



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 32
GUASAVE, SINALOA.

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 6,
AHOME, SINALOA.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:

MARÍA AÍDA MIRANDA CRUZ

REGISTRO: R-2019-2503-003

Asesor:

DR. JOSÉ FRANCISCO ESPINOZA RUBIO

Guasave, Sinaloa

Junio 2019



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.

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º. 6, AHOME, SINALOA.”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
MARÍA AÍDA MIRANDA CRUZ

AUTORIZACIONES:

DR. EDI SAMUEL ESPINOZA ASTORGA
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS EN GUASAVE, SINALOA.

DR. JOSÉ FRANCISCO ESPINOZA RUBIO
ASESOR DE TESIS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N.º. 32
GUASAVE, SINALOA

DR. OSWALDO SALAZAR VALENZUELA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ELVA NIDIA ZAVALA LOZANO
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SINALOA

DR. JULIO MANUEL MEDINA SERRANO
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SINALOA

DRA. LAURA ELENA CASTRO CERVANTES
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN SINALOA

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N0. 6, AHOME,
SINALOA.”**

TRABAJO QUE PARA LA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA
MARÍA AÍDA MIRANDA CRUZ

AUTORIZACIONES:

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M,

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

ÍNDICE

I.	RESUMEN	1
II.	MARCO TEÓRICO.....	2
	A. INTRODUCCIÓN.....	2
	B. ADOLESCENCIA.....	3
	C. CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES	3
	D. EMBARAZO ADOLESCENTE.....	5
	E. ANTICONCEPCIÓN	6
	F. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	8
	G. CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS.....	10
III.	JUSTIFICACIÓN	13
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
	A. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
V.	OBJETIVOS.....	15
	A. OBJETIVO GENERAL.....	15
	B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
VI.	HIPÓTESIS.....	16
	A. HIPÓTESIS NULA.....	16
	B. HIPÓTESIS ALTERNA	16
VII.	MATERIAL Y MÉTODOS	17
	A. TIPO DE ESTUDIO	17
	B. DISEÑO DE ESTUDIO.....	17
	C. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	17
	D. TIPO DE MUESTREO	17
	E. TAMAÑO DE MUESTRA	18
	F. CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	19
	G. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	19
	A. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	20
	B. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	21
	1. Criterios de inclusión.....	21

2.	Criterios de exclusión	21
3.	Criterios de eliminación	21
C.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	22
VIII.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
IX.	RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	24
A.	RECURSOS HUMANOS.....	24
B.	RECURSOS MATERIALES.....	24
X.	RESULTADOS	41
XI.	DISCUSIÓN	44
XI.	CONCLUSIONES.....	39
XII.	BIBLIOGRAFÍA.....	41
XIII.	ANEXOS.....	44
A.	Anexo 1. CUESTIONARIO 1.....	44
B.	Anexo 2. CUESTIONARIO 2.....	47
C.	Anexo 3. CUESTIONARIO 3	48
D.	Anexo 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	50
E.	Anexo 5. CARTA DE ASENTIMIENTO.....	51

I. RESUMEN

“Nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 6, Ahome, Sinaloa”

Miranda –Cruz MA1, Espinoza –Rubio JF2 1Alumna de Tercer Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar, 2Médico Especialista en Medicina Familiar HGZ c/MF No. 32.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS). La adolescencia es una etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años de edad, caracterizada por múltiples cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales, mismos que envuelven a los adolescentes en un entorno de dudas y conductas de riesgo dentro de las cuales la sexualidad cobra principal ventaja debido a que forma parte de los cambios fisiológicos que los adolescentes experimentan propios de la edad. Es importante detectar tempranamente riesgos para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual y proporcionarles al adolescente el método anticonceptivo adecuado y orientarlos sobre sus beneficios y riesgos.

Objetivo. Conocer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 en Ahome, Sinaloa. **Material y métodos.** Se llevó a cabo un cuestionario aplicado a los adolescentes atendidos en la UMF No. 6 del IMSS, Ahome, Sinaloa, en el periodo comprendido del 1ro de abril al 30 de noviembre de 2018. **Resultados.** La muestra quedó integrada por 273 adolescentes de 12 a 19 años que acudieron a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 6 en Ahome, Sinaloa. Se obtuvo que 149 adolescentes (54.6%) tienen bajo nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos. Aproximadamente la mitad de los participantes refirió contar con nivel secundaria, seguido por el nivel bachillerato y universitario. **Conclusiones.** El bajo nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos tiene alta relación con embarazos no deseados en mi población adolescente estudiada.

Palabras claves. Métodos anticonceptivos, adolescentes, nivel de conocimiento.

II. MARCO TEÓRICO

A. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años de edad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), caracterizada por múltiples cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales, mismos que envuelven a los adolescentes en un entorno de dudas y conductas de riesgo dentro de las cuales la sexualidad cobra principal ventaja debido a que forma parte de los cambios fisiológicos que los adolescentes experimentan propios de la edad.

Aunado a esto, diversos estudios demuestran que los adolescentes comienzan su vida sexual cada vez a edades más tempranas, cuando aún no cuentan con los conocimientos adecuados para comenzar esta etapa de reproducción, lo cual aumenta el riesgo no solo de embarazos no planeados, si no también infecciones de transmisión sexual (ITS), abortos, mortalidad materna, entre otros. En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, reportó un incremento (23%) del porcentaje de adolescentes que iniciaron vida sexual comparada con 15% del 2006.¹

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública debido a su notable incremento en los últimos años. Así mismo, se conoce que el embarazo en edades tempranas duplica las posibilidades de morir con respecto a las mujeres de 20 años o más.

En las adolescentes más del 80 % de los embarazos son no deseados, y más de la mitad de estos embarazos se producen en mujeres que no usan anticonceptivos debido a conocimientos muy débiles sobre el tema. Es por eso, que el hecho que los adolescentes cuenten con los conocimientos necesarios para enfrentarse a esta nueva etapa llena de cambios resulta una herramienta útil para prevenir futuras complicaciones.

B. ADOLESCENCIA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa que abarca la segunda década de vida, es decir, entre los 10 y 19 años, caracterizada por la sucesión de importantes cambios, entre los que destacan los relacionados con su sexualidad.^{2, 3, 4.}

La palabra adolescencia procede del latín *adolescere* que significa lucir y pubertad, y de *pubertas* que en latín quiere decir apto para la reproducción. La pubertad (etapa de juventud hasta los 20 años) y la juvenilia (rasgos biológicos de la adolescencia en los adultos) son etapas comprendidas dentro de la adolescencia.⁵

La palabra “cambio” es ideal para describir la adolescencia, debido a que es una etapa que se caracteriza por ser de crisis, confusión, dudas, ansiedad, pero también de afectos y madurez. Todo ello como resultado de los dramáticos cambios anatómicos y fisiológicos que experimenta el organismo, así como de la intensa carga emocional que sufren los adolescentes al tener que adaptarse a nuevas normas sociales como parte de la transición a la edad adulta.⁶

C. CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES

Tradicionalmente, se considera a la adolescencia como una etapa relativamente exenta de problemas de salud. Sin embargo, los adolescentes están expuestos a múltiples factores de riesgo social, personal y psicológico para su salud.⁷

Durante el periodo de la adolescencia son particularmente intensas las conductas de riesgo, definidas como aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas. Estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales.⁵

Las características propias de la adolescencia, sumadas al escaso o inadecuado conocimiento, actitudes y valores negativos hacia el sexo y la falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, son las que condicionan en los adolescentes comportamientos de riesgo para las infecciones de transmisión sexual (ITS), el embarazo no deseado y el aborto clandestino.⁶

Dentro de los factores que constituyen grandes riesgos en los adolescentes se encuentra la nutrición y actividad física inadecuada, actividad sexual que pueda conducir a embarazo no deseado o infección, el uso y abuso de sustancias y las conductas que contribuyan a lesiones no intencionales y violencia (homicidio/suicidio).^{5, 8}

Durante la adolescencia, la sexualidad surge con fuerza como parte del impulso hacia la madurez física y emocional. Los adolescentes empiezan a desarrollar una escala y un código de valores propio, teniendo como principales influencias a los padres, el colegio, los medios de comunicación social y, sobre todo, al grupo de pares.⁹

La edad de iniciación sexual es un evento preciso, identificable y relativamente fácil de medir mediante preguntas retrospectivas en encuestas especializadas. Las teorías sociales dominantes sobre la sexualidad humana plantean que esta iniciación tenderá a adelantarse, ocurrirá de manera cada vez más frecuente antes de la unión (sea formal o consensual) y concordarán de forma paulatina las edades de iniciación sexual de hombres y mujeres y de los diferentes estratos socioeconómicos.¹⁰ El inicio precoz de las relaciones sexuales en adolescentes femeninos y masculinos es un fenómeno común en las Américas, debido a que se estima que la mitad de las adolescentes menores de 17 años son sexualmente activas.¹¹ La tendencia marcada de inicio temprano de la vida sexual en adolescentes de Latinoamérica puede estar influenciada por la cultura, la cual influye directamente en las percepciones y actitudes que los adolescentes desarrollan hacia el uso de métodos anticonceptivos.¹²

