas de salud preventiva primaria no sólo debe basarse en el uso de métodos anticonceptivos sino también en las actitudes que tienen las adolescentes ante el uso de los mismos con fines de orientación e implementación de nuevas estrategias para contribuir a la disminución de este problema.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la actitud ante el uso de los mismos en adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera" durante el período comprendido entre Noviembre de 2013 y Enero de 2014

Procedimientos:

Se recabará la información por medio del instrumento de evaluación de Albornoz.

Posibles riesgos y molestias:

Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Envío a los servicios de apoyo de la Unidad para orientar sobre los métodos anticonceptivos y paternidad responsable

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

El cuestionario será evaluado y se dará a conocer el resultado de la información, derivándolo a los servicios de apoyo de la unidad, tales como planificación familiar, trabajo social, medicina preventiva.

Participación o retiro:

En cualquier momento

Privacidad y confidencialidad:

La información obtenida será totalmente confidencial.

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

El paciente sera informado sobre el resultado obtenido mediante la publicación de un cartel en la UMF 28

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

Investigador Responsable:

R2MF Dra. Santana Díaz Salgado
DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

E-mail: santhanna2085@gmail.com

E-mail gaby301096@gmail.com

CELULAR: 7773282324

cel. 55-16799489

Colaboradores:

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN CUESTIONARIO DE ALBORNOZ

Datos generales:

Edad:

Escolaridad:

Religión:

Edad de mi pareja sexual en caso de tenerlo:

No. De parejas sexuales:

Inicio de vida sexual activa:

Método anticonceptivo actual:

Estado civil:

Número de embarazos previos:

Presencia de enfermedades de transmisión sexual:

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CUESTIONARIO DE ALBORNOZ: A continuación se muestran una serie de proposiciones a cerca del uso de métodos anticonceptivos, señale con una X lo que más se asemeje a usted:

Proposiciones	Acuerdo	Indeciso	Desacuerdo
Las pastillas anticonceptivas son más eficaces que el método de calendario			
Los métodos anticonceptivos tienen como efecto adverso el aumento de peso			
Usar métodos anticonceptivos da seguridad en las relaciones sexuales en la pareja			
Los métodos anticonceptivos son fáciles de usar			
El uso de métodos anticonceptivos promueve la infidelidad en la pareja			
La pareja debe utilizar el método más conocido			
Todos los métodos anticonceptivos son seguros			
Para tener relaciones sexuales, solo la mujer debe cuidarse para no quedar embarazada			
Utilizaría usted algún método anticonceptivo			
El preservativo es el método anticonceptivo más fácil de conseguir			
El uso de métodos anticonceptivos es ineficaz aun si se cumplen las instrucciones			
Se debe impartir información sobre los métodos anticonceptivos			
Las píldoras son pastillas que se deben tomar todos los días			
El uso de métodos anticonceptivos ayuda a no tener hijos			
El preservativo, cremas y óvulos vaginales hacen que no se sienta placer en el acto sexual			

1. Los métodos anticonceptivos son: ()
- a. Sustancias químicas que impiden que nazca el bebe
 - b. Sustancias químicas que impiden el embarazo
 - c. Sustancias químicas que causan daño a la mujer
 - d. Ninguna de las anteriores

2. Respecto a los métodos anticonceptivos, marque con una cruz los métodos anticonceptivos que conoce:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| () Dispositivo intrauterino | () Método de Billings |
| () Pastillas anticonceptivas | () Implante |
| () Coitos interrumpido | () Ligadura de trompas |
| () Inyecciones hormonales | () Preservativo |
| () Método del ritmo | () Cremas - óvulos |

3. Los métodos anticonceptivos que efectos adversos tiene:

4. Has recibido alguna vez información sobre los métodos anticonceptivos:

- () Si () No

5. En caso afirmativo, ¿por parte de quien?

6. El método más seguro que conoce usted es:

7. Los métodos anticonceptivos pueden ser usados por: ()

- a. Sólo el hombre
- b. Ambos
- c. Sólo la mujer
- d. Ninguna de las anteriores
- e. No sé

