

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Título: Nivel de conocimientos sobre métodos
anticonceptivos en jóvenes atendidas en la
consulta de la matrona en Atención Primaria**

Alumno: García Parra, Elsa

Tutor: Chico Sánchez, Pablo

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2025-2026

Resumen

Antecedentes: La adolescencia y la juventud son etapas críticas para consolidar comportamientos saludables en materia de sexualidad. Prevenir los embarazos no planificados y las infecciones de transmisión sexual requiere un acceso adecuado a información veraz, siendo la matrona de Atención Primaria una figura indispensable para la prevención y el asesoramiento.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en mujeres jóvenes de 18 a 24 años que asisten a la consulta de la matrona en el Centro de Salud de Puente Tocinos (Murcia).

Metodología: Se plantea un diseño de estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. La muestra se obtendrá mediante muestreo no probabilístico consecutivo. Como instrumento principal de medida se utilizará el "Cuestionario de conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción" de Sanz Martos validado para esta población. Complementariamente, se registrarán variables sociodemográficas. El análisis de los datos se realizará con el software SPSS, aplicando estadística descriptiva, inferencial bivariante y modelos de regresión multivariante para establecer factores predictivos independientes.

Aplicabilidad: Los hallazgos obtenidos permitirán objetivar las carencias formativas y los falsos mitos predominantes en esta área de salud. A partir de esta evidencia local, se podrán rediseñar las intervenciones en consulta, proponiendo desde talleres grupales de educación afectivo-sexual hasta la promoción de métodos reversibles de larga duración, empoderando a las jóvenes como activos en salud comunitaria. Finalmente, se plantea un diseño pre-post para evaluar el impacto clínico de estas estrategias.

Palabras clave: Anticoncepción; Educación Sexual; Atención Primaria de Salud; Adulto Joven - Mujeres; Enfermería Obstétrica.

Abstract

Background: Adolescence and youth are critical stages for consolidating healthy behaviors regarding sexuality. Preventing unplanned pregnancies and sexually transmitted infections requires adequate access to accurate information, with the primary care midwife being an essential figure for prevention and counseling.

Objective: To assess the level of knowledge about sexuality and contraceptive methods among young women aged 18 to 24 attending the midwife's consultation at the Puente Tocinos Health Center (Murcia).

Methodology: A quantitative, descriptive, observational, and cross-sectional study design is proposed. The sample will be obtained through consecutive non-probabilistic sampling. The validated Sanz-Martos "Questionnaire of knowledge about sexuality and contraception" for this population will be used as the main measurement tool. Additionally, sociodemographic variables (age, educational level, information sources, relationship status, among others) will be recorded. Data analysis will be performed using SPSS software, applying descriptive statistics, bivariate inference, and multivariate regression models to establish independent predictive factors.

Applicability: The findings will allow for the objectification of educational gaps and predominant false myths in this health area. Based on this local evidence, interventions in the consultation can be redesigned, proposing everything from affective-sexual education group workshops to the promotion of long-acting reversible contraceptives, empowering young women as community health assets. Finally, a pre-post quasi-experimental design is proposed to evaluate the clinical impact of these strategies.

Keywords: Contraception; Sex Education; Primary Health Care; Young Adult - Women; Midwifery.

ÍNDICE

1. Pregunta de investigación.	6
2. Pregunta en formato PICO.	6
3. Antecedentes y estado actual del tema.	6
3.1. Antecedentes.	6
3.2. Estado de la cuestión.	7
3.3. Clasificación de métodos anticonceptivos	8
3.4. Elementos relacionados.	9
3.5. Análisis del contexto	9
4. Justificación del estudio.	9
5. Hipótesis.	10
6. Objetivos de la investigación	11
6.1. General.	11
6.2. Específicos	11
7. Material y métodos	11
7.1. Diseño de estudio	11
7.2. Población diana y población a estudio.	11
7.3. Criterios de inclusión y exclusión.	12

7.4. Cálculo del tamaño de la muestra	12
7.5. Método de muestreo	12
7.6. Método de recogida de datos	13
7.7. Variables	13
7.8. Estrategia de análisis estadístico	14
8. Aplicación práctica	15
9. Estrategia de búsqueda bibliográfica	16
10. Limitaciones y posibles sesgos	17
11. Aspectos éticos de la investigación	18
12. Calendario y cronograma previsto para el estudio	19
13. Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad	19
14. Instalaciones e instrumentación	20
15. Presupuesto	20
16. Referencias bibliográficas	21
17. Anexos	24

1. Pregunta de investigación.

¿En qué medida el perfil sociodemográfico y las fuentes de información utilizadas condicionan el nivel de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción en las jóvenes de 18 a 24 años del Centro de Salud de Puente Tocinos (Murcia)?

2. Pregunta en formato PICO.

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre salud sexual y métodos anticonceptivos, evaluado mediante el cuestionario de Sanz-Martos (I), en las mujeres de 18 a 24 años que acuden a la consulta de la matrona del Centro de Salud de Puente Tocinos (P), y qué carencias formativas o mitos arraigados permite identificar (O)?

P (Población): Mujeres de 18 a 24 años, que acuden a la consulta de la matrona en el Centro de Salud de Puente Tocinos (Murcia).

I (Intervención / Indicador): El nivel de conocimientos sobre salud sexual y métodos anticonceptivos, evaluado a través de una herramienta validada (Cuestionario de Sanz-Martos).

C (Comparación): No se establece grupo control.

O (Resultados / Outcomes): La detección de carencias formativas específicas y la identificación de mitos arraigados.