Las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, como la promiscuidad y la falta de consistencia en el uso del preservativo, los expone a adquirir una infección de transmisión sexual con importantes consecuencias negativas sobre su salud, principalmente el riesgo de adquirir VIH/sida, infertilidad, embarazos no planeados, complicaciones en el embarazo e incluso la muerte.^{13, 14, 15} Se calcula que cada año ocurren 45 millones de abortos en condiciones de riesgo, una cuarta parte de estos tienen lugar en una adolescente, según datos de la OMS en el año 2008, aproximadamente 358,000 mujeres murieron de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio.¹⁶

D. EMBARAZO ADOLESCENTE

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación), entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. De esta manera, el embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente.¹⁷

Entre los factores relacionados con el embarazo en la adolescencia, el inicio precoz de las relaciones sexuales, la información insuficiente sobre sexualidad y prevención del embarazo, el uso inadecuado o el no uso de métodos anticonceptivos, el bajo nivel socioeconómico y el ser hija de madre adolescente son factores predisponentes para repetir el modelo de embarazo precoz.¹⁸

En las adolescentes más del 80 % de los embarazos son no deseados, y más de la mitad de estos embarazos se producen en mujeres que no usan anticonceptivos. La mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos, el 23 % de las mujeres jóvenes sexualmente activas admitió haber tenido relaciones sexuales sin

protección debido a diversas razones dentro de las que destacan la vergüenza y el nivel bajo de conocimiento del tema.^{17,18}

El embarazo adolescente en México tiene una tendencia a un incremento imparable, de acuerdo con las estadísticas de natalidad del INEGI en el 2011 nacieron en el país 2.58 millones de niñas y niños; de ellos 473 mil de madres menores de 19 años de edad. Esta cifra equivale a 18.4%, es decir, prácticamente uno de cada 5 nacidos vivos en el 2011 son hijos e hijas de madres adolescentes. La tasa de fecundidad en 2011, de las mujeres entre 12 y 19 años, fue de 37 nacimientos por cada 1 000 mujeres y de éstas hasta 40% no planearon ni desearon el embarazo.

Observando el panorama actual de los embarazos en adolescente resulta imprescindible analizar la mortalidad materna como un problema grave para las adolescentes, debido a que, el embarazo en edades tempranas duplica las posibilidades de morir con respecto a las mujeres de 20 años o más.

E. ANTICONCEPCIÓN

Podemos definir la anticoncepción en la adolescencia como la prestación de un servicio de salud integral, ante la solicitud espontánea de anticoncepción por un o una adolescente de 19 años o menos, o pareja de adolescentes, con vida sexual activa, permanente o esporádica o en riesgo de iniciarla.

En general, la información disponible sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes muestra que existen mayores tasas de fracaso, menores tasas de continuidad y un menor cumplimiento en comparación con los adultos.

Un estudio realizado por Montero en 2011 en Chile, sobre el uso del preservativo en 205 adolescentes sexualmente activas, consultantes por anticoncepción, mostró que sólo un 7.3 % lo utilizaba “siempre”, un 42,9% lo usaba “a veces” y 49,7% no lo utilizaba. La

principal razón de uso del condón fue para prevención de embarazo (28,7%), para prevención de embarazo e ITS (31%) y para prevenir específicamente ITS (17%).¹⁹

Los factores más importantes asociados al perfil de uso de anticonceptivos en adolescentes son de índole biopsicosocial. El comportamiento sexual y las pautas reproductivas de los adolescentes son muy sensibles a las influencias de factores sociales y guardan relación con su propia percepción del bienestar psicológico. La salud mental social y física del adolescente es el resultado de las experiencias durante esta etapa y son importantes determinantes de una buena parte de la salud en etapas posteriores.²⁰

En un estudio realizado por Lapeira-Panneflex y colaboradores se demostró que las principales actitudes negativas que las adolescentes presentan hacia la utilización de métodos anticonceptivos se basan en las repercusiones sociales que estos pueden generar. En donde, el 48.8% de la población evaluada piensan que usar anticonceptivos tiene efectos secundarios como gordura y esterilidad, razón por la cual algunos adolescentes prefieren evitar su uso.

En la práctica diaria, lamentablemente a menudo podemos comprobar que la información que los/las adolescentes, poseen sobre sexualidad es insuficiente y en muchos casos errada, asociándose con gran frecuencia a mitos y creencias existentes, en donde la accesibilidad a la atención en salud es otro pilar fundamental a considerar cuando hablamos de anticoncepción en adolescentes.

Después de evaluar a un grupo de adolescentes, Lapeira-Panneflex y colaboradores, concluyeron que el 65.6% de los encuestados ha escuchado sobre los métodos anticonceptivos, sin embargo, al indagar sobre sus características, uso y mecanismo de acción, este porcentaje descendió al 54.7%. Comprobando que el nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos va más allá de solo identificar los diversos métodos.

F. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos utilizados para la anticoncepción se dividen según su mecanismo de acción, dentro de los cuales se encuentran:

1. Métodos hormonales: en este grupo tenemos los anticonceptivos orales, combinados (ACO) y de progestágeno, los inyectables, el anillo vaginal, el parche transdérmico e implantes subcutáneos.
 - ACO: son muy efectivos si se siguen las indicaciones en relación a su administración. No interfieren con la relación sexual. En general están constituidos por un estrógeno (etinil estradiol) y por un progestágeno (levonorgestrel, norgestimato, gestodeno, desogestrel, clormadinona, ciproterona, drospirenona, dienogest). pueden presentarse algunos efectos secundarios como cefalea, sensibilidad mamaria, náuseas y/o mareos, pero con los nuevos preparados la tolerancia, así como los riesgos y los efectos secundarios se han ido minimizando. Por otra parte, presentan beneficios adicionales como la disminución de la dismenorrea y cantidad de sangrado menstrual, mejoramiento del acné, protección contra las infecciones pelvianas y alivio del síndrome premenstrual.
 - Inyectables: según su composición pueden ser a base de estrógenos y progestágenos o de progestágeno puro. En la actualidad los más recomendables son 2 inyectables que contienen valerianato de estradiol/ enantato de noretisterona y cipionato de estradiol/acetato de medroxiprogesterona respectivamente.
 - Anillo vaginal: el anillo hormonal combinado consiste en un anillo de silastic que contiene etinil estradiol y etonorgestrel. Se introduce en la vagina desde donde se libera la hormona que pasa directamente al sistema circulatorio.
 - Parche transdérmico: sistema que se adhiere a la piel desde el cual se libera la hormona en forma sostenida y paulatina hacia el torrente sanguíneo.

- Implantes subcutáneos: Son una especie de barras muy pequeñas que contienen una hormona (levonorgestrel o etonorgestrel), las que se deben colocar debajo de la piel (cara interna del brazo), desde donde se libera el anticonceptivo hacia la circulación, posteriormente al cumplirse el tiempo de uso debe ser extraído.
2. Métodos vaginales y de barrera: Incluidos el coitus interruptus, el preservativo masculino y femenino, el diafragma, los espermicidas y la esponja vaginal.
- Coito interrumpido: Consiste en la eyaculación fuera de la vagina. Existe un alto riesgo de fracaso al utilizarlo como método anticonceptivo y no protege contra las infecciones genitales.
 - Condón masculino: Fácil de adquirir y de utilizar con la debida educación y contribuyen a prevenir la adquisición de ITS.
 - Condón femenino: Poco conocido y utilizado por la población y es algo más costoso. Se inserta por la usuaria en la vagina antes de la relación sexual y se debe extraer cuidando de no derramar el semen. La ventaja es que los genitales externos también quedan protegidos.
 - Diafragma: Constituido por un aro metálico flexible el que está forrado por una capa de goma que adquiere forma cóncava. Se inserta en la vagina previo a la relación sexual y se usa con espermicidas para aumentar su efectividad. Puede producir irritación mecánica y/o infecciones vaginales.
 - Espermicidas: son sustancias químicas que se administran en la vagina previo al coito, su mecanismo de acción consiste en inmovilizar o terminar con la viabilidad de los espermatozoides. Se conocen preparados a base de cremas, espumas y óvulos. En general se usan en forma conjunta con otros métodos como el condón y diafragma.
 - Esponja vaginal: consiste en una esponja de poliuretano cuyo mecanismo de acción es fundamentalmente mecánico, bloqueando la entrada de los espermatozoides hacia el cuello uterino.
3. Dispositivo intrauterino (DIU): Insertado en el interior del útero, es efectivo, no interfiere con la relación coital. Debe ser insertado por un profesional competente, por

los riesgos que pueden presentarse durante el procedimiento. Realiza su efecto liberando hormonas a dosis y tiempos específicos.