8. El método de calendario o regla puede ser usado por: ()

- a. Mujeres con ciclos menstruales irregulares
- b. Mujeres con ciclos menstruales regulares
- c. Mujeres con más de dos hijos

- d. Todas las mujeres
- e. No sé

9. Respecto a los métodos anticonceptivos relacione usted el contenido correspondiente de la Columna A con la Columna B

COLUMNA A:

- () Método de Calendario o de Billings
- () Pastillas o Inyecciones
- () Ligadura de trompas o Vasectomía
- () Preservativo
- () Dispositivo intrauterino

COLUMNA B:

- a. Método quirúrgico
- b. Método natural
- c. Método hormonal
- d. Método de barrera

e.

f. **ANEXO 3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

g.

h.

i.

j.

k.

l.

m.

n.

o.

p.

q.

r.

s.

t.

u.

v.

w.

x.

y.

z.

aa.
ab.
ac.
ad.
ae.
af.
ag.
ah.
ai.
aj.
ak.

al. ANEXO 4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

am.

ao.		ap. FECHA																						
a n . E	ar. MAR as. 2012	a t. A a u . 20	a v. M a w . 20	a x . J a y . 20	a z . J b a . 20	b b . A b c . 20	bf. OCT 2012	bg.	b h . N b i. 20	bl. E N E . 2013	bm.	b n . F b o . 20	br. A B R . 2013	bs.	b t. M b u . 20	b v. J b w . 20	bz. A G O . 2013	ca.	c b . S c c . 20	c d . O c e . 20	c f. N c g . 20	c h . D i. c i. 20	c j. E c k . 20	c l. F c m . 2
	co. x	c p . X	ca .	cr. .	cs .	ct. .	cv. .	c w. .	cy. .	cz .	db. .	dc .	dd .	df. .	dg .	dh .	di. .	dj. .	dk .	dl. .				
	do.	dp .	d q . X	d r. X	d s . X	dt. .	dv. .	d w. .	dy. .	dz .	eb. .	ec .	ed .	ef. .	eg .	eh .	ei. .	ej. .	ek .	el. .				
	eo.	ep .	eq .	er. .	es .	e t. X	ev. .	e w. .	ey. .	ez .	fb. .	fc. .	fd. .	ff. .	fg. .	fh. .	fi. .	fj. .	fk. .	fl. .				

f m . /	fn.	fo.	fp.	fq.	fr.	f S . X	fu.	fv.	fx.	fy.	ga.	gb .	gc .	ge.	gf.	gg .	gh .	gi.	gj.	gk .
g l . O g m . H	gn.	go .	gp .	gq .	gr.	gs .	gu.	gv .	gx.	gy .	ha.	hb .	hc .	he.	hf.	hg .	hh .	hi.	hj.	hk .
h l . M h m . T h n . P h o . D	hp.	hq .	hr.	hs .	ht.	hu .	hw. x	h X . X	hz.	ia.	ic.	id.	ie.	ig.	ih.	ii.	ij.	ik.	il.	im .

D												X	X		X	X				
m m . R	mn.	mo.	mp.	mq.	mr.	ms.	mu.	mv.	mx.	my.	na.	nb.	nc.	ne.	nf.	ng.	nh.	ni.	nj.	nk.
n l . R	nm.	nn.	no.	np.	nq.	nr.	nt.	nu.	nw.	nx.	nz.	oa.	ob.	od.	oe.	of.	og.	oh.	oi.	oj.
o k . A	ol.	om.	on.	oo.	op.	oq.	os.	ot.	ov.	ow.	oy.	oz.	pa.	pc.	pd.	pe.	pf.	pg.	ph.	pi.
p j . C	pk.	pl.	pm.	pn.	po.	pp.	pr.	ps.	pu.	pv.	px.	py.	pz.	qb.	qc.	qd.	qe.	qf.	qg.	qh.

qi.
qj.