3. Antecedentes y estado actual del tema.

3.1. Antecedentes

La salud sexual y reproductiva constituye un pilar determinante del bienestar biopsicosocial durante la adolescencia y la juventud temprana (1). Pese a las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que abogan por el ejercicio de una autonomía reproductiva informada, la incidencia de embarazos

no planificados en estas franjas etarias continúa representando un desafío preeminente para la salud pública global (1).

La literatura epidemiológica evidencia que el control de esta morbilidad está directamente supeditado a la accesibilidad de la asistencia clínica y a la calidad de los programas de educación sexual (2,3). En consecuencia, la provisión de un consejo anticonceptivo precoz, adaptado y basado en la evidencia empírica resulta imperativa; no solo para demorar el inicio de las relaciones sexuales, sino para garantizar la adquisición de competencias preventivas eficaces que mitiguen el riesgo reproductivo y mejoren los indicadores de salud general en la población juvenil (1-3).

3.2. Estado de la cuestión

Hasta la fecha, gran parte del marco conceptual sobre salud reproductiva juvenil se ha sustentado en directrices institucionales y documentos de consenso normativo a nivel autonómico e internacional (2-5). Si bien estas guías establecen el circuito asistencial teórico ideal, la revisión crítica de la literatura original revela una marcada desconexión con la realidad clínica de las pacientes.

Al contrastar las investigaciones primarias publicadas en los últimos años, emergen inconsistencias notables. Por un lado, estudios poblacionales de amplio espectro (6) sugieren que la juventud presenta una alta familiaridad teórica con los métodos de barrera. Sin embargo, al cruzar estos resultados con artículos científicos específicos del ámbito de la enfermería comunitaria (7,8), se evidencia que dicho conocimiento es marcadamente superficial. Estas fuentes primarias coinciden en señalar una profunda carencia de dominio sobre la anticoncepción hormonal y los métodos reversibles de larga duración (LARC), demostrando que la alfabetización sanitaria real está fuertemente sesgada por factores socioeducativos (7,9).

El principal vacío de conocimiento detectado en la evidencia científica actual radica en la metodología de captación. La inmensa mayoría de la literatura

empírica evalúa el nivel formativo en entornos académicos (institutos o universidades) o mediante encuestas digitales retrospectivas (6,8). Resulta verdaderamente excepcional encontrar investigaciones primarias que midan esta alfabetización contraceptiva in situ, es decir, directamente en el primer nivel asistencial donde se demanda la atención.

Esta limitación global impide a los profesionales conocer el punto de partida exacto de las usuarias que acuden a los centros de salud. Precisamente, la aportación y la relevancia de este estudio frente a los ya existentes reside en subsanar esta brecha, trasladando la evaluación al entorno clínico directo de la consulta de la matrona. A diferencia de las investigaciones previas, esta investigación generará evidencia empírica local objetiva, un paso indispensable para poder sustituir el asesoramiento estandarizado por intervenciones verdaderamente individualizadas que respondan a los falsos mitos específicos de la comunidad adscrita.

3.3. Clasificación de métodos anticonceptivos

La clasificación de los métodos anticonceptivos se basa en su mecanismo de acción, reversibilidad y eficacia (1,10). Los métodos de barrera constituyen la única opción profiláctica frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS). Por otro lado, los métodos hormonales, ya sean combinados o de solo gestágenos, basan su protección principalmente en la inhibición de la ovulación. (1,10-12).

La evidencia actual prioriza la recomendación de los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), grupo que abarca los implantes y los dispositivos intrauterinos. Su principal ventaja en la población joven es su alta efectividad, independiente de la adherencia terapéutica de la usuaria (10-13). El esquema se completa con las técnicas quirúrgicas, los métodos naturales y la anticoncepción de urgencia, reservada exclusivamente como una terapia de rescate. (10,12,14).

3.4. Elementos relacionados

La alfabetización en salud reproductiva presenta un origen multifactorial (1). A nivel sociodemográfico, variables como la edad y el nivel académico influyen significativamente en la comprensión y adherencia contraceptiva (1). En cuanto a las fuentes de información, frente a la influencia del entorno psicosocial y el entorno digital, el profesional sanitario se consolida como el agente central para la educación y la desmitificación de conceptos erróneos (1). Esta intervención resulta determinante para reducir las desigualdades en salud y consolidar prácticas preventivas óptimas (1,3). Finalmente, todo este proceso se enmarca dentro de un contexto cultural y social específico, donde la persistencia de tabúes o normas rígidas puede obstaculizar la comunicación y perpetuar ideas equivocadas de generación en generación (9).

3.5. Análisis del contexto

El presente estudio se circunscribe al Centro de Salud de Puente Tocinos (Área de Salud VII, Murcia Este) y vinculado al Hospital General Universitario Reina Sofía (15). Esta pedanía presenta una elevada densidad de población que impacta directamente en la presión asistencial del primer nivel del sistema sanitario, incluyendo las consultas de salud sexual y reproductiva (13).

En este ámbito, la figura de la matrona asume las competencias de prevención y consejo contraceptivo, conforme a las directrices del Sistema Nacional de Salud (4,15). Las características demográficas de este entorno periurbano, unidas a la accesibilidad del centro, establecen este escenario clínico como el idóneo para la evaluación objetiva de los conocimientos en la población diana (15,16).