4. Esterilización masculina y femenina: El procedimiento en la mujer consiste en ligar y/o seccionar la trompa uterina el que actualmente puede ser realizado por vía laparoscópica. En el varón consiste en la ligadura y/o sección de los conductos deferentes o “vasectomía” que puede ser realizado ambulatoriamente. En menores de edad existiendo métodos reversibles y seguros de anticoncepción no estaría indicada esta forma de anticoncepción, excepto excepciones muy bien fundamentadas.^{19, 20}
5. Anticoncepción de emergencia (AE): No fue diseñada como un método regular de anticoncepción, por lo que después de usarla, se debe empezar a usar o seguir usando un método regular si no se desea un embarazo. Este tipo de anticoncepción se puede utilizar en cualquier momento del ciclo menstrual y si es necesario, más de una vez durante un mismo ciclo. Se debe insistir siempre en que la anticoncepción de emergencia no protege contra las ITS.

Es bien conocido el hecho de que ninguna forma de anticoncepción ofrece a las mujeres un 100 % de protección, según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), los "accidentes ocurren" y constituyen, entre otros factores, elementos que determinan que más de la mitad (53 %) de las mujeres portadoras de un embarazo no deseado refieran haber sido usuarias de algún método anticonceptivo.^{16, 20}

G. CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS

La referida ausencia de información acerca de la sexualidad y uso de anticonceptivos sigue siendo una constante en la mayoría de adolescentes, quienes mantienen numerosos mitos respecto al uso de anticonceptivos, en nuestro país existen barreras culturales y de información para los adolescentes.

Los adolescentes deben estar equipados con los conocimientos pertinentes en sexualidad, a fin de que puedan tomar decisiones informadas con respecto a las relaciones

sexuales.⁹ El comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes está influenciado por su entorno sociocultural y su percepción del bienestar psico-afectivo, lo que plantea necesidades y cuestionamientos frente a su sexualidad.^{7, 21}

Una estrategia utilizada para minimizar el impacto del proceso que involucra la etapa de la adolescencia ha sido otorgar información sobre la sexualidad, con la premisa de que el conocimiento funge como predictor de conductas sexuales saludables y tratando de prevenir conductas de riesgo futuras.

En general se han utilizado dos maneras de obtener datos sobre el grado de conocimiento de los anticonceptivos a través de encuestas: primero se le pide al entrevistado que nombre los métodos que conoce (conocimiento espontáneo) y, después, se listan los métodos que no mencionó y se le pregunta si alguna vez ha oído acerca de cada uno de ellos (conocimiento con sondeo). La gran mayoría de las adolescentes mexicanas muestran estar familiarizadas con la anticoncepción cuando se combinan ambos modos de conocimiento.

Un estudio realizado por Arteaga y colaboradores en Bogotá evidenció una prevalencia de conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes del 67%. Teniendo en cuenta los niveles de conocimiento, se encontró que el 20.2% de los adolescentes presentaban conocimientos suficientes, el 47.2% aceptable y el 32.4% insuficiente sobre los métodos anticonceptivos. Por otro lado, Montalvo-Millán encontró que el 58,3 % de los adolescentes estudiados conocía tres métodos anticonceptivos o más.^{20, 22}

El conocimiento en relación al uso de los métodos anticonceptivos se ubica en el nivel medio con el 65,6%, seguido del nivel bajo con el 18,4 % y el nivel alto el 16,0%. El nivel de conocimiento según edad se encontró que el 72,6 % se ubican entre los estudiantes de 14 a 16 años de ello, el 50,8 % tiene un nivel de conocimiento medio, y el 13,7 % tiene un conocimiento bajo, y 8,1 un conocimiento alto. El 26,6 % se ubica entre los 17 a 18 años, de ello el 13,7 % tiene un nivel de conocimiento medio, el 8,1 % un conocimiento alto, y el

4,8 % un conocimiento alto. Finalmente, el 0,8 % se ubica en más de 19 años, con un nivel de conocimiento medio.²³

Sánchez-Meneses y colaboradores en una investigación respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos reportaron que los adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio (60.8%) y bajo (23.3%) mayoritariamente.²⁴

Después de evaluar el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, Rengifo-Reina y colaboradores encontraron que los adolescentes presentan niveles altos y muy altos, 33% y 44.5% respectivamente. La mayor fuente de información de los cuales los adolescentes han recibido su conocimiento es por parte de los padres (67.5%), seguido de los profesores (13.5%), obteniendo que las mujeres (72.2%) tengan una mayor información y un mayor conocimiento comparado con los hombres (62.5%) ($p=0,03$).²⁵

III. JUSTIFICACIÓN

En la adolescencia aumentan los encuentros sexuales sin protección con consecuencia del incremento de embarazos no deseados. La mayoría de los jóvenes no tienen la suficiente educación sexual para poder prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. En las adolescentes más del 80% de los embarazos son no deseados, y más de la mitad de estos embarazos se producen en mujeres que no usan anticonceptivos.

Los padres y docentes suelen ser los moduladores de las conductas de los jóvenes por ser también los pilares en la formación de las aptitudes, valores y creencias sobre la sexualidad. La educación sexual es un aprendizaje, que comienza desde pequeños y permanece a lo largo de la vida. El que los adolescentes conozcan los riesgos que conlleva el inicio de la vida sexual contribuiría positivamente a disminuir las cifras de embarazos adolescentes, los cuales son potencialmente más riesgosos debido a que aumentan la mortalidad materna, enfermedades de transmisión sexual, abortos entre otras complicaciones.

Algunos de los factores identificados como clave en el abandono o limitada utilización de estos métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes son situaciones meramente sociales, dentro de las que destacan vivir sin los padres conversar los temas de sexualidad con otras personas que los padres, tener pareja que no estudia ni trabaja, entre otros (26). Por otra parte, la carencia de información, creencias y percepciones erróneas tanto de las adolescentes como de proveedores pueden ser barreras importantes para el no uso frecuente de estos métodos anticonceptivos

Debido a este panorama, es que resulta imprescindible determinar el nivel de conocimientos que tienen actualmente los adolescentes respecto a los métodos anticonceptivos, e identificar las actitudes que influyen en su adherencia, para así buscar estrategias educativas que disminuyan la incidencia de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en esta población de estudio.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente los adolescentes inician la etapa reproductiva cada vez a edades más tempranas, lo cual se convierte en una conducta de riesgo para esta población en específico debido a las altas tasas de embarazos adolescentes y enfermedades de transmisión sexual reportadas. En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 reportó un incremento del porcentaje de adolescentes que iniciaron vida sexual: 23% comparado con 15% del 2006. Respecto al conocimiento que los adolescentes poseen de los diferentes métodos anticonceptivos, diversas investigaciones han demostrado que los niveles de conocimiento medio (60.8%) y bajo (23.3%) son los que se presenta mayoritariamente.

La educación es la herramienta indicada para mejorar las cifras que actualmente envuelven al tema de la sexualidad en adolescentes. Es necesario comenzar a educar desde edades más tempranas, tratando evidenciar los riesgos que implica el inicio de una vida sexual a edad temprana y así darles a los adolescentes las bases para afrontar mejor esta etapa.

A. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos que presentan los adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 en Ahome, Sinaloa?

V. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Conocer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 6, Ahome, Sinaloa.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Identificar los aspectos y comportamientos que influyen en el uso disminuido de métodos anticonceptivos.
- Comprobar si existe relación entre el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos y embarazos no planeados en los adolescentes.

VI. HIPÓTESIS

A. HIPÓTESIS NULA

Más del 50% de los adolescentes tienen buen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

B. HIPÓTESIS ALTERNA

Menos del 50% de los adolescentes tienen buen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

A. TIPO DE ESTUDIO

Encuesta descriptiva

B. DISEÑO DE ESTUDIO

Encuesta prospectiva, descriptiva, transversal y observacional

C. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 en Ahome, Sinaloa; de abril a noviembre de 2018.

D. TIPO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico por conveniencia

E. TAMAÑO DE MUESTRA

Se invitará a participar a todos los adolescentes que acudan a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 6, Ahome, Sinaloa, durante el periodo de estudio y aquellos que acepten participar bajo la firma de la carta del consentimiento informado y además cumplan con los criterios de selección serán incluidos en la investigación. El número de participantes es estimado con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * (1 - p)}{\delta^2}$$

Dónde:

Z_{α} ≡ Valor crítico (en este caso es de 1.96, usando un nivel de confianza del 95%)

p ≡ proporción esperada (en este caso 23% = 0.23)

δ ≡ Precisión (en este caso deseamos un 5%)

$$n = \frac{1.96^2 * 0.23 * (1 - 0.23)}{0.05^2} = 272$$

Así el tamaño de muestra necesario es de 272 pacientes.

F. CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

Variables independientes: edad, sexo escolaridad.