4. Justificación del estudio.

La pertinencia clínica de esta investigación responde directamente a la actual coyuntura epidemiológica. A nivel nacional y autonómico, se constata un

incremento sostenido de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), especialmente *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, en mujeres menores de 25 años, así como picos de prevalencia de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) superiores a 18 casos por cada 1.000 mujeres en la franja de 20 a 24 años (3,4). Estos indicadores evidencian una deficiencia clínica en la traslación del conocimiento teórico a la adopción real de prácticas preventivas.

Paralelamente, la literatura señala el entorno digital como principal fuente de consulta juvenil, un hecho que empeora la asimilación de falsos mitos y evidencia severas carencias conceptuales sobre anticoncepción, altamente dependientes del nivel socioeducativo de las pacientes (6-8). Esta realidad exige superar los modelos preventivos tradicionales centrados exclusivamente en el riesgo, transitando hacia intervenciones integrales (17).

En el ámbito de la Atención Primaria, la matrona constituye el eje central para reestructurar este consejo anticonceptivo, priorizando la prescripción de métodos reversibles de larga duración (LARC) como primera línea profiláctica (9,17,18). Sin embargo, la optimización de estas estrategias en el Centro de Salud de Puente Tocinos resulta inviable sin una evaluación objetiva previa de la alfabetización en salud de su población adscrita. Cuantificar este conocimiento basal constituye, por tanto, un imperativo metodológico ineludible para trascender el abordaje estandarizado y diseñar programas de prevención primaria proactivos que garanticen una autogestión eficaz de la salud sexual comunitaria (1,4,15,17).

5. Hipótesis

Las características sociodemográficas y el patrón de búsqueda de información actúan como factores determinantes en la asimilación de falsos mitos sobre salud reproductiva. Se postula que las jóvenes de 18 a 24 años presentan un nivel formativo subóptimo sobre métodos anticonceptivos, existiendo diferencias

estadísticamente significativas en función de su nivel de estudios y de su dependencia de internet y redes sociales frente a la consulta de la matrona.

6. Objetivos de la investigación

6.1. General

Evaluar el nivel de conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en las jóvenes entre 18-24 años en la consulta de la matrona en el Centro de Salud de Puente Tocinos utilizando el Cuestionario de conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción.

6.2. Específicos

- Describir las características sociodemográficas de la muestra
- Determinar el conocimiento general sobre sexualidad.
- Evaluar el conocimiento específico sobre métodos anticonceptivos.

7. Material y métodos

7.1. Diseño de estudio

Se realizará un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal.

7.2. Población diana y población a estudio

La población diana comprende a las mujeres que se encuentren en la juventud temprana, con edades comprendidas entre 18-24 años. En la práctica, la población a estudio estará constituida por las mujeres de 18 a 24 años que acudan a la consulta de la matrona en el Centro de Salud de Puente Tocinos (Murcia).

7.3. Criterios de inclusión y exclusión

Para la selección de la muestra se han establecido los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 24 años (ambos inclusive) en el momento de la consulta.
- Nivel de alfabetización suficiente para leer, escribir y comprender el idioma español.
- Aceptación expresa y voluntaria para participar en la investigación, mediante la firma del consentimiento informado.

Como criterios de exclusión se determinan los siguientes:

- Revocación del consentimiento informado en cualquier fase de la investigación.
- Entrega del cuestionario de forma incompleta.

7.4. Cálculo del tamaño de la muestra

A partir de los datos demográficos del padrón municipal y del Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM), se estimó una población diana de 600 mujeres de entre 18 y 24 años en Puente Tocinos.

El tamaño de la muestra se ha calculado con el programa EPIDAT mediante los siguientes parámetros: proporción esperada del 50%, nivel de confianza del 95% y un margen de error absoluto del 10%. El análisis determinó una muestra mínima necesaria de 83 participantes, un tamaño estadísticamente válido y viable para la realidad asistencial de la consulta.

7.5. Método de muestreo

Se utilizará un método de muestreo no probabilístico consecutivo. La captación de las participantes se realizará de forma sucesiva a medida que las pacientes acudan a sus citas programadas o a demanda en la consulta de la matrona.

7.6. Método de recogida de datos

La información se recopilará a través de un cuestionario autoadministrado, para minimizar el sesgo de deseabilidad social frente al profesional sanitario. El instrumento completo, junto con el documento de información a la paciente y el consentimiento informado, se adjuntan en el Anexo 1 de este documento.

Con el fin de maximizar la tasa de respuesta y adaptarse a la población joven, se ofrecerán dos modalidades de cumplimentación: un formato presencial impreso, que la paciente depositará en un sobre ciego tras finalizarlo; y un formato digital a través de la plataforma Google Forms, accesible vía QR, que integra la hoja de información, la aceptación del consentimiento y el propio cuestionario.

7.7. Variables

Para describir el perfil de las participantes y poder analizar después si existen diferencias de conocimiento según sus características, se recogerán las siguientes variables sociodemográficas: edad (años), nivel de estudios (Estudios primarios / ESO-FP Básica / Bachillerato-Grado Medio / Estudios superiores-Universitarios), situación de pareja (Sin pareja / Con pareja estable), fuente principal de información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos (Internet / Profesionales de la Salud / Familia / Amigos), autopercepción de conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos (Bien / Regular / Malo), uso actual de método anticonceptivo (Sí / No), y en caso afirmativo, tipo de método utilizado (se registrará la opción específica en caso afirmativo en la variable anterior).

La variable principal de este estudio es el nivel de conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, evaluada mediante el instrumento validado por Sanz-Martos et al. (19). Para maximizar la rigurosidad analítica y su aplicabilidad clínica, esta variable se abordará mediante una doble estrategia de análisis. En primer lugar, se analizará como variable cuantitativa continua

(empleando la puntuación bruta de 0 a 15, resultado de asignar 1 punto por respuesta correcta y 0 por incorrecta o "No sabe/No contesta").

En segundo lugar, para facilitar la interpretación de los hallazgos en la práctica asistencial diaria, la puntuación se categorizará como variable cualitativa ordinal. La determinación de los puntos de corte se fundamenta en la distribución clínica de la alfabetización en salud reproductiva y en los umbrales de seguridad propuestos por el propio estudio original de validación (19). Se definen cuatro categorías de competencia clínica: conocimiento excelente (≥ 13 aciertos; dominio absoluto que garantiza el uso seguro), muy bueno (11-12 aciertos), bueno (8-10 aciertos) e insuficiente (< 8 aciertos; categorización de riesgo clínico). La fiabilidad original de esta escala, evaluada mediante el modelo de Rasch, arrojó un valor de 0,99 para los ítems y 0,73 para los sujetos.

7.8. Estrategia de análisis estadístico

El procesamiento de los datos empíricos se ejecutará a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). La fase inicial descriptiva caracterizará la muestra empleando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, mientras que las variables cuantitativas se sintetizarán mediante medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar), previa comprobación de la normalidad de su distribución con el test de Kolmogorov-Smirnov.

En una segunda etapa, el análisis inferencial bivalente explorará la relación no ajustada entre la puntuación del cuestionario (variable dependiente) y los distintos factores sociodemográficos. Se emplearán pruebas paramétricas (t de Student y ANOVA) o sus equivalentes no paramétricos (U de Mann-Whitney, y Kruskal-Wallis) en función del cumplimiento de los supuestos de normalidad y homogeneidad de las varianzas evaluados mediante el test de Levene. Para explorar la relación bidireccional entre variables cuantitativas, se aplicará el coeficiente de correlación de Pearson o la Rho de Spearman.

Con el propósito de dotar a la investigación de solidez analítica, la etapa final contemplará la construcción de un modelo multivariante. Específicamente, se desarrollará un análisis de regresión (lineal múltiple empleando la puntuación bruta del cuestionario, o logística ordinal en base a las cuatro categorías de conocimiento establecidas) introduciendo simultáneamente aquellas covariables que hayan mostrado significación estadística en el paso previo. Este modelaje resulta indispensable para identificar los factores predictivos independientes, permitiendo ajustar los estimadores por posibles variables de confusión, como el binomio edad y nivel académico, y evaluar así la asociación real y aislada de cada determinante sociodemográfico sobre la alfabetización contraceptiva de las jóvenes.

El umbral de significación estadística se fijará en un valor de $p < 0,05$ para todos los contrastes, asumiendo un nivel de confianza del 95%.

Finalmente, con el objetivo de evaluar la representatividad real de la muestra y ponderar el impacto del sesgo de selección derivado de la captación en consulta, se realizará un análisis comparativo adicional. Se contrastarán las características sociodemográficas básicas de las participantes encuestadas frente a los datos poblacionales oficiales de las mujeres de 18 a 24 años de la pedanía de Puente Tocinos, utilizando para ello los registros del padrón municipal y del Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM).

8. Aplicación práctica

Las intervenciones a desarrollar dependerán directamente de los resultados estadísticos obtenidos. Si el análisis revela que las jóvenes de Puente Tocinos presentan un nivel de conocimientos insuficiente, plagado de falsos mitos o dudas importantes sobre la eficacia y pauta de los distintos métodos, la intervención desde la consulta será de carácter correctivo. La propuesta práctica consistirá en la organización de talleres grupales periódicos de educación afectivo-sexual en el centro de salud, así como la creación de material de apoyo visual, como infografías y códigos QR, que se distribuirán estratégicamente en

las salas de espera y en distintos espacios del centro, con el objetivo de reforzar los contenidos trabajados y facilitar el acceso a información complementaria. Esto permitirá a la matrona aprovechar cualquier motivo de consulta para realizar una captación oportunista, ofreciendo un asesoramiento rápido y dirigido a desmontar las creencias erróneas más prevalentes detectadas en la encuesta y a disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sexual.

Por el contrario, si los datos demuestran que la muestra ya cuenta con una base sólida y un nivel de conocimientos óptimo, la aplicación práctica cambiará de enfoque. Este escenario favorable confirmaría la eficacia de las estrategias preventivas y de los programas actuales del Servicio Murciano de Salud, como las intervenciones del Programa de Educación en Salud Afectivo-Sexual en la Adolescencia (PERSEA) en la etapa escolar o la captación a través del programa de Atención Integral a la Mujer (PIAM). Las intervenciones en la consulta de la matrona se centrarían en un asesoramiento anticonceptivo más avanzado, fomentando el conocimiento de los métodos reversibles de larga duración (LARC), abordando de forma más profunda la esfera emocional, el consentimiento y el placer, e incluso empoderando a estas jóvenes para que actúen como "activos en salud", capaces de difundir información veraz y desmentir bulos entre su propio grupo de iguales.

Con el objetivo de que este proyecto tenga una utilidad completa, la aplicabilidad del estudio no puede limitarse a proponer estas mejoras teóricas. Como línea de trabajo futura, resulta necesario plantear un diseño cuasi-experimental de tipo pre-post intervención. Cuantificar de nuevo los conocimientos de las jóvenes tras aplicar el asesoramiento individualizado o los talleres grupales permitirá evaluar de forma objetiva el impacto real de las estrategias implementadas por la matrona, validando así su efectividad clínica.

9. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva. La búsqueda de la evidencia se desarrolló en las bases de datos científicas PubMed/MEDLINE,

ScienceDirect y el portal hispanoamericano Dialnet. Para fundamentar el marco epidemiológico, se consultaron los registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Sanidad y, a nivel autonómico, el portal MurciaSalud. Asimismo, se revisaron repertorios bibliográficos como la Sociedad Española de Contracepción (SEC), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Para la estrategia de búsqueda se empleó una combinación de lenguaje libre (como birth control o contraceptive knowledge) y descriptores MeSH y DeCS, utilizando los términos: “Contraception” (Anticoncepción), “Sex Education” (Educación Sexual), “Primary Health Care” (Atención Primaria de Salud), “Women- Young Adult” (Mujeres-Adulto Joven) y “Midwifery” (Enfermería Obstétrica-Partería). La combinación de los términos y descriptores se realizó mediante el uso de los operadores booleanos AND y OR.

10. Limitaciones y posibles sesgos

La interpretación de los resultados de esta investigación debe realizarse considerando ciertas limitaciones metodológicas inherentes a su diseño. Principalmente, es preciso contemplar la influencia de tres fuentes de sesgo sistemático y las estrategias adoptadas para su minimización:

En primer lugar, el diseño de captación introduce un sesgo de selección. Al emplear un muestreo no probabilístico consecutivo circunscrito a la consulta, la muestra queda constituida exclusivamente por usuarias que mantienen un contacto proactivo con el sistema sanitario. Este subgrupo puede presentar un nivel de concienciación, morbilidad o necesidades contraceptivas distintas a las de la población general de jóvenes de la pedanía. Para mitigar este sesgo y evaluar la validez externa, se realizará un análisis de representatividad contrastando el perfil sociodemográfico de la muestra final con los registros oficiales del padrón municipal de Puente Tocinos.

Simultáneamente, existe un riesgo inherente de sesgo de información, derivado de la propia naturaleza del cuestionario autoadministrado, donde la participante debe interpretar los enunciados y reportar sus propios conocimientos. Para controlar esta desviación y evitar errores de formulación, el estudio omite la creación de una herramienta ad hoc y se fundamenta en el uso del cuestionario de Sanz-Martos. Al tratarse de un instrumento previamente validado, se garantiza la fiabilidad psicométrica y la correcta comprensión de los ítems en esta franja etaria.

Estrechamente vinculado al aspecto anterior, surge el sesgo de deseabilidad social. Al abordar una esfera tan íntima como la salud sexual y reproductiva, las participantes podrían tender a modificar sus respuestas para proyectar conductas socialmente aceptables u ocultar prácticas de riesgo. La estrategia metodológica para minimizar este impacto radica en garantizar la estricta anonimización del proceso, aislando la recogida de datos de la entrevista clínica y facilitando una vía de cumplimentación digital.

Finalmente, las propias características del diseño observacional y transversal limitan el alcance analítico, imposibilitando el establecimiento de relaciones de causalidad empírica entre las variables sociodemográficas y el nivel de conocimientos. A esto se suma la asunción de un margen de error muestral del 10%, una decisión metodológica necesaria para asegurar la viabilidad del reclutamiento en la consulta, pero que condicionará ineludiblemente la potencia estadística final de la investigación.

11. Aspectos éticos de la investigación

El desarrollo del estudio se guiará estrictamente por los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. (20,21). Se solicitará la autorización pertinente a la dirección de la línea formativa y la aprobación formal del Comité de Ética de Investigación de la Gerencia de Área VII (Murcia Este).

Respecto a los posibles riesgos y beneficios, el estudio no implicará riesgos físicos ni intervenciones clínicas. El único riesgo identificado consistirá en la posible incomodidad emocional al abordar temas íntimos, lo cual se mitigará garantizando la privacidad y el derecho a abandonar el cuestionario libremente. Como beneficio indirecto, los hallazgos permitirán a la matrona optimizar las futuras intervenciones de educación afectivo-sexual.

Finalmente, el tratamiento de los datos se ajustará a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (22), así como a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente (23), garantizando la confidencialidad mediante la anonimización de los cuestionarios. Asimismo, se entregará una hoja informativa y se solicitará el consentimiento informado de cada participante, cuyo modelo se adjuntará en el Anexo 2.

12. Calendario y cronograma previsto para el estudio

AÑOS MESES	2026												2027		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Etapas I: Fase de preparación															
Revisión bibliográfica															
Revisión metodológica:															
Elaboración del proyecto de investigación:															
Solicitud y consecución de permisos necesarios															
Etapas II: Fase de ejecución															
Contacto con participantes															
Realización de cuestionario / entrevistas															
Transcripción y análisis de los datos recogidos en la entrevista															
Etapas III: Fase final															
Elaboración de conclusiones y del informe final															

13. Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad

La ejecución del proyecto recaerá de forma exclusiva en la matrona del Centro de Salud, quien asumirá el rol de investigadora principal. Al desempeñar su labor

asistencial en estas mismas instalaciones, sus responsabilidades abarcarán tanto la fase metodológica como el trabajo de campo. Durante la consulta diaria, se encargará de captar a las participantes, facilitar los cuestionarios, recoger los consentimientos informados y garantizar la confidencialidad de los datos, resolviendo además cualquier duda clínica que pueda surgir.

14. Instalaciones e instrumentación

El estudio se llevará a cabo en la consulta de la matrona del Centro de Salud de Puente Tocinos (Murcia). Esta instalación proporcionará el espacio físico idóneo para la captación, asegurando un entorno privado y confidencial, lo cual resulta indispensable al tratar cuestiones íntimas de las participantes.