Variable dependiente: nivel de conocimiento de anticonceptivos

G. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
VARIABLES INDEPENDIENTES					
EDAD	Tiempo de vida del participante desde su nacimiento. (28)	Años cumplidos del paciente desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista	Cuantitativa	Discreta	12, 13, 14, ..., 19
SEXO	Características fenotípicas de los individuos distintivas de masculino y femenino. (29)	Clasificación según su característica fenotípica	Cualitativa	Nominal	0.-Femenino 1.-Masculino
ESCOLARIDAD	Grados de estudio del individuo desde su infancia hasta el momento de la encuesta. (30)		Cualitativa	Ordinal	0.-Sin escolaridad 1.-Primaria 2.-Secundaria 3.-Preparatoria
VARIABLES DEPENDIENTE					
CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL	Conjunto de conceptos sobre salud sexual que poseen los adolescentes. Medido a través de una encuesta que considera diversos aspectos como conocimientos, comportamientos y medio familiar (20).	Se evalúa a través de preguntas estructuradas para recabar información sobre conocimiento y comportamiento sobre salud sexual	Cualitativa	Nominal	0.-Sin conocimiento 1.-Posee conocimiento

A. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para evaluar el conocimiento que los adolescentes tienen hacia los métodos anticonceptivos se utilizó un cuestionario diseñado por el Dr. Marc A. Zimmerman, aprobado en el año 1997 en la Universidad de Michigan, EE.UU, además de otro cuestionario elaborado por Aranda y colaboradores en el año 2015. El instrumento resulta a fin en esta investigación debido a que ha sido aplicado y validado en México, así como en Jamaica, y en el propio lugar donde se diseñó. La estructura que sigue el instrumento está dividido en tres secciones: datos generales, conocimientos, comportamientos y medio familiar. La encuesta está compuesta por diversas preguntas abiertas y cerradas, donde sus respuestas son múltiples y de selección múltiple (anexo 1).³¹

Evaluación de las actitudes hacia las prácticas anticonceptivas.

Instrumento utilizado para evaluar las actitudes y opiniones en torno a uso de métodos anticonceptivos, compuesto por 9 preguntas en escala tipo Likert, el cual explora específicamente las actitudes hacia un único constructo teórico. La línea de corte para establecer la actitud global desfavorable o favorable hacia el uso de los métodos anticonceptivos es de 28 (mediana) con una amplitud de clase (rango) de 9 a 45 puntos (32).

Para evaluar las opiniones el instrumento incluyó 12 preguntas, también se utilizó una escala ordinal tipo Likert de 5 opciones (1= muy mala a 5= muy buena). La línea de corte para establecer la opinión global mala o buena hacia el uso de los métodos anticonceptivos es de 36 (mediana) con una amplitud de clase (rango) de 12 a 60 puntos (32).

B. CRITERIOS DE SELECCIÓN

1. Criterios de inclusión

- Adolescentes que acudan a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 6 en Ahome, Sinaloa en el periodo comprendido de marzo a noviembre de 2018.
- Ambos sexos
- Edad de 12 a 19 años
- Que acepten participar en la encuesta durante el período de estudio, previo la firma del consentimiento informado.

2. Criterios de exclusión

- Adolescentes que no acepten participar en el estudio o autorizar el consentimiento informado.
- Adolescentes que no sean derechohabiente de la UMF No. 6, Ahome, Sinaloa
- Adolescentes que no se encuentren en el rango de edad de 12 a 19 años.

3. Criterios de eliminación

- Adolescentes que no llenen de manera completa las encuestas para el cumplimiento de objetivos e hipótesis de interés.

C. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos recolectados se capturaron en el Excel. La información se organizó en cuadros y gráficas que mejor representen la situación. Las medidas estadísticas descriptivas que se estimarán para las variables cuantitativas son: media, desviación estándar e intervalo de confianza del 95% (IC95%) y para variables cualitativas: porcentajes y frecuencias. Todos los análisis se llevarán a cabo con el paquete estadístico Stata Intercooled versión 13.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó al adolescente que firme la carta de consentimiento informada para participar en la investigación. Se le informó del procedimiento para la realización del estudio. Se garantizó la confidencialidad de los datos y no tendrá ninguna repercusión en su atención médica, ni tiene riesgo en su salud. La presente investigación considera como base los lineamientos normativos del Institución Nacional y el comité local y/o la consideración de investigación basada en la ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41a Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989, 48a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, 55ª Asamblea General de la WA, Tokio 2004, 59 a Asamblea General de la WA, Seúl, Octubre de 2008.

IX. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

A. RECURSOS HUMANOS

- Adolescentes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 6, Ahome, Sinaloa
- Asesores de tesis

B. RECURSOS MATERIALES

- Unidad de Medicina Familiar No. 6, Ahome, Sinaloa
- Hojas blancas
- Pluma, lápiz, goma, saca punta
- Cuadernos
- Computadora
- USB

X. RESULTADOS

La muestra quedó integrada por 273 adolescentes que acudieron a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 6 en Ahome, Sinaloa; en el periodo comprendido de marzo a noviembre de 2018.

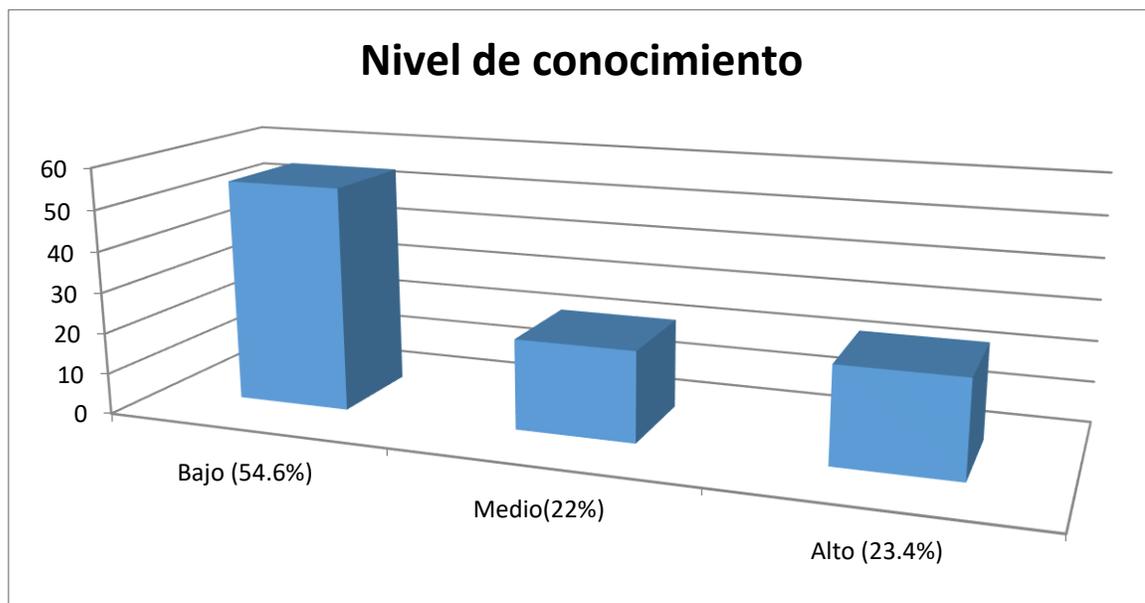
Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivo

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos se aplicó el cuestionario elaborado por Aranda y colaboradores que se muestra en los anexos. Así se determinó que el nivel de conocimiento de nuestros participantes fue bajo en un 54.6%, medio en el 22% y alto en el 23.4%.

Cuadro 1. Distribución porcentual del nivel de conocimiento de los participantes

Nivel de conocimiento	Frecuencia	%
Bajo	149	54.6
Medio	60	22.0
Alto	64	23.4
Total	273	100.0

Gráfica 1. Nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos



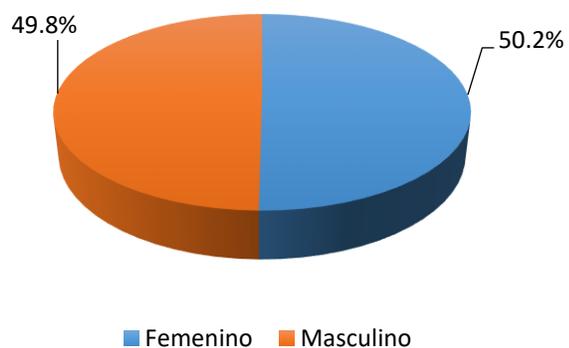
Fuente: Cuestionario Aranda

Del total de participantes, el 50.2% (n=137) correspondió al género femenino y el 49.8% (n=136) al masculino.

Cuadro 2. Género

Género	Número	Porcentaje (%)
Masculino	136	49.8
Femenino	137	50.2

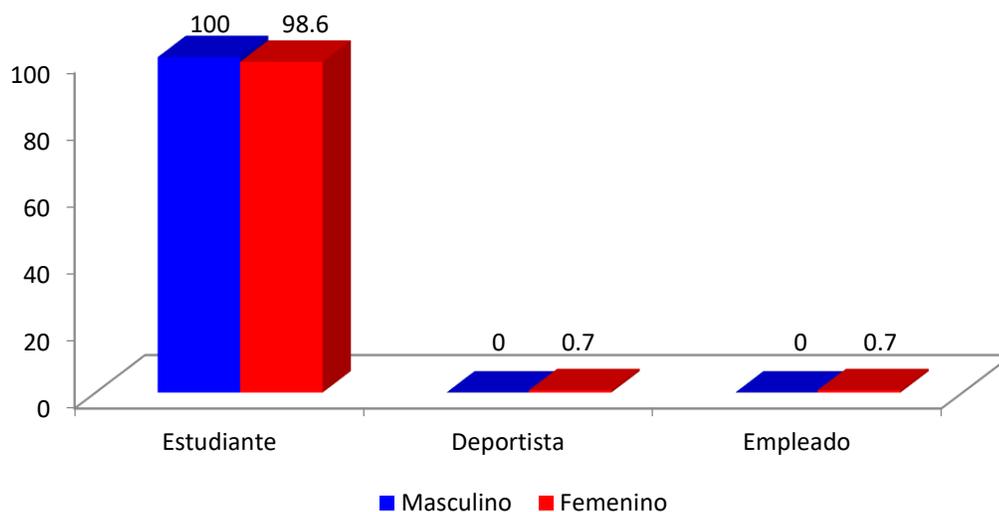
Gráfica 2. Distribución porcentual de los adolescentes según sexo



Del total de participantes, el 50.2% (n=137) correspondió al género femenino y el 49.8% (n=136) al masculino.

Respecto a la ocupación solamente 2 adolescentes refirieron ser no estudiantes, 0.8%.

Gráfica 3. Distribución porcentual de los adolescentes por ocupación

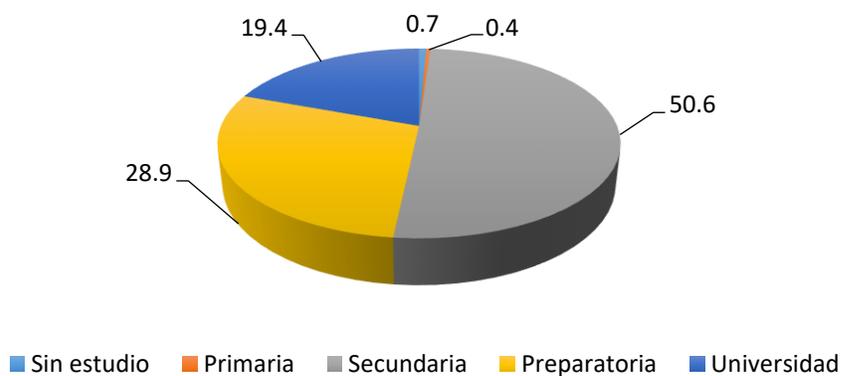


En referencia al estado civil, el 98.5% de los adolescentes mencionó ser soltero; existiendo un casado, un divorciado y dos mujeres viudas. Respecto al grado escolar, el 50.6% de los participantes refirió contar con nivel secundaria, seguido por el nivel bachillerato y universitario; cabe mencionar que el 1.1% de los adolescentes contaba con nivel primaria o sin estudios.

Cuadro 3. Grado escolar

Grado escolar	Porcentaje
Sin estudio	0.7%
Primaria	0.4%
Secundaria	50.6%
Preparatoria	28.9%
Universidad	19.4%

Gráfica 4. Distribución porcentual de los adolescentes según grado escolar



Conocimientos sobre sexualidad

Para esta sección se llevaron a cabo algunas preguntas, entre las que destacan:

- Si los adolescentes tienen sexo, ¿la muchacha puede quedar embarazada?

El 93.7% (n=252) respondieron de manera afirmativa, el 2.2% respondió que no y el resto, 4.1% dijo no saber. Los porcentajes fueron similares por género, p=0.644.

- ¿Qué enfermedades usted conoce que pueden ser adquiridas mediante relaciones sexuales?

Entre las enfermedades mencionadas por los adolescentes se tienen: virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis, gonorrea, virus del papiloma humano (VPH), herpes, candida, entre otros. El VIH es el más referenciado por los participantes, 93.2%; seguido por gonorrea, 47.7%; sífilis, 39%; herpes, 35.2%. Cabe mencionar que sífilis fue referida en mayor proporción por los hombres, 46.2% vs mujeres, 31.8%, p=0.017. Para el resto de las patologías no se evidenció diferencia por género. Cuadro 1.

Cuadro 1. Frecuencia de enfermedades conocidas por los adolescentes

ENFERMEDAD	%	IC95%	
		Li	Ls
VIH	93.2	89.4	95.9
SIFILIS	39.0	33.1	45.2
GONORREA	47.7	41.6	53.9
VPH	20.1	15.4	25.4
HERPES	35.2	29.5	41.3
CANDIDA	0.8	0.1	2.7
OTRO	4.2	2.1	7.3

Li Límite inferior
Ls Límite superior

- Si conoces algún método anticonceptivo, menciónalos.

Entre los métodos anticonceptivos mencionados por los participantes se tienen: condón, pastillas, inyección, parche, DIU, entre otros. La inyección fue el método anticonceptivo más conocido por las mujeres, 15% vs hombres, 6.7%, $p=0.027$. Cuadro 2.

Cuadro 2. Frecuencia de métodos anticonceptivos conocidos por los adolescentes

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	%	IC95%	
		Li	Ls
CONDÓN	96.6	93.7	98.4
PASTILLAS	66.0	60.0	71.7
INYECCIÓN	10.9	7.4	15.2
DIU	34.8	29.1	40.9
OTRO	7.5	4.6	11.3

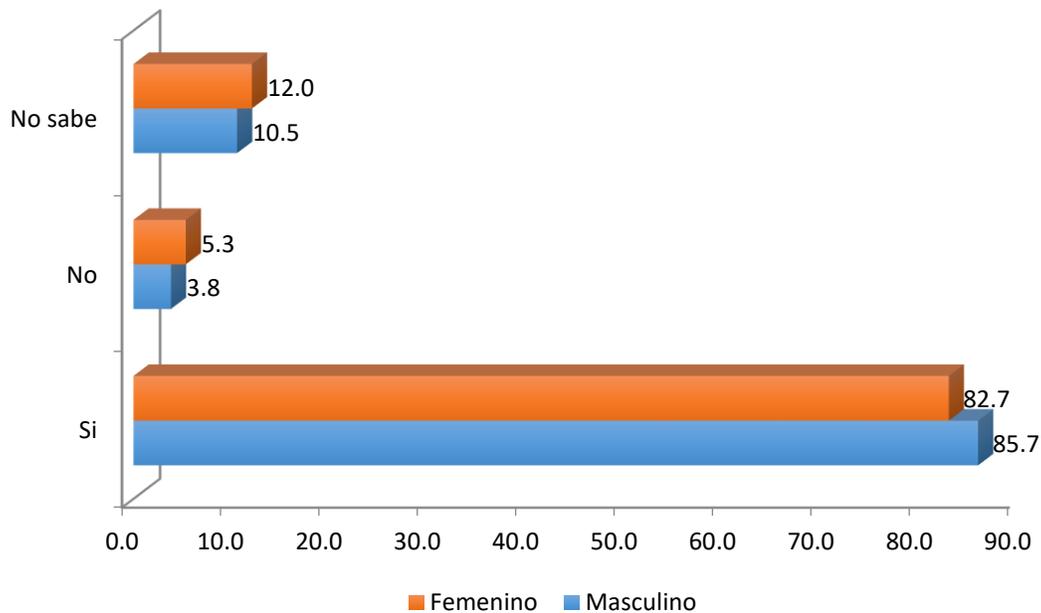
Li Límite inferior

Ls Límite superior

- ¿Una muchacha puede quedar embarazada cuando tiene relaciones sexuales la primera vez?

El 84.2% (n=224) adolescentes respondió afirmativamente a este cuestionamiento, la respuesta fue similar por género (Masculino, 85.1% vs femenino, 82.7%), p=0.763. Cabe mencionar que el 11.3% respondió no saber si la muchacha puede quedar embarazada en su primer relación sexual. Gráfica 3

Gráfica 5. Distribución de los adolescentes sobre embarazo en la primera relación sexual.



Comportamientos y creencias sobre el sexo

- ¿Ha tenido usted alguna vez relaciones sexuales?

De los 249 adolescentes que respondieron esta pregunta, el 26.5% (n=66) refirió haber tenido alguna relación sexual. El género masculino representó el 31.5% (n=39) vs femenino, 21.6% (n=27), $p=0.078$.

- ¿Cuántos años tenía usted la primera vez que estuvo de acuerdo en tener sexo?

Del total de adolescentes que habían tenido relación sexual, sólo 50 de ellos mencionó la edad de su primer relación sexual; así se estimó que la edad promedio fue de 15.9 años (IC95%: 15.5-16.3), sin evidencias estadísticas que destaquen diferencias por género, $p=0.284$.

- Cuando yo tuve sexo la primera vez, la persona era ...

Mi novia/novio (65.7%), simplemente un amigo/a (29.9%), una pariente (1.5), otra persona (3%). Las proporciones fueron similares or género, $p=0.475$.

- Cuando yo tuve sexo la primera vez, la persona con quien lo tuve era ...

- Más o menos de mi edad (61.8%)
- Mucho más joven que yo, 3 ó más años (1.5%)
- Más joven que yo, 1-2 años (5.9%)
- Un poco más viejo/a que yo, 1-2 años (20.6%)
- Mucho más viejo/a que yo, 3 ó más años (7.4%)

- Después que yo tuve relaciones sexuales la primera vez ...
 - Yo me alegré de hacerlo (59.7%)
 - Yo me arrepentí de haberlo hecho (10.5%)
 - Yo me sentí avergonzado/a (7.5%)
 - Yo estuve asustado/a de que hubiera embarazo o de contagiarme con una enfermedad (4.5%)
 - Yo tuve sexo sólo una vez (4.5%)
- ¿Usaron un condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales?

El 79.1% (n=53) respondió de manera afirmativa, sin embargo, existe una tendencia de que esta respuesta fue marginalmente superior en las mujeres (88.9%) vs hombres (72.5%), $p=0.095$.

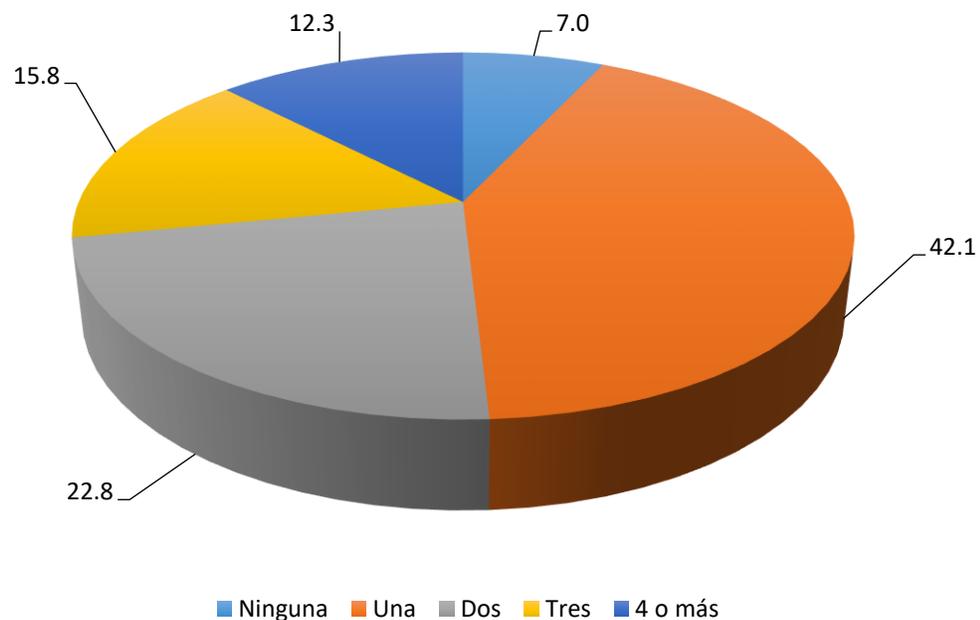
- ¿Usaron otro tipo de anticonceptivos la primera vez que tuvo relaciones sexuales?

De los 65 participantes que respondieron a este cuestionamiento, el 13.9% mencionó haber usado otro anticonceptivo en su primer relación sexual.

- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en lo que va de este año?

El mayor porcentaje refirió tener una pareja sexual (42.1%) en el último año, seguido por aquellas que dicen dos parejas (22.8%), tres parejas (15.8%). Gráfica 4.

Gráfica 6. Distribución de los adolescentes por número de parejas sexuales en el último año



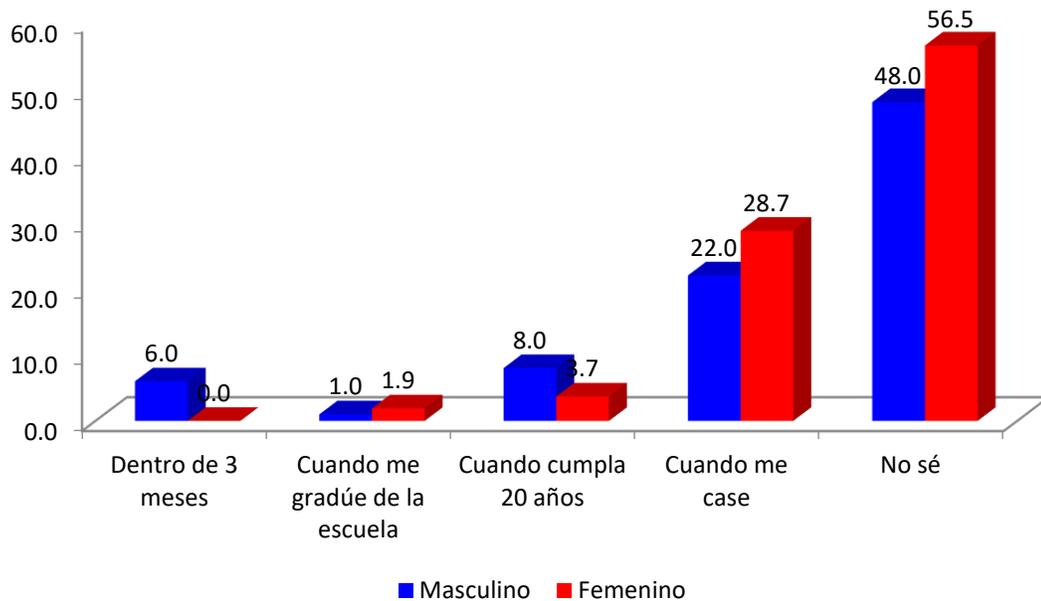
- ¿Con qué frecuencia ha usado un condón cuando ha tenido relaciones sexuales en lo que va de año?

De los 68 adolescentes que respondieron a este cuestionamiento, el 24.2% dijo que casi nunca, no muy frecuente (15.2%), la mitad de tiempo (4.6%), casi siempre (21.1%) y siempre (34.9%)

- ¿Cuándo piensa tener relaciones sexuales?

De 208 adolescentes que respondieron a esta pregunta, las opciones fueron: dentro de 3 meses (2.9%), aproximadamente cuando me gradúe de la escuela en que estoy (1.4%), cuando esté en mis 20 años (5.8%), cuando me case (25.5%) y yo no sé (52.4%). Las mujeres y hombres respondieron de manera diferente, $p=0.017$. (Gráfica 5)

Gráfica 7. Distribución de los adolescentes según el tiempo para tener de nuevo una relación sexual



- Yo pienso que el momento para que los/as adolescentes empiecen a tener relaciones sexuales es:

Los hombres respondieron que el momento para que los adolescentes inicien su vida sexual activa es a los 18.8 años, mientras que las mujeres dijeron que a los 19.3 años, respuesta muy similar.

- Opina que los/a adolescentes deben esperar hasta que sean mayor de 18 años para iniciar sus relaciones sexuales?

El 57.4% de los participantes dijo que los adolescentes deben esperar la mayoría de edad para iniciar vida sexual activa, el 22.5% dijo que no debe esperar los 18 años de edad y el resto refirió no estar seguro(a).

XI. DISCUSIÓN

Diversos estudios demuestran que los adolescentes comienzan su vida sexual cada vez a edades más tempranas, cuando aún no cuentan con los conocimientos adecuados para comenzar esta etapa de reproducción, lo cual aumenta el riesgo no solo de embarazos no planeados, si no también infecciones de transmisión sexual (ITS), abortos, mortalidad materna, entre otros. En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, reportó un incremento (23%) del porcentaje de adolescentes que iniciaron vida sexual comparado con 15% del 2006, en nuestro estudio este porcentaje fue del 27%, lo que representa cuatro puntos porcentuales a lo reportado por la ENSANUT 2012.

Según Rodríguez-Vignoli, 2012, la edad de iniciación sexual es un evento preciso, identificable y relativamente fácil de medir mediante preguntas retrospectivas en encuestas especializadas. Las teorías sociales dominantes sobre la sexualidad humana plantean que esta iniciación tenderá a adelantarse, ocurrirá de manera cada vez más frecuente antes de la unión (sea formal o consensual) y concordarán de forma paulatina las edades de iniciación sexual de hombres y mujeres y de los diferentes estratos socioeconómicos. El inicio precoz de las relaciones sexuales en adolescentes femeninos y masculinos es un fenómeno común en las américas, debido a que se estima que la mitad de las adolescentes menores de 17 años son sexualmente activas (Chelhond-Boustanie, Contreras-Vivas, Ferrer-Ladera, & Rodríguez, 2012) similar a lo encontrado en nuestro estudio, siendo de 16 años.

Un estudio realizado por Arteaga y colaboradores en Bogotá evidenció una prevalencia de conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes del 67%, similar a lo reportado en nuestro estudio. Por otro lado, Montalvo-Millán encontró que el 58% de los adolescentes estudiados conocía tres métodos anticonceptivos o más. En esta población este porcentaje fue menor, siendo del 44%. A diferencia con los resultados obtenidos en mi estudio donde la mayor parte de los adolescentes cuestionados mostraron un bajo nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos.

XII. CONCLUSIONES

Basados en los resultados obtenidos en mi estudio concluyó que más de la mitad de los adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 6, Ahome, Sinaloa, tienen bajo nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos. Además obtuve las siguientes conclusiones:

- La mitad de los participantes correspondió al género femenino.
- La edad promedio fue de 15.9 años, similar por género, $p=0.678$.
- Respecto a la ocupación, el 99.2% de los adolescentes refirieron ser estudiantes.
- El 98.5% de los adolescentes mencionó ser soltero.
- Aproximadamente la mitad de los participantes refirió contar con nivel secundaria, seguido por el nivel bachillerato y universitario.
- Conocimientos sobre sexualidad :
 - El 94% respondieron que una muchacha puede quedar embarazada en su primera relación sexual. Los porcentajes fueron similares por género, $p=0.644$.
 - Entre las enfermedades mencionadas por los adolescentes se tienen: VIH (93%), sífilis (39%), gonorrea (48%), VPH (20%), herpes (35%), entre otros.
 - La sífilis fue referida en mayor proporción por los hombres, 46.2% vs mujeres, 31.8%, $p=0.017$.
 - Entre los métodos anticonceptivos mencionados por los participantes se tienen: condón, pastillas, inyección, parche, DIU, entre otros. La inyección fue el método anticonceptivo más conocido por las mujeres, 15% vs hombres, 6.7%, $p=0.027$.
- Comportamientos y creencias sobre el sexo.
 - El 26.5% refirió haber tenido alguna relación sexual.
 - Se estimó que la edad promedio para inicio de relación sexual, según los adolescentes, debe ser a los 16 años.

- El 66% mencionó que tuvo sexo la primera vez con su novia/novio, el 30% con un amigo(a), y en porcentaje menores al 3% hizo referencia un(a) pariente.
- El 62% dijo que la primera relación sexual la tuvo con uno de su edad.
- Después de que tuvo relaciones sexuales la primera vez, el 60% se alegró de hacerlo, el 11% se arrepintió de haberlo hecho.
- El 79% respondió haber usado el condón en su primera relación sexual.
- El 14% mencionó haber usado otro anticonceptivo en su primera relación sexual.
- El mayor porcentaje refirió tener una pareja sexual (42.1%) en el último año, seguido por aquellas que dicen dos parejas (22.8%), tres parejas (15.8%).
- De los 68 adolescentes, el 24% respondió que casi nunca usó condón en lo que va del año, el 15% dijo no muy frecuente, casi siempre (21%) y siempre (35%)
- Aproximadamente la mitad de los adolescentes dijo que cuando se case volverá a tener relaciones sexuales.
- Los adolescentes piensan que el momento para empezar a tener relaciones sexuales es: a los 19 años.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
2. Trejo Ortíz P, Moreno Chávez P, Macías Aguilar M, Valdez Esparza G, Mollinedo F, Lugo L. Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área Académica Ciencias de la Salud. Revista Cubana de Enfermería. 2011; 27(4): 273-280.
3. Jenkins L, Forero , Hembling J. Factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos modernos en la población panameña sexualmente activa entre los 15-59 años de edad en el año 2009. Invest Pens Crit. 2014; 2(5): 51-62.
4. Henao Trujillo OM. Factores de riesgo y protectores en las prácticas y comportamientos sexuales de los estudiantes de pregrado presencial en una universidad de la ciudad de Manizales. Revista Universidad y Salud. 2014; 16(1): 82-92.
5. Rosabal E, Romero N, Gaquín K, Hernández R. Conductas de riesgo en los adolescentes. Revista Cubana de Medicina Militar. 2015; 44(2): 218-229.
6. Aguirre Arias A, Solís Villanueva N. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de un asentamiento humano. Revista IN CRESCENDO. Ciencias de la Salud. 2014; 1(1): 163-173.
7. OPS. Plan y Estrategia Regional de Salud sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018. Washington, D.C.; 2010.
8. García Vega E, Menéndez Robledo E, Fernández García P, Cuesta Izquiero M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. International Journal of Psychological Research. 2012; 5(1): 79-87.
9. Parra Villarroel J, Pérez Villegas R. Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. Perinatol Reprod Hum. 2010; 24(1): 7-19.

- 1 Rodríguez Vignoli J. La reproducción en la adolescencia en América Latina: Viejas y nuevas vulnerabilidades. *Revista Internacional de estadística y geografía*. 2012; 3(2): 66-81.
11. Chelhond Boustanie E, Contreras Vivas L, Ferrer Ladera M, Rodríguez I. Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semilibertad y abandono, Caracas, Venezuela. *Revista Médica de Risaralda*. 2012; 18(2): 112-115.
12. Lapeira Panneflex P, Acosta Salazar D, Vásquez Munive M. Conocimientos creencias y practicas de los adolescentes de la cultura caribe en anticoncepción. *Rev Cuid*. 2016; 7(1): 1204-1209.
13. Sam Soto S, Osorio Caballero M, Rodríguez Guerrero R, Pérez Ramírez N. Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. *Acta Pediátr Mex*. 2014: 490-498.
14. Dair García de la Rosa R, Canino JA, Cruz Carbonell M, Barbé Agramonte A, García González M. Infecciones de transmisión sexual: intervención educativa en adolescentes de una escuela de enseñanza técnica profesional. *Medwave*. 2014; 14(1): e5891.
15. Gómez Suárez RT, Díaz Álvarez M, Sainz Rivero ER, Gómez Ibarra K, Machado Rodríguez R. Educative actions aimed at adolescents regarding sexuality aspects. *Rev Cubana Salud Pública*. 2015; 41(1): 32-42.
16. Peláez Mendoza J. Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011; 37(3): 399-408.
17. Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012; 38(3): 333-342.
18. Rodríguez G. *¿Cómo ves? El aborto*. México: Dirección General de Divulgación de la Ciencia; 2004.
19. Montero A. Anticoncepción en la adolescencia. *Rev Med Clin Condes*. 2011; 22(1): 59-67.

20. Montalvo Millán A. Comportamientos y conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2014; 18(3): 403-414.
21. Carmona Clavijo G. Conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en los adolescentes del tercer año de secundaria del colegio nacional "Dora Mayer" Bellavista-Callao, Agosto-Septiembre de 2008. *Rev Per Obst Enf*. 2009; 5(1): 11-16.
22. Arteaga Correa, Daza Arias S, Gómez Robles N, Raga Ruíz N. Asociación entre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de enfermería y medicina de la universidad El Bosque. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2006; 1(1): 65-73.
23. Fernandez Honorio I. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. *Ágora Rev. Cient*. 2015; 2(1): 79-88.
24. Sánchez Meneses M, Dávila Mendoza R, Ponce Rosas E. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Aten Fam*. 2015; 22(2): 35-38.
25. Rengifo Reina H, Córdoba Espinal A, Serrano Rodriguez M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev salud pública*. 2012; 14(4): 558-569.

XIV. ANEXOS

A. Anexo 1. CUESTIONARIO 1. CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES.

Usted está participando en una investigación que estudia diversos aspectos sobre la salud sexual y reproductiva en adolescentes. El estudio es completamente confidencial y anónimo, nadie sabrá lo que Ud. diga. Sus respuestas se valorarán grandemente y nos ayudarán a entender más sobre los problemas sexuales y reproductivos en los/as adolescentes, así como en sus comportamientos y conocimientos y cómo se ha estado sintiendo. Gracias por su cooperación.

Sección I: Aspectos generales

Folio: _____

Sexo: _____ Hombre _____ Mujer	Estado civil: _____
Edad: _____ años	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Ocupación: _____	Escolaridad: _____

Sección II: Conocimientos sobre sexualidad

- Si los adolescentes tienen sexo, la muchacha puede quedar embarazada
___ Sí
___ No
___ Yo no sé
- Diga brevemente. ¿Qué es el embarazo?

- Diga brevemente. ¿Qué es el aborto?

- ¿Qué enfermedades usted conoce que pueden ser adquiridas mediante relaciones sexuales?

- Si conoces algún método anticonceptivo, menciónalos.

- Mencione los métodos definitivos _____
- Cómo un/a adolescente puede evitar contraer una enfermedad de transmisión sexual cuando tiene relaciones sexuales?

- ¿Una muchacha puede quedar embarazada cuando tiene relaciones sexuales la primera vez?
___ Si
___ No
___ Yo no sé

Sección III: Comportamientos y creencias sobre el sexo.

- ¿Ha tenido usted alguna vez relaciones sexuales?
 Si
 No. Si su respuesta es no pase a la pregunta 22.
- ¿Cuántos años tenía usted la primera vez que estuvo de acuerdo en tener sexo?
 (edad) a la primera relación
- Cuando yo tuve sexo la primera vez, la persona era ...
 1. Mi novia/novio
 2. Simplemente un amigo/a
 3. Un extraño/a
 4. Una pariente
 5. Otra persona (por favor especifique) _____
- Cuando yo tuve sexo la primera vez, la persona con quien lo tuve era ...
 1. Más o menos de mi edad
 2. Mucho más joven que yo (3 o más años)
 3. Más joven que yo (1-2 años)
 4. Un poco más viejo/a que yo (1-2 años)
 5. Mucho más viejo/a que yo (3 o más años)
 6. Yo no sé
- ¿Qué lo motivó a tener la primera vez relaciones sexuales?

- Marque las opciones que considere. Después que yo tuve relaciones sexuales la primera vez ...
 1. Yo me alegré de hacerlo
 2. Yo me arrepentí de haberlo hecho
 3. Yo me sentí avergonzado/a
 4. Yo estuve asustado/a de que hubiera embarazo o de contagiarme con una enfermedad.
 5. Yo tuve sexo sólo una vez
 6. Otro (por favor especifique) _____
- ¿Usaron un condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales?
 Si
 No
- ¿Usaron otro tipo de anticonceptivos la primera vez que tuvo relaciones sexuales?
 Si
 No
- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en lo que va de este año? _____(número)
- ¿Con qué frecuencia ha usado un condón cuando ha tenido relaciones sexuales en lo que de año?
 1. Casi nunca
 2. No muy frecuente
 3. La mitad de tiempo
 4. Casi siempre
 5. Siempre

- ¿Por qué usted NUNCA ha tenido relaciones sexuales?

- ¿Cuándo piensa tener relaciones sexuales?
 - ___ 1. Dentro de 3 meses
 - ___ 2. A finales de año
 - ___ 3. Aproximadamente cuando me gradúe de la escuela en que estoy
 - ___ 4. Cuando to esté en mis 20 años
 - ___ 5. Cuando me case
 - ___ 6. Yo no sé
 - ___ 7. Otro (por favor especifique) _____
- Yo pienso que el momento para que los/as adolescentes empiecen a tener relaciones sexuales es:
Hombres _____
Mujeres _____
- Opina que los/a adolescentes deben esperar hasta que sean mayor de 18 años para iniciar sus relaciones sexuales?
 - ___ 1. Si
 - ___ 2. No
 - ___ 3. No estoy segura/o

¡Gracias por su participación!

B. Anexo 2. CUESTIONARIO 2. ACTITUDES

Evaluación de actitudes y opiniones hacia las prácticas anticonceptivas.

Instrucciones: Marque en los cuadros la respuesta que usted considere más apropiada para cada pregunta.

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con el método anticonceptivo que usa con relación a ... ?					
Pregunta	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Es barato					
No falla					
Fácil de conseguir					
Fácil de usar					
No produce molestias					
Produce mayor placer					
No está en contra de mi religión o creencias					
Produce mayor control sobre mi cuerpo					
No daña mi salud					

¿Qué opina en general de los métodos anticonceptivos que usted conoce?					
Opiniones	Muy mala	Algo mala	Ni mala ni buena	Algo buena	Muy buena
1.- Pastillas o píldoras					
2.- Condones o preservativos					
3.- Óvulos jaleas, espumas o diafragma					
4.- Dispositivo intrauterino					
5.- Hormonales inyectables					
6.- Operación de la mujer o salpingoplastia o ligadura					
7.- Operación del hombre o vasectomía					
8.- Ritmo, calendario o abstinencia					
9.- Retirada o interrupción					
10.- Implantes					
11.- Pastilla de emergencia					
12.- Opinión general de todos los métodos					

C. Anexo 3. CUESTIONARIO 3. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El presente cuestionario, propuesto por Aranda y colaboradores para medir nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes pretende identificar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos. La encuesta es individual y tiene una duración de 15 minutos, es de manejo anónimo y te lo solicitamos que respondas con honestidad. Marca con X la respuesta que creas correcta.

I. DIMENSIONES

CONCEPTO
<p>1. ¿Qué son métodos anticonceptivos?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Son métodos que podemos utilizar sin indicación médica.b) Son métodos que previenen los embarazos no deseados.c) Son métodos que podemos utilizar e cualquier momento.d) Son métodos que protegen de las enfermedades de transmisión sexual.
<p>2. ¿Quiénes pueden utilizar anticonceptivos?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Solo los adultosb) Personas sexualmente activas (que ya tienen relaciones sexuales)c) Solo los varonesd) Solo las mujeres
<p>3. ¿Qué sucede si no usas correctamente un método anticonceptivo?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Puede haber embarazob) Puede haber contagio de alguna infección de transmisión sexualc) Disminuye su efectividadd) Todas las anteriores
<p>4. ¿Qué método anticonceptivo tiene menos efectos secundarios?</p> <ul style="list-style-type: none">a) La pastilla del día siguienteb) T de cobrec) Lactancia maternad) Espermicidas
<p>5. ¿Cuál de los siguientes métodos es el mejor para evitar un embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Preservativob) T de cobrec) Espermicidas

d) Vasectomía

6. El método de la lactancia materna requiere ...

- a) Dar de lactar**
- b) Estar embarazada**
- c) Consumir pastillas hormonales**
- d) Comenzar el primer día de la menstruación**

7. ¿Qué método anticonceptivo consiste en no tener relaciones sexuales durante los días fértiles?

- a) Diafragma**
- b) Espermicida**
- c) T de cobre**
- d) Método del ritmo**

PUNTUACIÓN FINAL:

- Alto nivel de conocimiento: 6-7 puntos
- Medio nivel de conocimiento: 4-5 puntos
- Bajo nivel de conocimiento: 0-3 puntos

D. Anexo 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>							
Nombre del estudio:	Nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes de la Unidad Medicina Familiar No. 6, Ahome, Sinaloa.						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal, derivado de los adolescentes derechohabiente, de la UMF No. 06, Ahome, Sinaloa, en el periodo de abril a noviembre de 2018						
Número de registro:	R- 2019-2503-003.						
Justificación y objetivo del estudio:	En la adolescencia aumentan los encuentros sexuales sin protección con consecuencia del incremento de embarazos no deseados. La mayoría de los jóvenes no usan métodos anticonceptivos por no tenerlos a la mano en el momento de la relación o encuentro sexual. Así se pretende determinar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes.						
Procedimientos:	Una encuesta previamente estructurada será utilizada para recabar la información para el cumplimiento de objetivos.						
Posibles riesgos y molestias:	No tiene riesgos ni molestias para los participantes.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Directamente no existen beneficios para los participantes, sin embargo, la información recabada será de gran utilidad para la toma de decisiones con respecto al problema de salud de interés y que en un futuro el beneficio será positivo.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Es un estudio epidemiológico, observacional y no existe en ningún momento la intervención del investigador.						
Participación o retiro:	Los participantes podrán abandonar el estudio en el momento deseado y no tendrá ninguna consecuencia en las futuras consultas.						
Privacidad y confidencialidad:	La información recabada será utilizada de manera general. La confidencialidad será garantizada siguiendo la Declaración de Helsinki, acuerdo celebrado en Brasil n el 2013.						
<p>En caso de colección de material biológico (si aplica):</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.						
<p>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</p> <p>Beneficios al término del estudio: Para la toma de desiciones y estrategias para el control de la lesión</p> <p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p> <p>Investigador Responsable: Dra. María Aída Miranda Cruz. Correo: aidamiranda1163@gmail.com. Celular: (668) 836-37-06. Dr. José Francisco Espinoza Rubio. Correo: fco02espinoza@hotmail.com Celular: (687) 135-40-47.</p>							
<p>Colaboradores:</p> <p>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., 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>							
<p>_____ Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>María Aída Miranda Cruz Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>						
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.</p>							

E. Anexo 5. CARTA DE ASENTIMIENTO

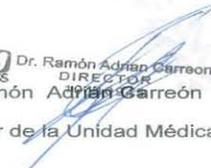


Ahome, Sin. A 11 de enero de 2018

CARTA DE ASENTIMIENTO DEL DIRECTOR

Dra. María Aida miranda cruz
Investigador Principal
PRESENTE

Por medio de la presente se informa que el protocolo titulado " conocimiento de anticonceptivos en adolescentes de la Unidad Médica Familiar No 6 Ahome Sinaloa " , puede ser llevado a cabo en esta unidad y que es su responsabilidad verificar que el mismo se lleve a cabo en las condiciones que garanticen que la capacidad técnica, material, humana y financiera, así como las instalaciones, equipo y tecnología para llevar a cabo las pruebas, estudios, verificaciones y demás actividades necesarias para llevar a cabo las actividades de investigación en seres humanos, se lleven a cabo de conformidad con los criterios establecidos en la normatividad vigente.


 Dr. Ramón Adrián Carreón
DIRECTOR
Dr. Ramón Adrián Carreón
Director de la Unidad Médica Familiar No 6 Ahome Sinaloa

I.M.S.S.



AHOME SINALOA

A 11 de enero del 2018

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CARTA DE ASENTIMIENTO DEL ADOLESCENTE

Ahome Sinaloa a _____ de _____ 2018.

Por medio de la presente yo _____

otorgo mi aprobación para formar parte de este estudio y manifiesto mi compromiso por participar en el protocolo de investigación titulado: "Nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en el adolescentes de la unidad medicina familiar de Ahome Sinaloa" en el periodo de abril del 2018 a diciembre del 2018.

Declaro que mi participación es totalmente voluntaria, no existiendo presión coercitiva de ningún tipo. Además, durante el desarrollo del estudio en ningún momento se pondrá en riesgo mi salud, teniendo la garantía de confidencialidad para toda la información que se genere en este trabajo de investigación.

Así mismo, he examinado minuciosamente los procedimientos y las pruebas que serán implementadas, así como los molestias o inconvenientes que puedan surgir, entendiéndolo que en el momento que yo lo desee, podrá suspender mi participación en el estudio sin que esto afecte de ninguna manera la accesibilidad y la calidad de los servicios médicos a los que tengo derecho en la unidad de medicina familiar No. 6.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dra. María Aída Cruz Miranda

I.M.S.S.