Respecto a la instrumentación, se emplearán soportes tanto físicos como digitales. Por un lado, se utilizará formato impreso para las hojas informativas, los consentimientos y los cuestionarios. Estos documentos se custodiarán en un archivador con llave dentro de la propia consulta para garantizar la protección de datos. Por otro lado, para la fase de gestión y análisis de los datos, se precisará el programa informático Microsoft Excel para el volcado de respuestas y el software estadístico SPSS para el procesamiento de los datos.

15. Presupuesto

Este proyecto de investigación no cuenta con financiación externa, por lo que los posibles gastos derivados de su ejecución serán asumidos por la investigadora principal. Aunque la fase de captación y recogida de datos se integrará en el desarrollo habitual de la consulta, es importante destacar que el resto de las etapas del estudio requerirán una considerable inversión de tiempo personal por parte de la matrona fuera de su jornada laboral. Al tratarse de un proyecto académico, este esfuerzo no remunerado no se contabilizará como un coste económico.

Asimismo, el equipamiento informático y las licencias de software serán aportados por la investigadora principal. Por todo ello, el coste económico general del estudio se considera nulo o muy escaso.

16. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar, anticoncepción y salud sexual [Internet]. Ginebra: OMS; [acceso 2 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
2. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia y salud de los jóvenes [Internet]. Ginebra: OMS; [acceso 2 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
3. Ministerio de Sanidad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Gobierno de España; [acceso 2 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
4. Servicio Murciano de Salud. Programas de Atención a la Mujer y Anticoncepción (PIAM) [Internet]. Murcia: MurciaSalud; [acceso 2 de abril de 2026]. Disponible en: <https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/6037/Programa%20integral%20de%20atenci%c3%b3n%20a%20la%20mujer.pdf>
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Contraceptive services for under 25s (PH51) [Internet]. Londres: NICE; [acceso 2 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph51>
6. Sociedad Valenciana de Contracepción. Estudio de Contracepción 2019 [Internet]. Valencia: SVC; 2019 [acceso 6 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.svcontracepcion.es/wp-content/uploads/2019/10/estudio-contracepcion-2019.pdf>

7. García Ruiz A, Suárez Angerí Y. Conocimientos de los métodos anticonceptivos y aplicación del uso en estudiantes de primero y segundo bachillerato. Unidad Educativa UPSE. RECIMUNDO [Internet]. 2023 [acceso 6 de abril de 2026];7(1):307-321. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1954>
8. Carretero Serrano M, Cebrino Cruz J, Portero de la Cruz S. Conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en jóvenes universitarios. Enfermería Docente [Internet]. 2022 [acceso 6 de abril de 2026];(115):21. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/ed/11521ed>
9. Brunelli L, Bravo G, Romanese F, Righini M, Lesa L, De Odorico A, et al. Sexual and reproductive health-related knowledge, attitudes and support network of Italian adolescents. Public Health in Practice [Internet]. 2022 [acceso 2 de abril de 2026];3:100253. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666535222000295>
10. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Documento Clínico SEGO: Asesoramiento anticonceptivo y manejo clínico [Internet]. Madrid: SEGO; [acceso 2 de abril de 2026]. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.sego.es/uploads/app/1297/elements/file/file1677770819.pdf>
11. Sociedad Española de Contracepción (SEC). Anticoncepción Hormonal (Combinada y de solo gestágenos) [Internet]. Madrid: SEC; [acceso 2 de abril de 2026]. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada_Oral_Transdermica_Vaginal.pdf
12. Centro Vasco de Información de Medicamentos (CEVIME). Actualización en anticoncepción. INFAC [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2022 [acceso 2 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2022/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_30_6_actualizacion-anticoncepcion.pdf
13. Sociedad Española de Contracepción (SEC). Anticoncepción intrauterina [Internet]. Madrid: SEC; [acceso 2 de abril de 2026]. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_intrauterina.pdf

14. Organización Mundial de la Salud. Anticoncepción de urgencia [Internet]. Ginebra: OMS; [acceso 2 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
15. Servicio Murciano de Salud. Área de Salud VII y Recursos del Centro de Salud Puente Tocinos [Internet]. Murcia: MurciaSalud; [acceso 2 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_centro&id_centro=35&idsec=6
16. Foro-Ciudad. Habitantes de Puente Tocinos (Murcia) [Internet]. Foro-Ciudad.com; [acceso 2 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.foro-ciudad.com/murcia/puente-tocinos/habitantes.html>
17. Orrios Quilez CA, Mengod Simón D, Bayo Zaera R, Casas Gimeno MC, Simón Simón MA, Polo García M. Educación sexual y prevención de embarazos adolescentes en España. Ocronos [Internet]. 2025 [acceso 6 de abril de 2026];8(3):47. Disponible en: <https://revistamedica.com/educacion-sexual-prevencion-embarazos-adolescentes-espana/>
18. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Anticoncepción en Atención Primaria [Internet]. Madrid: SEMG; 2022 [acceso 6 de abril de 2026]. Disponible en: [https://www.semg.es/images/2022/Documentos/Anticoncepcion en Atención Primaria.pdf](https://www.semg.es/images/2022/Documentos/Anticoncepcion_en_Atencion Primaria.pdf)
19. Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Álvarez-Nieto C. Cuestionario de conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción [Internet]. Jaén: Universidad de Jaén; 2018 [acceso 6 de abril de 2026]. Disponible en: <https://cuidsalud.com/wp-content/uploads/2022/06/cuestionario-de-conocimiento-sobre-sexualidad-y-anticoncepcion.pdf>
20. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres Humanos

[Internet]. Francia: WMA; 2013 [acceso 6 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm>

21. España. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Boletín Oficial del Estado, nº 159, (4 de julio de 2007).
22. España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, nº 294, (6 de diciembre de 2018).
23. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15 de noviembre de 2002).

17. Anexos

Anexo 1. Instrumento de recogida de datos

Para el presente estudio se utilizará el Cuestionario de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción validado por Sanz-Martos et al. (2018). El documento consta de las siguientes 15 afirmaciones prácticas, estructuradas con tres opciones de respuesta (Verdadero, Falso, No sabe / No contesta):

1. Hay riesgo de embarazo cuando se mantienen relaciones sexuales sin ninguna protección en los dos días previos o posteriores a la ovulación.
2. El preservativo masculino es seguro si se coloca justo antes de eyacular, aunque previamente haya habido penetración.
3. El "método del calendario" (Calcular el periodo fértil para no mantener relaciones sexuales dentro de este periodo) es efectivo para evitar un embarazo.
4. Al inicio de la toma de la píldora anticonceptiva, esta es efectiva desde el primer día.

5. Los métodos anticonceptivos hormonales (por ejemplo, la píldora anticonceptiva o el anillo vaginal) son recomendables para los adolescentes.
6. Cuando hay un olvido de la toma de la píldora anticonceptiva desde la hora correcta de la toma, se puede tomar sin que haya una pérdida de efectividad siempre que no hayan pasado más de 12 horas desde la hora original.
7. El "doble método anticonceptivo" consiste en la utilización de manera simultánea de un anticonceptivo de barrera (por ejemplo, preservativo masculino) y uno hormonal (por ejemplo, píldora anticonceptiva).
8. Si el inicio de la toma de la píldora anticonceptiva es posterior al 5º día del ciclo, es recomendable usar otro método anticonceptivo durante una semana.
9. La pauta de toma de la píldora anticonceptiva es de una píldora diaria, desde el 1º día del ciclo, durante 21 días con una semana de descanso o durante esta semana tomar 7 pastillas de placebo.
10. El parche cutáneo anticonceptivo se debe colocar el primer día del ciclo.
11. El reemplazo del parche cutáneo anticonceptivo se debe hacer sólo cuando este se desprenda por sí mismo.
12. El parche cutáneo anticonceptivo se debe colocar preferentemente en el glúteo, zona baja del vientre, zona alta de la espalda o externa de los brazos.
13. Para la colocación del anillo vaginal es necesario acudir a un médico especialista.
14. Durante una relación sexual, el anillo vaginal se puede retirar durante 2 horas sin que exista riesgo de embarazo.
15. El anillo vaginal se debe dejar puesto durante 21 días, dejando posteriormente una semana de descanso.

Estimado participante, a continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre sexualidad, embarazo y métodos anticonceptivos, a las que te pedimos que señales mediante una equis (X) si piensas que es Verdadera (V) o Falsa (F). Si desconoces la respuesta, dispones de una tercera opción de respuesta, no sabe/ no contesta (NS/NC), por favor indicanoslo mediante esta opción y no contestes al azar.

1- Hay riesgo de embarazo cuando se mantienen relaciones sexuales sin ninguna protección en los dos días previos o posteriores a la ovulación.	V	F	NS/NC
2- El preservativo masculino es seguro si se coloca justo antes de eyacular, aunque previamente haya habido penetración.	V	F	NS/NC
3 - El “método del calendario” (Calcular el periodo fértil para no mantener relaciones sexuales dentro de este periodo) es efectivo para evitar un embarazo.	V	F	NS/NC
4 - Al inicio de la toma de la píldora anticonceptiva, esta es efectiva desde el primer día.	V	F	NS/NC
5 - Los métodos anticonceptivos hormonales (por ejemplo, la píldora anticonceptiva o el anillo vaginal) son recomendables para los adolescentes	V	F	NS/NC
6 - Cuando hay un olvido de la toma de la píldora anticonceptiva desde la hora correcta de la toma, se puede tomar sin que haya una pérdida de efectividad siempre que no hayan pasado más de 12 horas desde la hora original	V	F	NS/NC
7 - El “doble método anticonceptivo” consiste en la utilización de manera simultánea de un anticonceptivo de barrera (por ejemplo, preservativo masculino) y uno hormonal (Por ejemplo, píldora anticonceptiva	V	F	NS/NC
8- Si el inicio de la toma de la píldora anticonceptiva es posterior al 5º día del ciclo, es recomendable usar otro método anticonceptivo durante una semana.	V	F	NS/NC
9- La pauta de toma de la píldora anticonceptiva es de una píldora diaria, desde el 1º día del ciclo, durante 21 días con una semana de descanso o durante esta semana tomar 7 pastillas de placebo.	V	F	NS/NC
10 - El parche cutáneo anticonceptivo se debe colocar el primer día del ciclo.	V	F	NS/NC

11 - El remplazo del parche cutáneo anticonceptivo se debe hacer sólo cuando este se desprenda por sí mismo.	V	F	NS/NC
12- El parche cutáneo anticonceptivo se debe colocar preferentemente en el glúteo, zona baja del vientre, zona alta de la espalda o externa de los brazos	V	F	NS/NC
13 - Para la colocación del anillo vaginal es necesario acudir a un médico especialista	V	F	NS/NC
14 -Durante una relación sexual, el anillo vaginal se puede retirar durante 2 horas sin que exista riesgo de embarazo.	V	F	NS/NC
15 - El anillo vaginal se debe dejar puesto durante 21 días, dejando posteriormente una semana de descanso.	V	F	NS/NC



Instrucciones de puntuación

La puntuación final se calcula, sumando 1 punto por cada respuesta correcta. Las respuestas No Sabe, No contesta a la hora de calcular la puntuación final se les asignan 0 puntos. A partir de los aciertos y las opciones No Sabe, No Contesta, se puede calcular el índice de conocimiento y el índice de desconocimiento mediante las fórmulas:

- Índice de conocimiento= N° aciertos/ N° total de ítems (15)
- Índice de desconocimiento: N° de preguntas con NS/NC/ N° total de ítems (15)

A continuación, exponemos la plantilla con las respuestas correctas a los ítems:

Ítem	Verdadero	Falso
1	X	
2		X
3		X
4		X
5	X	
6	X	
7	X	
8	X	
9	X	
10	X	
11		X
12	X	
13		X
14	X	
15	X	

Anexo 2. Hoja informativa del estudio y consentimiento informado

Título del estudio: Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en mujeres jóvenes que acuden a la consulta de la matrona. Centro: Centro de Salud de Puente Tocinos (Área VII, Murcia Este). Investigadora Principal: Elsa García Parra, Matrona.

Hola. Te invitamos a participar en un estudio de investigación que estamos llevando a cabo en esta consulta. Antes de decidir si quieres colaborar, es importante que leas esta hoja para entender por qué hacemos esto y en qué consiste. Si tienes cualquier duda, pregúntame con total confianza.

1. ¿Por qué hacemos este estudio?

El objetivo principal es conocer qué nivel de información tienen las mujeres jóvenes de nuestra zona sobre los distintos métodos anticonceptivos. Conocer la realidad nos ayudará a las matronas a mejorar la forma en la que damos las charlas, resolvemos dudas y orientamos sobre salud sexual en el centro de salud.

2. ¿En qué consiste participar?

Si decides participar, solo tendrás que rellenar un breve cuestionario durante tu tiempo en la consulta. Te llevará aproximadamente 5 minutos. Las preguntas tratan sobre lo que sabes acerca de los métodos anticonceptivos y cómo accedes a esa información.

3. ¿Es obligatorio participar?

En absoluto. Tu participación es totalmente voluntaria. Puedes decidir no participar o incluso dejar el cuestionario a medias en cualquier momento sin tener que dar ninguna explicación. Elijas lo que elijas, la atención y el trato que vas a recibir en esta consulta seguirán siendo exactamente los mismos.

4. ¿Existen riesgos o beneficios?

Rellenar esta encuesta no supone ningún riesgo físico ni requiere pruebas médicas. El único inconveniente es que alguna pregunta sobre salud íntima te pueda generar cierta incomodidad; si esto ocurre, eres libre de dejarla en blanco.

Como beneficio, tu aportación nos ayudará enormemente a diseñar mejores programas de educación sexual para chicas como tú en el futuro.

5. ¿Mis respuestas son secretas?

Sí, totalmente confidenciales y anónimas. El cuestionario no lleva tu nombre, tu DNI ni ningún dato que te identifique, solo un código numérico. La gestión de esta información cumple estrictamente con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y con la Ley 41/2002 de autonomía del paciente. Los papeles se guardarán bajo llave y los resultados solo se usarán con fines de investigación académica.

6. Contacto

Si más adelante te surge alguna duda sobre el estudio, puedes ponerte en contacto conmigo acudiendo a esta misma consulta en el Centro de Salud de Puente Tocinos.

Muchas gracias por tu tiempo y tu colaboración.



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DATOS DE LA PARTICIPANTE:

- NOMBRE Y APELLIDOS:
- FECHA DE NACIMIENTO:
- CIP AUTONÓMICO:
- Nº HISTORIA CLÍNICA:
- NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA:

Participar en el estudio de investigación titulado "Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en mujeres jóvenes que acuden a la consulta de la matrona".

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en la cumplimentación voluntaria de un cuestionario escrito y anónimo en el entorno de la consulta. Sirve para evaluar el nivel real de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en la población joven de la zona, con el objetivo de optimizar las futuras intervenciones de educación afectivo-sexual lideradas por la matrona.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO y CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Al tratarse de un estudio observacional mediante encuesta, no existen riesgos físicos ni se realizan intervenciones clínicas. La única consecuencia o riesgo identificado es la posible incomodidad emocional al abordar cuestiones relacionadas con la esfera íntima, pudiendo la participante abandonar el cuestionario en cualquier momento.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO (Por mi situación actual):

No procede. Al ser una intervención exclusivamente documental, las características clínicas personales no pueden aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No existen contraindicaciones para la participación en este estudio.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

La única alternativa es la no participación, lo cual es un derecho libre de la usuaria que no alterará ni repercutirá en absoluto en la calidad de la asistencia sanitaria habitual recibida en el centro.

AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y, en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento (participar en la encuesta y ceder mis respuestas con fines de investigación).

He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dña. (Elsa García Parra), comprendiendo el propósito del proyecto.

Estoy satisfecha con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento, sin necesidad de dar explicaciones.

Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En Puente Tocinos, a ____ de de 202..

Fdo. Paciente: DNI/NIE o pasaporte: Fdo. Investigadora Principal:

.....

Col. N°

(Línea de corte para el centro)

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, la paciente con DNI/NIE o Pasaporte:, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado.

Tomo esta decisión habiendo sido informada suficientemente sobre mis derechos.

En Puente Tocinos, a ____ de de 202..

Fdo. Paciente: