

2ej. 19

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS EN  
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SOLTEROS

T E S I S

Que para obtener el título de  
Licenciado en Psicología

presenta: Rodolfo Bravo Anguiano

México, D.F.      Febrero, 1982.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## I N D I C E

I.	INTRODUCCION.	5
II.	CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS Y RELACIONES SEXUALES PREMARITALES.	12
	1. Tipo y fuentes de información anticonceptiva.	
	2. Actitudes hacia las relaciones sexuales y a la anticoncepción antes del matrimonio..	23
	3. Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual y frecuencia del uso posterior.	36
	4. Fuentes de obtención de anticonceptivos.	44
	5. Incidencia de embarazos y abortos.	51
III.	INVESTIGACION.	63
	1. Planteamiento del problema.	63
	2. Diseño de la investigación.	65
	3. Variables.	66
	4. Población de estudio.	68
	5. Instrumento de evaluación.	69
	6. Procedimiento.	70
	7. Tratamiento estadístico.	71
IV.	RESULTADOS.	72
V.	CONCLUSIONES Y DISCUSION.	84
VI.	ALGUNAS RECOMENDACIONES.	92
VII.	BIBLIOGRAFIA.	97
VIII.	APENDICE "A"	103
IX.	APENDICE "B"	115

## 1. INTRODUCCION

El crecimiento de la población en nuestro país como en el resto del mundo se ha visto incrementado notablemente en los últimos años. Actualmente la población mundial es de 4,500 millones de habitantes, de los cuales el 74% de ellos viven en países de bajo desarrollo económico, registrando 32 nacimientos por cada mil habitantes (32%). Mientras que en los países más desarrollados esta cifra es sólo del 16%.

Las pirámides poblacionales de los países subdesarrollados registran un alto índice de habitantes que corresponden a edades bajas, en Africa el 42% se encuentra entre 0 y 9 años de edad (Cipolla, 1973). Un caso también impresionante es el que registran los países asiáticos con una extensa población juvenil ya que el grupo de edades de 0 a 14 años llega a sumar unos 745 millones de personas, es decir más de una quinta parte de la población total del globo se encuentra dentro de este rango de edad.

Mientras que el grado de urbanización es sólo de un 21%, este porcentaje oculta elevadísimas cifras como las siguientes: 480 millones de personas viven en áreas urbanas o sea una población superior a la de América Latina, Africa, América del Norte (Cipolla, 1974).

México es uno de los países que tiene mayor población y una de las más

altas tasas de crecimiento (2.9% en 1970-79), en comparación con el resto del mundo. Sólo 4 de los países de mayor población tienen tasas de crecimiento superiores a la de México: Arabia Saudita (4.5%), Bangladesh (3.0%), Pakistán (3.1%) y Venezuela (3.3%); además de Brasil otros 10 países latinoamericanos tienen tasas de crecimiento mayores o igual a la mexicana, y ellos son: en América Central : Salvador (2.9%), Guatemala (2.9%), Honduras (3.3%) y Nicaragua (3.3%). Del Caribe: República Dominicana (3.0%) y de América del Sur: Ecuador (3.3%), Paraguay (2.9%) y Perú (3.4%) (Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Anticonceptivos, IMSS., 1979, The World Bank, World Development Report 1981, Aug.1981).

Existen en México 45.3 millones de habitantes que son menores de 15 años de edad, igualmente, sólo el 27.7 % de la población general es económicamente activa. En los últimos años se han presentado modificaciones en la conducta reproductiva en el país que han conducido a un descenso en la fecundidad. La tasa de crecimiento anual de la población calculada en base a datos censales, pasó del 2.7 % durante el decenio 1940-1950, al 3.4 % en el período 1960-1970 y al 2.9 % para 1970-1979.

En las últimas décadas la dinámica de la población de México se ha caracterizado por una elevada tasa de crecimiento. La población total en México en 1940 era cerca de 19.7 millones y en 1980 alcanzó 67.4 millones de habitantes, esto significa que la población se ha incrementado casi 2.5 veces en los últimos 40 años, y se espera que a fines de siglo sea mayor de 100 millones (CONAPO, 1980).

Los componentes principales del crecimiento de la población son el alto índice de natalidad y la disminución de la morbi-mortalidad. Este último ha sido un factor determinante en el crecimiento poblacional desde principios de siglo, puesto que la mortalidad ha descendido drásticamente de una tasa bruta de mortalidad (\*) del 23.4% a un 8.0% en los últimos años.

Este descenso ha sido producto de acciones auspiciadas por el Estado, como son los avances de la medicina, las campañas de vacunación, la promoción de la Medicina Preventiva, etc. así como el aumento en los niveles de vida de la población, lo cual ha reducido en forma considerable la proporción de las defunciones, por ejemplo de 125.6 muertos por 1000 nacidos vivos en 1940 a 54.0 en 1979. Esto se ha visto beneficiado particularmente en una buena proporción en la población infantil.

Estas situaciones alarmantes en cuanto al crecimiento incontrolado de la población ha llevado a que el fenómeno sea considerado como un problema nacional que ha sido abordado políticamente.

En la década posterior a la promulgación de la Constitución Mexicana de 1917 se permitió la fundación de centros privados de planificación Familiar, los cuales funcionaban dando servicios privados a una pequeña porción de los habitantes de las clases privilegiadas. Sin embargo

---

(\*) Es la relación que existe, entre el número de defunciones de un año con el número total de habitantes. Se mide el número de defunciones por cada 1000 habitantes.

a fines de los años veintes hubo un cambio de actitud y el "pronatalismo" se convirtió en un fundamento de la política nacional. En los años que prescindieron a la Segunda Guerra Mundial, el crecimiento demográfico estaba universalmente considerado como algo positivo para el desarrollo. Además el nacionalismo alimentó el concepto de que México debía crecer para engrandecerse. (Mc. Coy, 1974).

Hasta 1970 no estaba permitido anunciar los métodos anticonceptivos y tampoco podían ser adquiridos sin prescripción médica, -un reglamento frecuentemente violado por los que tenían conocimiento de ellos y dinero para conseguirlos-.

Los sectores de la población más afectados por esta política eran precisamente las clases socio-económicas bajas que no podían comprarlos y más aún, no tenían conocimiento alguno acerca de ellos y eran quienes más necesitaban reducir el número de nacimientos tan altos que registraban. La píldora oral, que ya entonces se encontraba disponible en el mercado tampoco era usada tan ampliamente, otra causa importante en cuanto a la falta de uso fué que se les atribuya a los anticonceptivos químicos, críticas que según decían, eran los causantes de tumores, cáncer, etc.

Sin embargo, la situación desde el punto de vista poblacional se tornaba ya bastante crítica, ya que paralelo al bajo índice de mortalidad y alto nivel de la tasa de nacimientos se encontraban otros fenómenos que aumentaban la crisis poblacional, estos fueron: el alto índice de migración a las grandes urbes como la Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey, Tijuana,

etc. igualmente el desempleo y subempleo crecían aparatosamente.

Todo esto hacía evidente la gran necesidad de reducir el índice de nacimientos como una medida de solución adecuada al problema.

No fué sino hasta los primeros años de la década de 1970, cuando se implantó el Programa de Planificación Familiar, fecha en la que la tasa de nacimientos alcanzaba un 3.5% anual.

Hasta 1973 la situación general de las campañas consideraban a la planificación familiar como un servicio de salud pública, sin pretender ninguna meta demográfica y para 1976 sólo se había reducido a 3.2% el índice de nacimientos.

En 1974, durante el período gubernamental del Presidente Luis Echeverría, se estableció el Programa Nacional de Planificación Familiar. Dos años más tarde, al inicio del gobierno del Lic. José López Portillo, se propone como meta para 1982 reducir el índice de los nacimientos a un 2.5% del 3.5% que prevalecía en ese entonces.

Dadas las actividades realizadas por los organismos institucionales del Sector Salud, esta cifra fué alcanzada ya en el presente año (Martínez Manautou, 1981).

El mecanismo a través del cual se ha logrado reducir los nacimientos ha sido mediante la implantación de los Programas de Planificación Familiar al alcance de todos los sectores socio-económicos de la población haciendo



uso para ello de los métodos anticonceptivos.

La frase "planificación familiar" resulta ser un concepto que en nuestro medio social ha adquirido gran popularidad y al parecer es considerable la proporción de personas que han tenido acceso a su difusión, pero debe mos cuestionar, si de verdad se está aceptando el mensaje de la reducción de los nacimientos en la familia. Mateos Cándano (1968) postula que la proporción de la población, según el sexo, que desea tener más hijos, - está en favor de los hombres, y sólo el 58% de las mujeres de su estu - dio reportaron que sus esposos aprobaban la planificación familiar, el 14% que está en contra y el 37% que nunca lo habían comentado con él. Lo cual da un indicador para suponer que no es sólo a través de la difusión como se logra que la población mexicana, dadas las características de idiosincracia, educación, etc, prevaletentes, tome una verdadera actitud y conciencia de aceptabilidad para reducir el número de - hijos, dado el nivel ideológico del "machismo", el tener muchos hijos no ha sido erradicado aún de los hombres mexicanos.

La idea que se tiene de que las personas al casarse lo hacen con el fin de la procreación, se ha mantenido hasta nuestros días, esto conlleva - en muchas ocasiones a la falta de responsabilidad para tener únicamente el número de hijos que se puedan mantener y educar. Esta actitud no se cambia tan sólo con la difusión de la metodología anticonceptiva, sino que existe todo un bagaje de factores que aún persisten como consecuencia de una influencia cultural de las generaciones pasadas. La mayor o me - nor edad en el momento de contraer matrimonio y la generalización o restricción.

ción de las prácticas del control de la natalidad en una sociedad, pueden ser causas inmediatas de las variaciones en el nivel de fecundidad.

Desde el punto de vista demográfico, se proponen algunas recomendaciones importantes para reducir el índice de los nacimientos, estos postulados son los siguientes:

- 1) Prolongar la edad al matrimonio hasta después de los 21 años.
- 2) Que la mujer posponga su primer embarazo hasta dos años después de casada.

Una de las grandes ventajas que se obtienen con estas medidas es la reducción del período de fecundidad de la mujer y como consecuencia de ello una disminución en el índice de paridad. Puesto que de lo contrario, los embarazos a edades tempranas se asocian con la formación de familias numerosas.

Otra de las ventajas de que individualmente se cumplan los dos puntos anteriores, es que se obtienen mayores oportunidades de estudio, y con ello mejores condiciones laborales. Igualmente se adquiere una actitud de mayor responsabilidad para la planeación de una futura familia.

## II CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS Y RELACIONES SEXUALES PREMARITALES.

### II.1 TIPO Y FUENTES DE INFORMACION ANTICONCEPTIVA

Se entiende por conocimiento de anticonceptivos, la capacidad que tiene una persona para identificar y/o conocer de acuerdo a su experiencia previa, ya sea del uso, lectura, etc. las maneras que existen para evitar la ocurrencia de un embarazo.

El conocimiento de la anticoncepción no se restringe tan sólo a las personas cuya área de estudio o investigación sea la sexualidad; sino que incluso las personas con un nivel elemental de escolaridad pueden tener conocimiento suficiente acerca de los métodos anticonceptivos; como ejemplo están las mujeres en edad reproductiva que por su experiencia en el uso de métodos, conocen acerca de ellos.

Las fuentes de información se clasifican como "formales" e "informales". Se considera como información "formal" aquella que es impartida por un profesional de la salud y que además tenga necesariamente un grado de preparación o especialidad en sexualidad humana. Igualmente se considera "formal" la que es impartida en las escuelas por los maestros (éstos deberán tener también preparación especial), apoyándose en la consulta de los libros de texto, siempre y cuando se encuentren en los programas de educación sexual, salud mental, biología, etc., los cuales contengan temas con su respectivo enfoque curricular. (Spanier, 1976).

Como información "informal" se considera a la que cualquier persona adquiere a través de un canal de comunicación diferente al descrito como "formal". Las fuentes "informales" a las que frecuentemente recurren los adolescentes y jóvenes para satisfacer su curiosidad acerca del sexo (curiosidad natural a su edad), son las revistas populares que operan bajo títulos llamativos con temas sexuales, películas pornográficas, etc. (Hatcher, 1963, Dawkin, 1964, Barnes, 1966) o a los amigos quienes por lo general tienen pláticas sobre experiencias anecdóticas, más que de orientación.

Todas estas fuentes "informales" tienen en común la carencia de un contenido básico sobre la verdadera orientación hacia la educación sexual.

La literatura popular tiene principalmente dos desventajas: una, que su contenido es más bien con fines comerciales y de entretenimiento, más que científico u orientador, la otra, es que sus lectores son autodidactas, es decir, no recurren a la orientación profesional de un doctor, psicólogo, Trabajador Social, etc., que los guíe y les recomiende fuentes bibliográficas adecuadas. (Hill & Lloyd, 1970, Dallas-1972).

En casi todos los niveles socio-culturales de nuestro país se pueden observar las restricciones que existen, desde el punto de vista moral, en el manejo de la información de la sexualidad en general, y particularmente de la anticoncepción.

Al analizar el punto de vista de los adultos como fuentes de educación sexual e información anticonceptiva, se puede inferir que éstos presentan

cierta vergüenza y quizás remordimiento acerca de la sexualidad. Ellos mismos carecen de una buena información y están inseguros de lo que podría ser un comportamiento sexual aceptable. Este problema se agudiza ya que por lo general estas personas se niegan a admitir y corregir estas deficiencias.

Es importante también analizar el medio ambiente en que se desarrolla un adolescente para poder evaluar los canales de información a través de los cuales va conociendo los aspectos de su sexualidad, en este sentido resulta evidente la familia como principal mediado para la adquisición de información. Se dice que es más perjudicial un ambiente familiar que orienta inadecuadamente que cualquier otro medio, ya sea éste incluso la escuela (Friman, 1976).

Tanto Plowden (1976) como Douglas (1971) coinciden al decir que la educación sexual que recibe el adolescente en la escuela, constituye tan sólo una tercera parte de la educación que recibe en el hogar. Asimismo la escuela no puede proporcionar a los alumnos los elementos suficientes para una educación de su sexualidad como los que le aporta la familia, es decir un maestro o maestra, no pueden como modelos substituir a los padres en los roles sexuales de identificación.

En este concepto pueden apreciarse mayormente las diferencias existentes entre lo que se refiere a un "buen" o "mal" hogar, que entre una "buena" o "mala" enseñanza escolar. (Little, 1971).

Son pocas las investigaciones que se han hecho en nuestro país para dar a conocer la problemática que existe para que los jóvenes adquieran información acerca del sexo, sobre conducta sexual premarital y sobre el uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo existen algunas investigaciones que han estado enfocadas a estudiar este fenómeno desde el punto de vista ginecológico, donde se describen las consecuencias físicas y de salud materno-infantil que ocasiona el embarazo a edades tempranas.

Generalmente estos estudios de tipo médico dejan al descubierto los aspectos tan importantes de las relaciones sexuales en los jóvenes y sus repercusiones tanto morales a nivel social como psicológicas a nivel personal. Asimismo, tampoco comprenden aspectos relativos al conocimiento y uso de anticonceptivos.

Este fenómeno no se presenta solamente en este país sino que es generalizado a otros contextos culturales. Se dice que aunque hay pocos datos comparativos sobre conocimiento y uso de anticonceptivos en la población juvenil de países subdesarrollados, algunos de éstos señalan que es pequeño el porcentaje de adolescentes sexualmente activos que practican la anticoncepción, e igualmente baja la proporción de jóvenes que los conocen. (Hunt, 1976).

Sai (1976) hizo algunas investigaciones al respecto en algunos países africanos con poblaciones adolescentes, encontrando que el 54% de los hombres y el 70% de las mujeres, ambos grupos comprendidos entre 15 y 19 años de

edad no tenían conocimiento alguno sobre anticoncepción, esto a pesar de la alta tasa de actividad sexual que reportaron tener. En Ghana solamente 41% de jóvenes entre 12 y 18 años tenían conocimiento sobre el control natal. (Hunt II, 1976).

En Inglaterra se encontró que el 20% de las mujeres sexualmente activas tenían conocimiento sobre el uso de anticonceptivos (Schofield, 1976). En Finlandia este fenómeno se presentó en un 30% (Wildholm, 1975).

Sin embargo no en todos los contextos de población de jóvenes sucede lo mismo, en Estados Unidos, Fustenberg (1972) encontró que el 93% de su población de estudio sabía acerca de la planificación familiar y del control de los nacimientos, esta cifra fué reportada no solamente en los sexualmente activos, lo cual da a entender que muchos adolescentes conocen del tema aún sin que estén involucrados en él.

Al igual que en los países con bajo desarrollo económico, también los altamente industrializados presentan el fenómeno en un índice considerable.

Al hacer referencia del conocimiento de métodos anticonceptivos de los adolescentes y jóvenes se está haciendo énfasis en toda la variedad de métodos o maneras que existen para evitar el embarazo. Los métodos anticonceptivos que se toman como parámetro de conocimiento son los siguientes:

## I. TEMPORALES

### 1. METODOS TRADICIONALES.

- Coito interrumpido o retiro.
- Lavados vaginales.

### 2. METODOS NATURALES.

- Ritmo.

### 3. METODOS LOCALES.

- Condón
- Diafragma
- Espermaticidas
- Dispositivo Intrauterino.

### 4. METODOS HORMONALES.

- La píldora.
- Los inyectables.

## II. DEFINITIVOS.

### 5. METODOS QUIRURGICOS.

- La vasectomía.
- La salpingoclasia.



### COITO INTERRUPTIDO O RETIRO

Como su nombre lo indica, este método llamado también del "retiro" consiste en que el varón interrumpa el acto sexual antes de alcanzar el orgasmo y la eyaculación, retirando el pene de la vagina y genitales externos de la mujer, evitando de esta manera que los espermatozoides formen el lago vaginal y alcance el canal cervical.

### LAVADOS VAGINALES

El lavado post-coital es practicado con el fin de expulsar el líquido seminal depositado durante el coito.

Por lo general esta práctica se lleva a cabo usando solamente agua y jabón o alguna otra sustancia que pueda servir de espermatocida.

Este método se practica con fines anticonceptivos más que higiénicos propiamente dichos.

### RITMO

En este grupo se consideran los métodos que utilizan como principio, restringir las relaciones sexuales al período infertil de la mujer. Estos métodos se basan en el conocimiento que se tiene sobre el tiempo de vida del óvulo y del espermatozoide en el aparato genital femenino

y sobre los cambios que ocurren en relación con la ovulación.

La mujer debe llevar un control preciso de la duración de sus ciclos menstruales, estableciendo así, el período de días antes y después de la ovulación en los que no debe haber relaciones sexuales.

#### CONDON.

Es una cubierta en forma de saco elástico que se coloca en el pene antes del acto sexual y retiene el semen eyaculado previniendo de esta manera su depósito en la vagina. Para utilizarlo, el varón debe colocarlos sobre el pene después de la erección teniendo cuidado de dejar un espacio para recibir el semen.

#### DIAFRAGMA.

Es una semiesfera de hule látex con el borde semi-rígido que una vez ubicado en la vagina recobra su forma circular. Apoyándose en el pubis y en las paredes de la vagina, forma una barrera que impide a los espermatozoides el acceso al cérvix del útero.

#### ESPERMATICIDAS.

Según su presentación se clasifican en cremas, espumas y jaleas son sustancias que destruyen a los espermatozoides. Se emplean colocándolos en la vagina de 15 a 20 minutos antes de comenzar la relación -

coital para obtener una adecuada dispersión de sus componentes.

Su acción consiste en cambiar el pH vaginal a un grado alcalino alto, no permitiendo así la sobrevivencia de los espermatozoides.

### DISPOSITIVO INTRAUTERINO

El mecanismo de acción de los DIU no ha sido totalmente aclarado. La mayor parte de los estudios indican que el efecto endometrial es el más importante, aunque se han descrito efectos a otros niveles. Uno de ellos supone un efecto espermaticida por un mecanismo de acción fagocitaria que parece estar relacionado con el infiltrado leucocitario endometrial que provoca su presencia. Su presencia física en el útero impide la implantación del óvulo fecundado, las paredes del endometrio al no anidarlo lo expulsan junto con el líquido menstrual.

### LA PILDORA

El mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales es variable y comprende múltiples efectos. En algunos casos se trata de la inhibición de la secreción de las hormonas hipotalámicas que regulan el funcionamiento del eje hipotálamo hipófisis-ovario y se impide de esta manera la ovulación. También los efectos a nivel de ovario y endometrio son importantes en la acción anticonceptiva. Se dice que existe un mecanismo fisiológico similar al embarazo, donde se inhibe la influencia de la hipófisis al ovario y hay maduración de óvulos.

### LOS INYECTABLES

Los hormonales inyectables actúan al igual que los administrados por vía oral sólo que en este caso, el efecto de los estrógenos tiene una duración mucho mayor. Existen dosis con las cuales una mujer queda protegida por 30, 60 ó 90 días que es lo que dura el efecto.

### VASECTOMIA.

Es la operación quirúrgica efectuada en el hombre que consiste en la -  
obstrucción física (corte y ligadura) de los conductos deferentes que  
van de los testículos a la próstata.

El objetivo es que durante la eyaculación posterior, el semen no con -  
tenga espermatozoide alguno. La producción de éstos una vez realiza -  
da la operación son absorbidos por el organismo.

### SALPINGOCLASIA.

Al igual que la vasectomía, se trata de una operación quirúrgica que -  
consiste en la obstrucción física (ligadura y corte) de las trompas de  
Falopio, para impedir que el óvulo maduro pase al útero y no se encuen -  
tre con el espermatozoide. La producción de los óvulos una vez realiza -  
da la operación también son absorbidos por el organismo. Las técnicas  
para realizarla son por laparotomía y laparoscopia.

El siguiente cuadro describe el grado de efectividad que tienen algu -  
nos métodos anticonceptivos.

M E T O D O	TASA DE EMBARAZO POR 100 AÑOS/MUJER	
	MEJOR	PEOR
Salpingoclasia	0.14	0.04
Vasectomía	0.15	0.15
Píldora	0.4	5
Inyectable	0.3	7
Dispositivo Intrauterino	2	5
Condón	3	10
Diafragma	3	17
Espermaticida	3	22
Ritmo	13	21

Modificada de Peel & Poots. (1972)

La tasa de embarazo en mujeres que no practican ninguna anticoncepción es de 40 a 50. Las tasas en la columna "mejor" se observan en estudios clínicos; aquéllas de la columna "peor" en estudios de campo

## II. 2 ACTITUDES HACIA LAS RELACIONES SEXUALES PREMARITALES Y A LA ANTICONCEPCION.

El concepto de "actitud" se encuentra muy difundido entre los investigadores sociales que intentan definir este término.

La actitud social se define como la organización que tiene un individuo en cuanto a sus sentimientos, creencias y predisposiciones a comportarse del modo en que lo hace (Rosnow & Robinson, 1967) adaptada por Mann, 1970). Es importante hacer destacar los elementos componentes que van implícitos en una actitud y ellos son: cognoscitivo, afectivo y conductual.

Una actitud a diferencia de una conducta difieren significativamente en cuanto a que la actitud es lo que se "dice" y la conducta es lo que se "hace". Cuando las actitudes se refieren a las relaciones sexuales premaritales, por un lado está lo que dicen las personas ( creen acerca de esas prácticas) y por otro lado la manera y la frecuencia con que se llevan a cabo (se comportan).

Resulta más relevante considerar el comportamiento de las personas como el principal objeto de estudio, más que su creencia y opinión sobre un fenómeno determinado. Puesto que el objetivo de este capítulo no es precisamente el comportamiento en sí, serán las opiniones y creencias que la gente tiene hacia las relaciones sexuales y a la anticoncepción antes del matrimonio lo que se analizará por ahora.

Las características socio-culturales y de educación que determinan la - aceptabilidad o rechazo de las relaciones sexuales premaritales en nuestro país no difieren grandemente de las que prevalecen en las culturas de otros países más desarrollados; Estados Unidos por ejemplo.

Al parecer existe un patrón más o menos estandarizado en cuanto a las - actitudes que tiene la gente hacia la conducta sexual de los jóvenes - solteros y más aún, esta generalización se extiende hasta los mismos - jóvenes. Analizando este fenómeno, nos damos cuenta de que nos encon-tramos viviendo en una época de desarrollo que nos obliga a afrontar - ciertos cambios en nuestras actitudes hacia conceptos del sexo que por generaciones y generaciones permanecieron ocultos en boca de las perso- nas. Esto nos pone frente a lo que da en llamarse una " Revolución - Sexual" que por definición, significa un cambio espectacular en las ac- titudes y en la ética que gobiernan el comportamiento sexual, al igual que un cambio en la conducta en general. La evidencia concluyente de - tal cambio no existe todavía (Davis,1971), pero hay signos que señalan algo inminente en el horizonte. Los cambios hasta la fecha han sido - una tendencia hacia la liberalización de las actitudes sexuales. Los - cambios en lo que una cultura considera aceptable en conducta sexual, - son especialmente lentos en ocurrir debido a que la orientación y expe- riencia de la niñez imponen limitaciones muy fuertes sobre la libertad del comportamiento erótico en los adultos (Ellis & Rubin, 1972). Uno de los obstáculos importantes de hacer notar en la lentitud de este de- sarrollo lo forma la influencia de la religión tan predominante en nues-

tro medio social, este arraigo de la iglesia forma parte de toda una gama de fuerzas que se oponen al florecimiento de una actitud aceptable hacia la conducta sexual en general.

Es importante hacer notar que se trata del enfrentamiento de dos generaciones, las cuales cuentan con diferentes conceptos para ver los casos relacionados con el sexo. Por un lado se encuentran los padres, con una serie de prejuicios hacia esos temas tan en boga en los últimos años, y por el otro, los adolescentes, inmersos en la problemática de su propia sexualidad. Los padres en este sentido guardan una postura muy importante como educadores de sus hijos, pero en lo concerniente a la educación sexual, se han mantenido al margen de la enseñanza del tema. Su actitud ha sido positiva en la medida que aceptan que sus hijos reciban información acerca de la sexualidad y anticoncepción a través de una educación sexual que consideran necesaria y de la cual ellos carecieron cuando jóvenes. Comprenden la necesidad que implica en nuestros días que sus hijos tengan una educación de esta naturaleza que les sirva de herramienta en el entendimiento y comprensión de su propia sexualidad. En lo que no están de acuerdo es en que ellos mismos sean los que proporcionen esa información, por el sentimiento de culpa de que creen que con ello inducen a sus hijos hacia las relaciones sexuales antes del matrimonio (Hunt, 1974, Lindeman, 1976). Por otro lado, la generación de adultos ha dejado ver una reducción de los sentimientos de ansiedad y culpabilidad en cuanto a los diferentes aspectos de la conducta sexual tales como las prácticas masturbatorias, las relacio



nes homosexuales, las mismas relaciones sexuales antes del matrimonio y fuera de él (Poole, Kinsey, 1953).

Algunas familias guardan una actitud negativa hacia las relaciones sexuales premaritales en la medida en que las prohíben totalmente, su inquietud la manifiestan en cuanto a la preocupación porque exista una seguridad anticonceptiva para la prevención de un embarazo no deseado. Mientras que hay otras familias que aceptan tales conductas, pero no informan a sus hijos sobre el control de los nacimientos.

Aún cuando en una familia donde se supone existe un liberalismo en relación con las actitudes hacia la sexualidad y se aceptan las prácticas sexuales premaritales, no son capaces de orientar a sus hijos en materia de anticoncepción. (Goodenough, 1963, Lindeman, 1976, Hunt, 1974).

En lo que se refiere a las relaciones sexuales premaritales el panorama no es del todo alagador para los jóvenes puesto que desde el punto de vista social existe normas al parecer bien fundamentadas que repriman estas prácticas. Por ejemplo en Estados Unidos el Código Sexual Norteamericano prescribió por mucho tiempo que desde la pubertad hasta el matrimonio tanto el hombre como la mujer deberían permanecer castos (Hunt, 1974), tradicionalmente la relación sexual entre la gente soltera era difícilmente aprobada, sin que ninguna circunstancia lo justificase.

El antropólogo George M. Murdok y colaboradores, estimaron que alrededor del 70% de las sociedades sobre las cuales se tiene información, han permitido las relaciones sexuales antes del matrimonio dentro de los límites variables, la mayor parte de las demás han originado sus prohibiciones ante todo contra la mujer, con el objeto de prevenir nacimientos ilegítimos.

Según Murdok sólo el 5 % de las sociedades han prohibido toda relación sexual entre los solteros. Esto también fue comprobado con el mismo porcentaje por Ehrmann en 1961, donde aclara que esta proporción no incluía la aceptación de las relaciones adúlteras.

Durante la pasada generación una revaluación muy extendida de las actitudes hacia el sexo ha dejado su marco en los grupos de todas las edades, históricamente la causa ha sido una permisibilidad creciente en cuanto a las actitudes y un creciente liberalismo hacia el sexo por parte de los grupos más jóvenes.

Las actitudes de cada generación, radican precisamente en los principios establecidos culturalmente durante la etapa formativa y de desarrollo de los grupos adolescentes.

La opinión que la presente generación de jóvenes tiene hacia la sexualidad es bastante diferente a la que tuvieron sus padres.

Actualmente los jóvenes cuentan con mayor aceptabilidad para practicar las relaciones sexuales antes del matrimonio. Aunque todavía existen algunos de ellos que no lo aceptan tan abiertamente, postulan que para ello deben existir relaciones afectivas y de compromiso más estrechos entre la pareja. Esta opinión la aceptan por lo general más bien las mujeres, incluso aquéllas que llegan a considerarse sexualmente liberadas.

Las actitudes hacia el sexo han experimentado un notable cambio en los últimos años aunque no siempre se reflejan en la conducta (Schofield, 1974), existe hoy una amplia opinión donde se cree que es posible hallar un placer sexual, sin estropear por ello relaciones más importantes. En lo que a actitudes se refiere, la verdad es que por parte de los jóvenes existe una aceptabilidad hacia las relaciones sexuales pre-matrimoniales y esto ha sido afirmado por varios investigadores(\*).

Aunque muchos de ellos, por lo general los hombres, no están de acuerdo en que para practicar las relaciones sexuales antes de casarse, tengan que estar necesariamente comprometidos o que deba existir en la pareja un compromiso de tipo afectivo (Herold & Thomas 1978, Hunt, 1974).

---

(\*). Soyinka, 1979, Bauman & Wilson, 1976, Alzate, 1978, Asayama, 1976, Anderson, McPherson, Beeching, Weinberg, Vessey, 1978, Foreit & Foreit, 1978, Litton Fox-Freen, 1977, Parcel, 1975, Schofield, 1976, 1977, Watchel & Taylor, 1968, Zelnik & Katner, 1978, 1979.

En una investigación realizada en Estados Unidos en el año de 1937 y repetida en 1959 por la compañía Repor se formulaba una pregunta: ¿ Le parece bien que uno o, ambos miembros de la pareja hayan tenido relaciones sexuales antes de contraer nupcias ?; se encontró que no hubo cambio alguno en cuanto a actitudes de ambas fechas, donde el 22% sostuvo que estaba bien tanto para hombres como para mujeres; el 8 % que solo estaba bien en los hombres y más del 50% que lo desaprobaban por completo. Cuando los entrevistados se referían a que sólo se aceptaba cuando hubiera un grado de afecto o compromiso emocional o de enamoramiento entre la pareja (como lo habían encontrado los autores anteriores), 72% decía que era bueno para el hombre y sólo el 44% lo veían aceptable en la mujer.

Existe una mayor aceptabilidad tanto por parte de los hombres, como de las mujeres de que estas relaciones las puede tener el hombre mientras que la actitud de ambos a que las tenga la mujer se puede ver que no tiene igual grado de aprobación (Schoffield, 1977).

En la Unión Americana algunos estándares de opiniones sobre las relaciones sexuales premaritales han ocasionado controversia en la medida en que no han aprobado estas conductas para los hombres y menos para las mujeres, independientemente de las circunstancias. Otras opiniones se han centrado en que pueden ser aceptadas para los varones pero no para las mujeres. (Reiss, 1971).

En México, las diferencias de actitudes de los jóvenes al respecto se muestran bastante marcadas cuando el fenómeno se analiza desde el punto de vista rural y urbano de la población.

En un ambiente netamente urbano la idea de que una mujer deba llevar virgen al matrimonio no tiene un valor tan grande como el que se le atribuye en los medios rurales.

Esto entre otras cosas obedece al nivel cultural y educativo, a la influencia de cambios sociales como las nuevas costumbres, etc. que se presentan en forma mas marcada en las grandes urbes y no así en las pequeñas provincias.

Con este tipo de actitudes se ha formado la idea de que deben existir muchachas con las que se pueda tener relaciones sexuales o que son para ello, igualmente deben existir aquellas con las que no se deben llevar a cabo estas prácticas porque esas son para casarse.

La desaprobación más fuerte de las relaciones sexuales premaritales se basan principalmente en el sentido de que derrumban el valor moral atribuido a la virginidad como una característica que toda mujer soltera debe tener para que se le pueda llamar "señorita". Aunque en este sentido existan algunas controversias respecto a tal calificativo, puesto que este se generaliza a toda muchacha que no haya contraído nupcias. Pero en lo que sí se está de acuerdo es en llamarle "virgen" a la mujer que no ha tenido prácticas copulatorias.

En nuestra cultura -generalmente urbana- es cierto que estos conceptos han perdido un poco de valor. Desde el punto de vista femenino, las mujeres han llegado a exigir a la sociedad que si el hombre no llega "casto" al matrimonio, ellas también tienen el mismo derecho de hacerlo.

Sin embargo, para el punto de vista masculino no deja de significar importantemente el casarse con una mujer que nunca en su vida haya tenido experiencias sexuales. Aquellos que piensan casarse con una mujer virgen y que creen llegar a su día de boda sin experiencias previas respecto al sexo llegan a ser hoy en día apenas una pequeña minoría. Por el contrario muchos de los que desean casarse con una mujer primerisa en experiencias sexuales no excluyen para sí mismos esta conducta.

Nuestra cultura social sigue siendo masculina, se ha basado en el hecho de que los hombres la han formado y es para hombres, esta falacia ha perdurado a través de muchas generaciones donde se le consideraba y se sigue menospreciando a la mujer como el sexo débil. Son mayores y mejores las ventajas sociales con que cuenta el hombre y que la mujer no puede disfrutar de ellas y esta diferencia continúa persistiendo lo suficiente como para que ahora no pueda existir, ni al menos en concepto, la igualdad de derechos sociales. Porque aún se encuentra lejos el día en que exista una participación igualatoria de hombres y mujeres en la política, negocios, etc. o que lleguen a existir centros de diversión como los hay para los hombres, o una prostitución masculina donde también la mujer pueda ser un cliente libre.

#### ACTITUDES HACIA LA ANTICONCEPCION

Otro aspecto importante se refiere a las actitudes que existen hacia la anticoncepción, como un fenómeno que también vale la pena analizarlo puesto

que preocupa tanto a los padres al enterarse que sus hijos los usan como a los mismos jóvenes solteros en cuanto al grado de aceptación o rechazo con que se perciben su uso.

La actitud que muestran los jóvenes hacia el conocimiento de la anticoncepción es bastante aceptada ya que esto les permite una mayor oportunidad del uso. (Russo & Brackbill, 1973).

Resulta evidente suponer que los jóvenes acepten conocer los anticonceptivos, puesto que a partir de aquí se desencadenan toda una serie de disposiciones hacia las relaciones sexuales así como una mayor confianza de que al practicarlas bajo esta protección logran evitar las posibles consecuencias de un embarazo.

Existen algunos factores que influyen grandemente como variables en la decisión para el empleo de una anticoncepción efectiva y estos son: los patrones de conducta sexual, el nivel de conciencia que debe involucrar toda relación sexual, la decisión hacia el uso de un determinado método, aspectos de la relación interpersonal (hombre-mujer) y la actitud paternal (Lindeman, 1976).

Dado que en toda relación sexual se encuentra implícita la posibilidad de ocurrencia de un embarazo esto determina que si se va a llevar a cabo esta práctica, también debe implicar una conciencia para recurrir a algún medio que permita reducir al máximo, o evitar, la posibilidad de un embarazo. El tener una o varias relaciones sexuales no significa un compromiso con ésta conducta, sino más bien la adquisición de los anticonceptivos conlleva a tomar una actitud de compromiso con el comportamiento sexual (Lindeman, 1976).

La culpa que asumen algunos jóvenes al practicar el coito los hace que

olviden en forma conciente el uso de algún método; esto llega a ser redundante en la medida en que al ocurrirles un embarazo, o saber que éste ocurrió en alguna persona conocida adquieren un temor hacia esas - prácticas y prefieren no involucrarse sexualmente.

Los factores que predisponen las actitudes de los jóvenes hacia la anticoncepción son los siguientes:

1. Una aversión hacia la anticoncepción.
2. Falta de información sobre tópicos biológicos e información suficiente de anticonceptivos, particularmente en los casos donde la frecuencia de relaciones es baja.
3. Si el conocimiento de anticonceptivos es poco, su uso requiere - una disciplina y regularidad que muchos no poseen.
4. Las relaciones sexuales frecuentemente son imprevistas y aunque se desconocen los riesgos, olvidan las posibles consecuencias en la emoción sexual del momento.
5. En el 80% de los casos el primer coito no es planeado y los métodos anticonceptivos presuponen una preparación y esfuerzo. La espontaneidad y la inexperiencia del primer coito generalmente es - la causa de no usarlos (Husslein, 1974).

Una metodología anticonceptiva se torna difícil para los adolescentes a causa de las contradicciones entre la demanda cultural de accepta - ción que tiene y el requisito de adquirir la responsabilidad del - usuario. Por otro lado los dos conflictos pragmáticos moral y ético - que se encuentran presentes cuando una chica toma la decisión hacia la anticoncepción. Al analizar los aspectos negativos que se le han visto a la anticoncepción a través de las relaciones sexuales premaritales



han tomado varias direcciones. Se dice que el uso de un método -cualquiera que sea éste- interfiere con la romanticidad y hay una ruptura del placer emocional que caracterizan esa experiencia tan especial. Han habido casos donde se reporta que es preferible arriesgarse a no usar ningún anticonceptivo exponiendo como causa que el no emplearlos aumenta el valor emocional de la relación sexual.

Estos negativismos generalmente se refieren a experiencias personales de los usuarios, y no en base a estudios científicos. Sin embargo, estas causas no llegan a tener gran peso como razón para que se prefiera una experiencia sin la confianza de un anticonceptivo. Se decía también que con el uso de los anticonceptivos se despertaba en los jóvenes un sentimiento de culpa hacia el sexo, además en las usuarias de la píldora una autopercepción de que eran inducidas a la prostitución (Bradwick, 1973). suponían que con el uso de anticonceptivos la gente las veía con toda libertad de copular en cualquier momento.

Otro punto de vista en este sentido que no debe ser soslayado es el que sostiene la religión, diciendo que la anticoncepción se encuentra prohibida incluso dentro de la relación matrimonial (Priestnall, Pilkington & Moffat, 1978). Se considera a los anticonceptivos en su generalidad, principalmente los de tipo mecánico (DIU) como abortivos, y no debe haber nada que obstruya el proceso natural de desarrollo de la futura formación de un ser viviente (Luis Reynoso C. Obispo Aux. de Monte rrey, N.L. 1978).

Entre los jóvenes solteros con mayor razón se prohíbe su uso, y más aún en las relaciones sexuales fuera del lazo conyugal porque su fina-

lidad no es de procreación, sino meramente placenteras.

La medición de las actitudes hacia la anticoncepción se hizo en base a unos estudios de Parcel (1974), donde se determinaba la influencia de las actitudes hacia el uso personal de anticonceptivos. Se utiliza la técnica de Likert donde se media la efectividad de la conducta anticonceptiva a través del cálculo en un índice que se basaba en la efectividad de uso y del método con la proporción de experiencia coital por año. La proporción de sujetos con experiencia sexual premarital se relacionó significativamente con las variables del contexto educacional, hubo una relación significativamente positiva entre las medidas de actitudes hacia la anticoncepción premarital y los índices de uso efectivo.

Las variables con que se relaciona una experiencia anticonceptiva, como lo son la percepción y actitud de las necesidades de uso del control natal puede ser de mayor ayuda en el entendimiento de la conducta anticonceptiva y no en función de las variables psicológicas y demográficas (Smith, 1978, Parcel, 1974).

### II.3. USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL Y FRECUENCIA DEL USO POSTERIOR.

Es evidente que en todo uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales premaritales debe estar implícito que existe un conocimiento previo sobre ellos.

Si se dice que tanto el grado de uso como el número de usuarios es cada vez mayor (Anderson, Mc Pherson, Beeching, 1978, Hunt, 1976, Smith, 1978, Edwards, Steinman, Arnold, Hakanson, 1980, Fordney, Settlage, Baroff, Cooper), y que también resulta ser alta la proporción de jóvenes que en su primera experiencia sexual han llegado a usarlos (Harold, Thomas, 1978, Litton-Fox, 1977, Anderson, 1978), es de suponer entonces que los jóvenes llegan a conocer algo sobre el control de los nacimientos antes de involucrarse sexualmente.

Si se analiza el fenómeno desde el punto de vista comparativo con lo que ha ocurrido anteriormente en otras generaciones de jóvenes resulta importante considerar el panorama anteriormente descrito, y más aún cuando se puede ver que estos datos reflejan cierta confianza con los jóvenes como usuarios potenciales de anticonceptivos y como futuros padres concientes de la planificación familiar. Sin embargo cuando este problema se ve desde otro punto de vista, las expectativas cambian notablemente, ya que no se trata solamente de evaluar un conocimiento o uso de los anticonceptivos tomando como base otras situaciones de tiempo y desarrollo socio-cultural

sino que se debe analizar tomando como fundamento los cambios ocurridos actualmente en nuestro medio, considerando lo que ha dado en llamarse "revolución sexual de los jóvenes" (Le Shan, 1974).

Hay otros autores (Gispert, M. 1978, Fujita, A. Wagner, S. y Pion, E. 1971, Baldwin, W., 1980, Morquetan, A.C. 1972, Zelnik & Kantner, 1971), que postulan esta situación de una manera diferente, al decir que en la mayoría de los estudios realizados sobre conducta anticonceptiva en jóvenes solteros, se ha comprobado que generalmente el índice de uso de anticonceptivos en la primera relación sexual es bajo e inconsistente. Esto se ha extendido hasta llegar a decir que cuando se establece un patrón de uso, esto no siempre se refiere a métodos que cuentan con un alto grado de efectividad.

La proporción de jóvenes que en su primera relación sexual usaron algún anticonceptivo de tipo médico, como la píldora, el DIU, el preservativo junto con espermaticidas o el diafragma, muchas veces se encontró que estaba asociada con la edad de los sujetos al tener tal experiencia (Settlage, Fordney, Baroff & Copper, 1973, Baldwin, 1980, Zelnik & Kantner, 1979); A partir de esto se ha comprobado la hipótesis planteada por Bauman & Willson (1974-b) de que a mayor edad de los jóvenes al practicar su primer experiencia coital, mayor es la probabilidad que lleguen a usar un anticonceptivo eficaz.

Esto se encuentra determinado por factores totalmente ajenos a la influencia solamente de la edad, como se vio anteriormente, es producto del conocimiento que se tenga en materia de anticoncepción, esto resulta depender del nivel de educación sexual que tengan los jóvenes.

Schofield (1978) en Inglaterra reportó que tres cuartas partes de los jóvenes que habían tenido relaciones sexuales antes de casarse no habían empleado ninguna protección anticonceptiva, y que aquellos que llegaron a usarlos, en la mayoría de los casos recurrieron a métodos poco seguros. Igualmente en los Estados Unidos, Zelnik & Kantner (1976-1978) encontraron datos al respecto, con los que podían generalizar, diciendo que de los jóvenes sexualmente activos que existen, solo un 15 o 20% de ellos habían hecho uso de la anticoncepción en la primera vez que se relacionaron sexualmente y que muchos de los métodos empleados fueron el ritmo, el retiro, lavados vaginales, etc. Estos mismos autores reportaron en sus estudios las causas que en mayor proporción reportaban los jóvenes para no usar anticonceptivos en la primera relación sexual, algunas de las más sobresalientes eran las siguientes: primeramente, que la relación había sido imprevista, otros se refirieron a la dificultad de conseguirlos, otros por no conocerlos y un dato importante era el que decían las jovencitas adolescentes "que estaban muy chicas para embarazarse", porque tomaban como indicador la aparición de la menstruación, y a menos que apareciera,

ellas podían practicar el coito con mayor confianza.

Resulta interesante este tipo de respuestas, ya que si una adolescente considera la menarca (\*) como el periodo en el cual comienza su fecundidad, esto no resulta ser cierto, puesto que la ovulación puede ocurrir sin que necesariamente haya comenzado la menstruación.

Otras mas, reportaban que no usaban métodos porque sus relaciones las tenían "en los días del mes", periodo en el cual no podían quedar preñadas.

Un factor importante en la falta de empleo de anticonceptivos es el hecho de que, si una muchacha tiene relaciones sexuales sin usar ningun método, y no llega a embarazarse, ello implica que en el momento de la relación la mujer se encontraba en el periodo infertil de la ovulación. Todo esto conlleva a suponer que se está haciendo uso del método del ritmo; Los jóvenes solteros, usuarios o no de éste método, no siempre llegan a conocerlo suficientemente. Sin embargo, es reportado como un método bastante empleado, tanto en la primera experiencia sexual, como en las posteriores. La razón por la cual llega a ser tan empleado, puede obedecer a que con el uso de otro anticonceptivo, los jóvenes corren el riesgo de ser sorprendidos en casa, o les puede dar vergüenza solicitarlos en la farmacia, o pedirselo a un doctor, etc.

El método del ritmo, aparte de ser poco conocido y muy empleado, no se encuentra entre los altamente recomendados medicamente, ya que el grado de efectividad es del 85% unicamente. Así mismo el grado de falla aumenta

---

(\*) Aparición de la primera menstruación.

en las mujeres usuarias cuyos ciclos menstruales son irregulares.

Todo este panorama sobre el empleo, generalmente bajo, de técnicas anti-conceptivas, son un factor de predicción para considerar apartir de aquí el comportamiento en general, como una medida útil para encaminar los esfuerzos hacia el control de los padecimientos en este sector de población (Gispert, 1978).

Los factores que influyen como causas para la permisibilidad del uso de anticonceptivos, por lo general son los siguientes: la edad de los sujetos, la frecuencia coital, la cual depende de la relación afectiva que une a la pareja, el nivel educacional, el grado de religiosidad, nivel socio-económico y el rango en el status de vida (Litton Fox, 1977), para otros jóvenes influye en gran medida el medio ambiente en el que se desenvuelven como lo son los amigos y en cierta forma el acceso a fuentes de información y obtención adecuadas. Esto ha permitido que si los anticonceptivos no se encuentran al alcance de los jóvenes, ellos se verán forzados a emplear métodos improvisados poco efectivos, o tal vez no usarlos (Poole, 1976). Husslem (1974) describía el problema de la anticoncepción en los jóvenes postulando lo siguiente:

- a) Los jóvenes hoy en día tienen relaciones sexuales en un grado considerable.
- b) La anticoncepción es practicada injustificadamente, de manera poco efectiva, o en el último de los casos no se lleva a cabo.

- c) De cada 3 mujeres que han tenido relaciones sexuales antes de casarse, una de ellas se ha embarazado y la mayoría de estos embarazos terminan en aborto.

#### FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS.

Es notable el cambio que aparece en los jóvenes en cuanto al uso de anticonceptivos en la primera vez, y los que usan posteriormente, casi por lo general en las siguientes ocasiones recurren a métodos más confiables (Baldwin, 1980), lo cual indica que los jóvenes que continúan teniendo relaciones sexuales, si toman la precaución de protegerse más eficazmente que cuando la primera vez.

Ahora bien, resulta obvio que la frecuencia en el empleo de método se verá reducida también cuando la actividad sexual disminuya (Freeman, 1979, Zelnik & Kantner, 1979).

En un estudio realizado en los Estados Unidos por Fordney & Settlege (1973), encontraron que era mayor la frecuencia coital que reportaban tener las mujeres que la del uso de los anticonceptivos, descubriendo que se debía a que muchas de ellas usaban la píldora, quedando protegidas por un periodo de tiempo mayor de lo que lo hacen otros métodos (por ejemplo los espermaticidas).

Cuando a un joven sexualmente activo se le pregunta sobre cual es la frecuencia con la cual utiliza métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales, resulta



difícil que recuerde si en todas las que ha tenido los llegó a usar o no, mas que nada, se pregunta con el fin de ver si es que se preocupa o no por prevenir un embarazo, y si es que lo hace; en función de ello está el tipo de respuesta.

Se han reportado casos de uso de métodos con diferentes frecuencias y van desde aquellos que reportaron usarlos siempre, otros que solamente los usaban algunas veces, hasta aquellos que dijeron nunca haberlos usado (Alzate, 1978, Watchell & Taylor, 1968, Mc Cance & Hall, 1972, Zelnik & Kantner, 1978).

La frecuencia con la que los jóvenes solteros tienen relaciones sexuales debe ser más baja si se compara con la que deben tener las parejas de casados. Los jóvenes siempre tienen más obstáculos que les impiden, aparte de lo que sería la ausencia de una relación marital entre la pareja, otros factores que influyen notablemente son:

- a) Tener una pareja estable con la cual puedan tener relaciones sexuales libremente.
- b) Contar con tiempo y un lugar adecuado para ello.
- c) Disposición y aceptabilidad de ambos miembros de la pareja para usar un método determinado.

Otro factor que influye importantemente para mejorar la frecuencia de uso y el recurrir a métodos efectivos es la experiencia de un embarazo (Evans,

Selstand, Wetchel, 1976, Zelnik & Kantner, 1977), puesto que todo joven, de ambos sexos, que se ha visto involucrado en un problema de este tipo, toma a partir de entonces una actitud de mayor responsabilidad cuando vuelve a tener relaciones sexuales.

## II. 4. FUENTES DE OBTENCION DE ANTICONCEPTIVOS

La manera de obtener los métodos anticonceptivos no se restringe tan sólo al aspecto comercial de su compra, sino que de acuerdo a la variedad de ellos, existen formas diferentes de conseguirlos, dependiendo del método.

Existen aquellos métodos como la píldora, la amplia variedad de espermaticidas (cremas, jaleas, óvulos, espumas, etc), el condón y el diafragma, que se pueden conseguir en la farmacia o en algunas instituciones del sector salud, con amigos, etc. Asimismo hay otros que no se tienen que conseguir, son los métodos naturales: ritmo y el retiro (coitus interruptus) y los definitivos que requieren de la intervención quirúrgica: la vasectomía para el hombre y la salpingoclasia o ligadura de trompas para la mujer.

Las instituciones médicas juegan un papel importante como fuentes que pueden proveer de anticonceptivos a los jóvenes.

No se quiere decir con esto que se les debe dar anticonceptivos a cuanto joven los solicite, sino que deberían contar entre sus funciones con un servicio de orientación e información sobre aspectos generales de educación sexual, proporcionar cursos, charlas, consulta, etc. obviamente esta información no sería tan sólo acerca de la anticoncepción.

Obtener anticonceptivos a través de una clínica u hospital se torna más difícil para los jóvenes solteros que para los casados.

Existen, generalmente en los Estados Unidos, clínicas para atención a los adolescentes y los servicios comprenden desde principios básicos de salud, higiene, etc. hasta cursos específicos sobre educación sexual, abarcando

no solamente aspectos sobre fisiología de la reproducción, anticoncepción, etc. sino que se analizan aspectos sociales y repercusiones del embarazo premarital (Husslein, 1974).

Los problemas que generalmente enfrenta una institución cuando comienza un programa de orientación a los jóvenes, el cual incluye también la dotación de anticonceptivos; es el de conseguir un número considerable de aceptantes.

Esto se resolvía en la medida en que el programa operaba bajo ciertas condiciones de anonimato para evitar que se enteraran sus padres, éstas condiciones eran establecidas por ellos mismos y amenazaban con abandonar el programa si sus padres llegaban a enterarse que estaban haciendo uso de anticonceptivos (Lindeman, 1976).

Había algunos casos donde el padre sabía acerca de ello y los muchachos no mostraron inconveniente alguno, así como otros que sus padres les ayudaban a conseguirlos en las clínicas o con el médico de la familia (Torres, 1978) pero estos grupos en ningún caso llegaba a ser suficientemente grande.

Otro problema que se presentaba, era establecer una continuidad en los usuarios activos (edwards, 1980) y en este sentido eran consideradas importantemente aquellas mujeres usuarias de métodos como la píldora, el DIU o las inyecciones que sólo recurrían a los centros a revisión. Tietze & Lewit (1971) encontraron en sus estudios de seguimientos con sujetos de "high School" que en un 73% de usuarias del IUD, continuaban usándolo por espacio de un año y 50% de las usuarias de píldora. Cabe decirse que se trabaja de jovencitas menores de 19 años, lo cual muestra un panorama de aceptación y de efectividad de los programas.

Otras de las peticiones que hacían los jóvenes era que se les proporcionaran los mejores métodos anticonceptivos existentes y no que se les tratara como sujetos de investigación para probar la efectividad de un medicamento.

La petición fue aprobada y se aceptó ampliamente, tanto que en mayo de 1971 la Academia Americana de Pediatría, la Academia Americana de Medicina Familiar, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia acordaron lo siguiente:

1. Las mujeres solteras de cualquier edad cuya conducta sexual se exponga a una posible concepción, deben tener acceso a los métodos más efectivos de control natal.
2. Si un médico trabaja, ya sea sólo, en su grupo o clínica debe hacer libre ejercicio en cuanto a la prescripción de anticonceptivos y cambiar las barreras legales con las que se restringe tal prescripción.
3. Estas barreras deben cambiarse aún en el caso de un menor emancipado. Ya que un embarazo no debe ser el precio que ha de pagarse por una relación sexual, se deben hacer esfuerzos por acordar que sus padres se involucren en el caso.
4. Los servicios de anticoncepción deben ofrecer un amplio aspecto en consejo de apoyo que incluya también aspectos de salud mental y la prevención de enfermedades venéreas.
5. En todo esfuerzo por realizar los consejos de apoyo se debe incluir también a la pareja del solicitante (Poole, 1976).

A partir de entonces, las leyes y políticas se han liberalizado en lo que respecta a la atención de los grupos juveniles.

No fué sino hasta los inicios de la década de los setentas cuando se incrementó el número de jóvenes que obtenían los anticonceptivos a través de los servicios de las clínicas de planificación familiar. En 1972, medio millón de solicitantes mayores de 18 años fueron atendidos, esta cifra ascendió a 1.2 en 1976. Mientras que de los menores de esa edad aumentó de un cuarto de millón en 1972 a 0.5 millones en 1976 (Torres, 1978).

Del 20% de los jóvenes que eran atendidos durante 1971 en este tipo de clínicas o en los servicios privados, aumentó a un 54% en 1975 como producto de la aceptación y expansión de la atención anticonceptiva (Jojje & Dryfods, 1975), y para 1980 ya se habían cubierto 2 de los 4 millones de las jovencitas comprendidas entre 15 y 19 años que se encuentran expuestas a un embarazo (Baldwin, 1980).

Pero esta situación no duró por mucho tiempo y comenzaron los problemas para los adolescentes en la adquisición de anticonceptivos, cuando en New York (1977) la Suprema Corte de Justicia publicó un estatuto donde se prohibía la distribución de anticonceptivos y su prescripción a menores de 16 años.

Estas prohibiciones tuvieron repercusiones en todos los menores de esa edad que ya eran usuarios activos de métodos anticonceptivos; de esta manera el factor edad fué un problema porque también se estaban desprotegiendo a las mujeres casadas menores de 16 años, de las cuales existen en cierta proporción (Paul & Harreit, 1979).

Con la aparición de estas restricciones hubo muchas críticas a favor de tal decisión, evidentemente,provenían de asociaciones religiosas, de padres de familia, o de grupos moralistas.

No en todos los países se presentó esta situación, más aún hubo algunos autores que recomendaban hacer más énfasis en estudiar estos fenómenos. Schofield (1977) con su grupo de estudio en Inglaterra al enfrentarse al problema de proporcionar anticonceptivos a través de las instituciones, proponía algunos puntos de vista en los cuales se podía progresar grandemente, recomendando lo siguiente:

1. Reducir el espacio de tiempo entre la primera relación sexual y el uso por primera vez de un anticonceptivo.
2. Hacer énfasis en el papel que desempeña la pareja (hombre)
3. Mejorar la distribución y disponibilidad de anticonceptivos.
4. Reconsiderar el papel del médico.
5. Proporcionar un servicio libre.
6. Dar publicidad a los beneficios que supone para la comunidad.
7. Aumentar la investigación sociológica.
8. Integrar el servicio de control natal en una nueva política demográfica.

A pesar de las críticas que se les hagan a estas instituciones que prestan servicio a jóvenes, resultan ser indiscutibles las ventajas que tienen para ayudarlos en el momento en el cual en un embarazo les traerían terribles consecuencias, resulta asimismo importante hacer llegar a todos los jóvenes de diferentes niveles sociales el apoyo y orientación acerca de la sexualidad.

Algunos aspectos negativos que veían los usuarios de los programas fueron la causa de deserciones; la ocurrencia de un embarazo llegaba a ser un foco de atención para que muchos perdieran la motivación en la continuidad. En un estudio de seguimiento entre dos y cinco años Poole, (1976) encontró que el 2% de sus sujetos habían registrado un embarazo y a partir de entonces una baja posterior de continuidad del 50% en el uso de métodos. Otras causas de abandono eran las críticas de otras personas sobre las posibles repercusiones o efectos colaterales que les acarrearía el usar anti-conceptivos a su edad.

Litton Fox y Schofield (1977) coincidían al decir que la mayoría de los servicios de esta especie a los jóvenes se encontraban generalmente en las grandes ciudades y se descuidaba a aquellos que residían en los poblados. Y proponían que estas ventajas también se encontraran al alcance de los jóvenes del medio rural.

Esta generalización de los servicios anticonceptivos proporcionados por las instituciones a toda la población juvenil de diferente nivel urbano y rural no podía ser aplicable directamente a países como el nuestro, donde las necesidades de los jóvenes no son principalmente la falta de una fuente de dotación, sino que sus carencias principales son de carácter informativo y de orientación hacia la sexualidad, para que con ello logren derribar las barreras morales impuestas por los padres e influenciadas en gran medida por la iglesia hacia temas sexuales.

Es decir mientras no sea a través de un buen conducto como la escuela, -a pesar de los altibajos que ha tenido al intentar dar información sexual-, el sector salud con verdaderas campañas de promoción efectiva, u otras organizaciones sociales concientes de este fenómeno, de otra manera nunca se podrá motivar a los jóvenes para que reciban información sobre educación



sexual y resolver el problema de los embarazos premaritales, matrimonios a edades tempranas, así como el de las familias tan numerosas.

## II.5 INCIDENCIA DE EMBARAZOS Y ABORTOS.

El precio más caro que se ha de pagar por practicar las relaciones se -  
xuales antes del matrimonio es el embarazo; pero éste no visto desde el  
punto de vista ginecológico o de las implicaciones médicas de la aten -  
ción materno-infantil que requiere, sino que la gravedad consiste en la  
represión que ejerce todo el contexto social sobre las personas involu -  
cradas en el caso.

Los problemas sociales son de carácter familiar, moral, educacional, etc.  
etc.

La ocurrencia de un embarazo viene a traer una serie de problemas para  
la pareja adolescente que repercuten considerablemente en sus vidas. Al -  
gunas de las consecuencias en la mujer son las siguientes:

- 1) Desaprobación familiar en lugar de apoyo y orientación.
- 2) Una indecisión para tomar la iniciativa encaminada a solucionar el  
problema.
- 3) No comentar con alguien, salvo en el caso de alguna persona muy con -  
fidencial.
- 4) Miedo a comentarlo con otras gentes, incluso médicos para que la  
ayuden.

Son marcadamente notorias las limitaciones de oportunidades educativas  
y profesionales que se le presentan a una muchacha cuando llega a emba -  
razarse. El embarazo le ocurre a una edad y en una situación en la cual  
no se encuentra preparada para ello. Independientemente de las implica -

ciones médicas, a partir de ese momento comienzan las obligaciones y responsabilidades serias que tiene que asumir.

Cuando se decide continuar el embarazo, surgen a partir de entonces dos posibilidades: casarse con su pareja o ser madre soltera. Ambas situaciones son poco favorables y poco preparada se encuentra la futura madre para afrontar las situaciones.

En el primero de los casos, se dice que está asociado con una alta paridad y aumentan las posibilidades de llegar a divorciarse, así mismo una falta de atención adecuada a los hijos, etc. Mientras que en el segundo caso, la madre soltera tiene también restringidas las oportunidades educativas para ella así como para su futuro hijo; su situación de madre la limita para poder conseguir empleo y para desarrollarse profesionalmente.

La edad a la que ocurre el embarazo, resulta ser un indicador importante para analizar este fenómeno, puesto que si se observa el índice de embarazos que ocurren a edades tempranas resulta ser alto aunque cabría aclarar que la edad no necesariamente implica estado civil. Por ejemplo en agosto de 1981 el Dr. Vázquez Mejía del Hospital de Gineco-Obstetricia del IMSS en el D.F. reportó que el 10% de los embarazos atendidos correspondían a mujeres menores de 16 años.

Igualmente se hizo un estudio en el Centro Médico Nacional (IMSS) con 400 pacientes de 12 y 16 años atendidos por embarazo. El estudio fue de seguimiento desde mayo de 1961 a junio de 1965. Se encontró que el número de

pacientes atendidos con baja frecuencia de embarazo y la baja edad de la madre, no se deben a que sean escasos estos casos, sino más bien, es debido a la particularidad de la institución. El IMSS no presta servicios gineco-obstétricos a los beneficiarios hijos, si es que éstas no son directamente las aseguradas.

La frecuencia encontrada de 8.7 % de estos casos, se encuentra dentro de lo aceptado para los abortos espontáneos, sin embargo resulta elevado si se compara con el 4%, 4.7% y 5.8% de otros reportes de América Latina (Aznar, Bennet, 1961, Mussio, 1962, Aznar & Lara, 1967). Esto no resulta tan alarmante para verlo desde el contexto de los jóvenes solteros, puesto que si se compara esa proporción de embarazos con la edad a la cual las mujeres contraen matrimonio en las zonas urbanas (20 años) es de suponer que muchas de ellas tengan sus embarazos antes de los 16 años pero que sean casadas.

Los embarazos adolescentes resultan ser de un alto riesgo debido a que puede resultar un óbito (\*), un nacimiento prematuro, o la muerte temprana del infante, mientras que en la madre los trastornos más comunes pueden ser: anemia, toxemia, experiencias traumáticas y emocionales fuertes (Poole, 1976). Durante el parto y el puerperio, suelen ocurrir algunos problemas como: aumento en la frecuencia de la toxemia, sobre todo en las mujeres jóvenes, aumenta la dificultad del trabajo de parto. Estos partos tienden a ser prolongados (Bochner, 1962), también

---

(\*) Nacimiento de un hijo muerto.

existe un aumento en los nacimientos prematuros (Griggs,1962), así como un número alto de cesáreas a consecuencia de la estrechez pélvica (Arnot, Nelson, 1958, Bochner,1962).

Tietze (1978), a propuesto algunos puntos al respecto que son:

- a) La menor edad a la que ocurre un embarazo es a los 14 años.
- b) Más de una mujer inexperta, experimenta un embarazo por año de edad.
- c) La proporción de embarazos por mil mujeres sexualmente activas, en un año son independientes de las experiencias de los embarazos en años anteriores.
- d) La proporción de embarazos está reducida a la mitad cuando éste es el primero.

Esto no resulta tan alarmante si se ve desde el contexto de los jóvenes solteros, puesto que si se compara esa proporción de embarazos con la edad a la cual las mujeres contraen matrimonio en las zonas urbanas (en promedio a los 19 años)\* es de suponer que muchas de estas mujeres son casadas. Sin embargo, resta una proporción de las que si son madres solteras.

Un aspecto importante por aclarar es lo referente a la proporción de embarazos que no recurren a las instituciones públicas para atender sus partos . Más aún queda otro grupo importante que es el principal, no todos los embarazos terminan en nacimientos, ni mucho menos recurren a un hospital público, sino que la gran mayoría deciden suspender el embarazo antes que ocurra el nacimiento y lo practican lejos de la ayuda

---

\* Fuente: Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Anticonceptivos. Planificación Familiar, IMSS, 1979.

médica.

La ocurrencia de embarazos antes del matrimonio no es producto de lo - que han llamado "una revolución sexual", según lo han postulado algunos autores (Freeman, 1979, Stainfuf, 1979, Le Shan, 1974, Poole, 1976). Estos autores también coinciden en decir que el índice de embarazos premaritales está en aumento, así como el de nacimientos antes del matrimonio.

Las nuevas revoluciones culturales y cambios en las costumbres sociales han propiciado que surjan algunas consideraciones importantes:

- a) Hay una disminución en la edad de la menarca. Es decir, cada vez - aparece a una edad más temprana.
- b) Se incrementa la fertilidad en la adolescencia temprana, quedando - de esta manera la mujer expuesta a un período más largo de vida fértil. De esta manera se incrementan las oportunidades de concepción (Cutright, 1972), paralelo a ello se deja ver una práctica sexual muy importante como una llegada temprana a la madurez sexual (Freeman 1979).

Resulta evidente entender que un embarazo ocurre por no usar algún anti - conceptual. Lo que resulta aún más importante ver es que muchos de los embarazos de los jóvenes sucedían cuando se encontraban haciendo - uso de métodos. Watchell & Taylor (1968) encontraron que el 7% de las 1730 mujeres de su estudio se habían embarazado, esto sucedió a pesar - de que 269 de ellas habían reportado ser usuarias activas de anticoncep

tivos eficaces.

Según la frecuencia de uso de métodos Zelnitz & Kantner (1978) reportaron que 28% de los entrevistados habían tenido experiencias sexuales y de ellos el 58% nunca había utilizado métodos. En este mismo concepto de "nunca usuarios" Gispert (1978) encontró un índice del 68%.

Todo esto muestra un panorama de como es que aún usando anticonceptivos ocurren algunos embarazos por la falta de cuidado o por la ineficacia del empleo anticonceptivo.

La proporción tan alta de embarazos premaritales -680 mil se registran anualmente en los Estados Unidos (Torres, 1978)-, determina que se deben "tomar cartas en el asunto" para que se de una solución a prevenir ese fenómeno y en tal medida son los adolescentes precisamente quienes deben participar activamente. Puesto que se asocian algunos factores - que hacen que los jóvenes se incapaciten para buscar una solución al - ocurrirles un embarazo. Algunos se asocian entre la edad y el período de gestación y son:

- a) La inexperiencia de los jóvenes en el reconocimiento del embarazo.
- b) Falta de voluntad para aceptar la situación y buscar un tratamiento rápido.
- c) Desconocen las fuentes que los pueden ayudar y aconsejar.
- d) Vacilación para confiar en adultos que los orienten.
- e) Falta de recursos económicos para pagar los servicios del aborto.

- f) Las Leyes que no permiten a los menores obtener servicios médicos sin el consentimiento paterno (Tietze & Murstein, 1978).

#### EL ABORTO PREMARITAL

El aborto es uno de los temas de mayor controversia y de lo mas proclamado hoy en día. Ha sido punto de discusión a nivel político, social y religioso. Los debates han sido hacia la posible legalización de su libre práctica, con lo cual ha despertado inquietudes de gentes que están a favor de tal determinación mientras que otras reprueban esa decisión.

No ha sido tampoco hasta últimas fechas cuando se han hecho discusiones serias a nivel de partidos políticos. Pero la razón es que mientras suceden estas cosas, el aborto se sigue practicando en nuestro país en forma alarmante. Se aprecia que anualmente ocurren alrededor de un millón de abortos en todo el país.

Dada esta aproximación de su ocurrencia, también se desconoce cual es el porcentaje que corresponde al aborto premarital dada la clandestinidad con las que se lleva acabo.

La mayoría de las mujeres que recurren a un aborto no son las solteras que quieren evadir la responsabilidad de ser madres, sino que son precisamente las mujeres casadas quienes lo practican mayormente. Un aborto no repercute tanto en una familia, como lo puede ser el nacimiento de un hijo no planeado.



Es importante dar a conocer algunos puntos que han influido en la polémica hacia la posible legalización. Tomando el punto de vista de la religión cristiana en nuestro país, se ha dicho que: "Provocar el aborto y por lo mismo legalizarlo es un atentado contra la dignidad de la persona, es algo totalmente opuesto a la naturaleza humana, es antisocial e inhumano, es una acción cobarde contra un inocente que no tiene posibilidad de defenderse (Luis Reynoso C., Obispo Aux. de Monterrey, N.L. 1978).

La prohibición social, moral, legal y religiosa del aborto hacer que su práctica se realice a través de procedimientos más variados y menos adecuados que ponen en peligro, en la mayoría de los casos, la vida de la misma mujer. Si a la mujer se le concede el derecho de decidir sobre su vida y sobre la de su hijo, mientras éste se encuentre en su vientre. ¿puede negársele el mismo derecho con respecto al hijo que está fuera de su seno? ¿por que tomar acción contra el efecto y no contra la causa que le dió origen? ¿por que esperar a que se presente el "embarazo indeseado", cuando puede este oportunamente evitarse?. ¿por que poner en peligro la salud física y psíquica de la mujer con la interrupción de un embarazo, si este puede prevenirse? ¿por que insistir en que la sociedad amplie su criterio, modifique sus patrones y acepte abiertamente lo que nunca ha admitido? habiendo alternativas en las que no se atenta contra la vida en proceso de desarrollo? (Barbabosa, 1978).

Con el fin de aclarar un poco lo que sucede desde el punto de vista de la

atención médica para los problemas del aborto, se describen a continuación algunos datos de los casos de aborto atendidos en servicios de hospitalización. Se dice que el número de casos de hospitalización por aborto atendidos en México durante 1970 fueron los siguientes:

IMSS	70,457
SERVICIO PARTICULAR	17,299
S.S.A.	15,945
ISSSTE	2,456
OTROS	<u>12,907</u>
TOTAL	119,064*

Este dato constituye tan solo aproximadamente un 3.5% de los abortos ocurridos en la población en general.

Esta proporción con la cual se acude a los servicios médicos asistenciales es solamente en los casos extremos en que con anterioridad ya se habían hecho intentos de desalojar el contenido uterino.

El enorme resto de ellos, corresponden a los que se practican clandestinamente y entre estos se encuentran también los que practican las muchachas solteras.

---

\* Fuente: Memoria Estadística, IMSS 1971 ( Estadística de Servicios Médicos y de Salud, D.G. & S.I.C., 1973).

En otros países la incidencia de abortos premaritales es altamente considerable también, por ejemplo del total de los abortos ocurridos en Gran Bretaña, Escocia y Suecia, la cuarta parte correspondieron a jóvenes solteros. En Estados Unidos y Canadá la tercera parte correspondió también a esta categoría (Hunt,1976).

En un hospital de Bangkok entre 1968 y 1974 más de la tercera parte de las pacientes solteras atendidas por aborto eran menores de 20 años. Otro dato más dramático al respecto fue el encontrado en Nigeria, donde un 90% de las pacientes atendidas por aborto eran solteras (Akingha, 1974).

En la población inglesa que Schofield (1976) entrevistó, preguntaba a las mujeres casadas, si se habían embarazado alguna vez cuando solteras, o a las solteras; si ya lo habían hecho. A los varones: si alguna vez habían embarazado a alguna muchacha; a lo que contestaron que preferían no comentar nada al respecto, sobre algo que a muchos les debió haber angustiado en gran manera; aún así, encontró que 32 mujeres (20%) y 34 hombres (16%) confesaron que sí se habían visto envueltos en un embarazo antes de casarse; a 14 de ellos les sucedió más de una vez. En total de las 66 mujeres y un hombre se registraron 85 embarazos, a 10 de ellos les había ocurrido dos veces, a tres, en tres ocasiones y a una en cuatro. A pesar de que lo consideraban terrible y vergonzoso, suponían los sujetos que en las generaciones siguientes no sucedía igual. Cosa que no es así

se dice que ocurre un embarazo premarital en una de cada cinco familias en todo el país. Lo que si varía considerablemente es el fin del embarazo. Algunas de las decisiones que toman las embarazadas son:

	H	M	Total
Casarse con su pareja	11	17	28
Casarse con otra persona	0	1	1
Quedarse solas con el niño	3	1	4
Dar al hijo para adopción	1	1	2
No sabe (?)	2	0	2
Recurrir al aborto	17	12	29
			<hr/>
		TOTAL	66

Algunas veces se ha argumentado que las leyes de la liberación del aborto encubre su uso como un sustituto de la anticoncepción (Baldwin, 1980). Aunque la joven mantenga una actitud favorable hacia el aborto el miedo al embarazo sigue siendo un concepto real, no hay evidencia al suponer que muchas mujeres sexualmente activas deseen embarazarse y utilizar el aborto como un sustituto fácil a la anticoncepción (Herold, 1978), aunque en muchos casos se diga lo contrario, dado la información con que cuentan los jóvenes hacia el control de la natalidad.

En cuanto a las repercusiones sustentadas en las mujeres jóvenes que

experimentan un aborto, se hizo un estudio en el que se esperaba encontrar un índice remarcado en la depresión, deterioro de la imagen femenina, conflicto consigo misma, sentimientos de culpa, etc. Los resultados finales indicaron todo lo contrario, que se encontraban tan sanas mentalmente como antes de ocurrir el aborto (Gispert, 1978).

Esto resulta interesante, puesto que son síntomas que sí pueden presentarse sobre todo en aquellas cuyo status socio-familiar sea diferente a las del estudio. Esto repercute mayormente cuando los padres no apoyan a la muchacha y otras presiones psicológicas están presentes.

Al presentar estos datos sobre la ocurrencia de embarazos y abortos en los jóvenes solteros, es evidente la importancia de que se les debe proporcionar los conocimientos que necesitan sobre métodos anticonceptivos, así como también ponerlos a su alcance y puedan hacer uso de ellos abiertamente.

Como se ha visto, se trata de un problema, que a corto plazo requiere de una acción rápida y conforme al paso del tiempo, un cambio fundamental de actitud para asumir los valores implícitos en el empleo de anticonceptivos siempre que los jóvenes manifiesten su comportamiento sexual.

### III. INVESTIGACION.

#### III.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Debido a los factores culturales que prevalecen en nuestro medio y que influyen como agentes de cambio en el proceso de desarrollo social, algunos de ellos tales como: las oportunidades de alcanzar un nivel edu - cacional mediano o alto, el pertenecer a cierto estrato socio-económico con un mayor poder adquisitivo, etc.; cobran gran importancia en la - adquisición de fuentes o medios de información para lograr una adapta - ción adecuada al proceso de desarrollo cultural.

Dentro del terreno de la educación, la de tipo sexual es un ejemplo re - levante en este contexto.

El embarazo premarital; por mencionar sólo uno de los problemas que - ocurren a consecuencia de una educación sexual deficiente, es el resul - tado de toda una serie de carencias y desajustes que muchas veces parecen ser característicos en un medio social con un nivel de desarrollo como - el que prevalece en nuestro país. Esto constituye un problema serio - hoy en día, no tan sólo cuando se analiza desde el punto de vista del - embarazo en sí, o en el aspecto materno infantil, sino en cuanto a sus repercusiones principalmente de carácter social, con la familia, en la escuela, etc.

Resulta muchas veces obvio llegar a suponer o a predecir las consecuen -

cias que implican las relaciones sexuales a una edad en la cual no se cuenta aún con un conocimiento amplio sobre los riesgos que implica la ocurrencia de un embarazo de esta naturaleza.

Y es precisamente el embarazo premarital la causa que mayormente influye como obstáculo para que muchos jóvenes, principalmente las mujeres - prefieran no tener relaciones sexuales antes de llegar al matrimonio.

Hay algunos autores (Reiss, 1976, Steinlaf, 1979, Jodson & Landis, 1950, Corney, 1975) quienes postulan que, así como va aumentando día con día - el número de adolescentes que incurren en un embarazo indeseado, igualmente se está considerando alto el índice de ellos que conocen acerca - de la anticoncepción.

Aún así, estos jóvenes deben conocer de métodos anticonceptivos antes - de poner en práctica su conducta sexual y de esta manera adquirir una - protección sobre el embarazo desde la primera experiencia de coito.

Ha sido evidente que la disponibilidad de los servicios anticonceptivos estimula a los jóvenes a llevar a cabo las relaciones sexuales y es - frecuentemente demandado que sin anticonceptivos el miedo al embarazo - puede actuar como un impedimento para realizar estas prácticas.

La aceptación de la anticoncepción en los jóvenes solteros tiene la ven - taja de que les permite disfrutar de su conducta sexual bajo un margen

amplio de seguridad. Esto puede ser además un indicador altamente con fiable para la formación de una actitud de responsabilidad en la planea ción de la familia.

Así pues, ya que los niveles de edad, los estratos socio-económicos y el grado educacional, entre otros, son algunos de los factores que de terminan el comportamiento sexual de los jóvenes solteros, igualmente estos conceptos influyen en la toma de decisión para el uso de alguna protección anticonceptiva que les permita prevenir un embarazo indeseado.

Tomando en consideración las características de la población soltera de nuestro medio y comprendiendo la influencia de factores sociales tales como la familia, las normas morales y religiosos, el contexto cultural y económico, etc. que participan en la formación de actitudes hacia la sexualidad, resulta importante poder saber cuál es el grado de conocimiento que los jóvenes universitarios solteros manejan acerca de la anticoncepción. Igualmente, dado ese conocimiento, cuál es la proporción de ellos que han hecho uso de métodos para evitar el embarazo, la frecuencia con que lo hacen considerando su actividad sexual y la incidencia de embarazos y abortos registrada en esta población estudiantil.

### III.2 DISEÑO DE INVESTIGACION.

Un diseño de investigación es un plan o estructura sobre la cual se en-



marca y se establece la "forma o manera" en la cual se efectuará la investigación.

El diseño utilizado para este trabajo corresponde a un diseño de más - de dos muestras independientes. Las variables que tienen en común las cuatro muestras eran el sexo y la edad de los sujetos.

### III.3 VARIABLES.

#### Independientes o Controladas.

- Edad
- Sexo
- Escuela

#### Dependientes.

- Conocimiento de anticonceptivos
- Uso de anticonceptivos
- Incidencia de embarazos

#### DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.

- Edad. La edad de los sujetos estuvo comprendida entre 19 y 23 años con diferencias en espacio de un año.

- Sexo. Hombres y mujeres.

- Conocimiento de anticonceptivos.

Se tomó como parámetro únicamente la cantidad de métodos que conocieran, o que al menos hubieran oído hablar de ellos, el número máximo fue de once(11) siendo los siguientes:

Abstinencia temporal o ritmo, preservativo (condón), anovulatorios: píldora y la inyección, dispositivo intrauterino (DIU), diafragma, espermaticidas (óvulos, cremas, espumas, etc.), coitus interruptus (retiro), lavados vaginales, vasectomía, oclusión tubaria (ligaduras de trompas o salpingoclasia).

- Uso de Anticonceptivos.

Considerando su conducta sexual en los últimos 6 meses a la fecha de la entrevista, la frecuencia de uso se clasificó de la siguiente manera:

Las que contestaron haberlos usado "siempre" (correspondiendo al 100% de las veces), los que usaron "casi siempre" (75% de las veces), "la mitad de las veces" (50%), quienes dijeron que "casi nunca"(25%) y aquellos que reportaron "nunca haberlos usado" (0%).

En este sentido no se consideró el método empleado, sólo se pretendía saber quienes establecían o no un patrón

fijo de uso como medida para evitar el embarazo.

- Incidencia de Embarazos.

El índice de embarazos ocurridos estuvo en función de quienes reportaron haberse visto involucrados al menos una vez en una situación de este tipo.

#### III.4 POBLACION DE ESTUDIO.

El objetivo inicialmente planteado de la investigación era entrevistar a 1,200 alumnos de la generación 1979-1980 correspondientes a 300 de cada escuela, 30 de cada edad de 19 a 23 años, según el sexo.

Se tomó el rango de edad de 19 a 23 años como el período de vida universitaria considerado teóricamente, aplicado indiferentemente para hombres y mujeres.

Se pretendía tomar una facultad de cada una de las áreas de estudio de la UNAM, sin embargo, sólo se consiguió permiso en las Facultades de Psicología, Medicina, Arquitectura y Contabilidad y Administración.

No se pretende con esta investigación, generalizar los resultados obtenidos a toda la población estudiantil universitaria, sino que sólo se trata de hacer un análisis descriptivo de casos.

La distribución de la muestra fue la siguiente:

EDAD	PSICOLOGIA		MEDICINA		ARQUITECTURA		CONT.Y ADMON.		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	
19	30	30	30	30	30	30	30	30	240
20	30	30	30	30	30	30	30	30	240
21	30	30	30	30	30	30	30	30	240
22	30	30	30	30	28*	23*	30	30	231
23	30	30	30	30	30	26*	30	24*	230
TOTAL	150	150	150	150	148*	139*	150	146*	1,181

### III.5 INSTRUMENTO DE EVALUACION.

Para la recopilación de los datos se elaboró un cuestionario que contiene 35 preguntas en total. Algunas adicionales a la conducta sexual y anticonceptiva, se refieren a datos generales, espectativos para su futura familia, y actitudes y opiniones hacia la Planificación Familiar. Aprovechando este último concepto para invitar a los sujetos a participar en la encuesta (ver procedimiento).

Las aplicaciones del cuestionario se hacían en cada Facultad, en los pasillos, jardines, salones de clase cuando se encontraban desocupados etc.

---

\* No se completaron las cantidades acordadas en estas edades, por motivo de que al final de la encuesta se encontraban ya en exámenes, y el participar les quitaba tiempo para estudiar.

Inicialmente se efectuaron 25 aplicaciones para probar el cuestionario y hacerle las respectivas correcciones. Las modificaciones que se le hicieron fueron las siguientes:

- a) Hacer todas las preguntas en forma cerrada.
- b) Incluir una pregunta sobre el uso de anticonceptivos en la última relación sexual en aquellos que reportaban tener más de una.

Estos casos no fueron incluidos en el total de la población, tampoco en el análisis final.

#### III.6 PROCEDIMIENTO.

El levantamiento de la encuesta se llevó a cabo contando con la colaboración de tres psicólogos: dos mujeres y un hombre, que se encargaron de la aplicación de los cuestionarios en todas las facultades.

Estas personas se presentaban en las facultades y a grupos de jóvenes se les invitaba a participar en un estudio sobre "planificación familiar".

Se utilizó este concepto porque en la prueba piloto se encontró que al decirles que se trataba de la conducta sexual les provocaba incomodidad y se reusaban a participar.

El cuestionario era entregado para ser llenado sólo por aquellos jóvenes que fueran estudiantes del plantel, cuyas edades estuvieran comprendidas en el rango acordado. Igualmente se les informaba que las dudas que

tuvieran al respecto podían consultarlas con las personas encargadas de la encuesta y no hacer comentarios con sus compañeros mientras llenaban el cuestionario.

Cuando por razones, generalmente de tiempo, algún sujeto reportaba que tardaría mucho en contestarlo, uno de los encuestadores llenaba el cuestionario a la vez que le iba haciendo las preguntas al sujeto.

El tiempo aproximado que se requería para el llenado del cuestionario - fue de 5 a 8 minutos cuando el entrevistador lo hacía y de 10 a 6 cuando era en forma autoaplicada.

### III.7 TRATAMIENTO ESTADISTICO.

Dadas las características del diseño de investigación utilizado, se analizaron las diferencias significativas entre las variables dependientes e independientes.

Para ello se utilizó la prueba estadística  $X^2$  (chi cuadrada) y las diferencias de proporciones utilizando calificaciones "Z", se consideró un nivel de significancia del 0.05 como grado de error aceptado.

Asimismo se describieron algunos datos en base a medidas de tendencia central como la media(promedios), además de proporciones en porcentajes.

#### IV. RESULTADOS.

En cuanto al conocimiento sobre la anticoncepción, se les preguntaba a los jóvenes cuántos métodos conocían sobre el control natal, utilizando para ello once métodos (Ver Cap. II.1) como parámetro del máximo conocimiento.

Cabe aclararse que no son los únicos métodos anticonceptivos que existen, pero sí son los más conocidos ordinariamente.

En el Cuadro No. 1 se describe la cantidad de métodos conocidos por hombres y mujeres de cada escuela. Se puede observar asimismo, que solamente un caso en Medicina que reportaron conocer únicamente 3 y 5 métodos, fué a partir del 6 donde casi todas las frecuencias se registraron.

Si se analizan los promedios de anticonceptivos conocidos por escuela, aparece Medicina con el más alto (10.5) mientras que la escuela de Arquitectura únicamente registró 5.6, es decir, la diferencia fué de 5 métodos aproximadamente, al analizar estadísticamente estas dos escuelas, la diferencia de proporciones resultó ser la más alta (11.77) lo cual indica una diferencia bastante significativa en los sujetos que conocían más de la media (8.2).

Por otro lado, la escuela de Psicología, fué la que registró un conocimiento más próximo al de Medicina, la diferencia en las proporciones de los que rebasaron la media no fué significativa según la prueba estadística ( $Z = -1.71$ ).

De acuerdo a esto podría hacerse una división por escuelas: Medicina y Psicología como las escuelas que manejan un mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

Desde otro punto de vista, los hombres llegaron a conocer tanto como las mujeres, los promedios de 8.3 para los hombres y 8.1 para las mujeres no fueron significativos.

El Cuadro No. 2, describe también el conocimiento solo que según la edad de los sujetos. Y al igual que el Cuadro anterior, se analizaron los que conocían más del promedio. En este sentido la relación inter-edades no fué significativa en ningún caso, los promedios de métodos conocidos fueron desde 7.9 para el caso de los más jóvenes de 19 años hasta 8.7 para los de 23, esta diferencia de casi un método no fué significativa.

La Gráfica No. 1, muestra las fuentes de información a través de las cuales se ha obtenido el conocimiento anticonceptivo. Se esperaba que la gráfica correspondiente a los amigos fuera la más alta, al



menos en los hombres, cosa que no fué así. Se puede concluir de estos datos que la información la consiguen los jóvenes por su propia cuenta, es decir recurriendo a libros o revistas. Cabe hacer notar el dato de "maestros" que se encuentra también elevado, correspondió a que muchos alumnos, principalmente de Medicina reportaban que sus maestros les impartían clases al respecto.

Otro dato que resulta importante ver es que la "madre" también informa en 10% aproximadamente, pero esto es a los hijos. Spanier (1976) decía que por lo general esta información que otorga la madre a su hijo adolescente se refiere principalmente a la menstruación en la mayoría de los casos.

El Cuadro No. 3 muestra a los sujetos que habían tenido relaciones sexuales hasta el momento de la entrevista, se describe según la escuela y por sexo.

Nuevamente haciendo uso de los valores "Z" como prueba estadística, se encontraron diferencias significativas en las relaciones de la escuela de Psicología con las otras facultades, el resto de las escuelas no se mostraron significativamente diferentes.

Otro dato importante en este sentido es que fué más del 50% la proporción de los que habían tenido relaciones sexuales (657), tal

vez esto era de esperarse, dada la avanzada edad de los jóvenes, si se comparan con otros estudios donde este índice no llega a la mitad de la población (Torres, 1978).

En la Gráfica No. 2, se ven las curvas de hombres y mujeres mostrando la edad a la cual tuvieron su primera relación sexual. Los hombres comenzaron desde los 12 años, un 1% más o menos, mientras que las mujeres lo hicieron 2 años más tarde. El punto de ocurrencia máxima para los hombres fué a los 17 años y para las mujeres a los 19, en términos generales se puede decir que los dos años que las separan de los hombres lo mantienen siempre.

Las curvas igualmente tienden a una curva normal.

En la Gráfica No. 3 se encuentran los mismos datos anteriores, sólo que en datos acumulativos. Se ve por ejemplo que a los 17 años los hombres han tenido relaciones sexuales más del 60%, mientras que a esa edad en las mujeres sólo se registró un escaso 20%. A los 19 años casi todos los muchachos ya han tenido una relación sexual y en las mujeres apenas han pasado el 60%.

La Gráfica No. 4 muestra los métodos anticonceptivos usados en la primera relación sexual, así como la proporción de usuarios de cada método. Se puede observar claramente que tanto hombres como muje-

res son grandes usuarios del ritmo. Como era de esperarse ninguna mujer había reportado el uso del dispositivo intrauterino (DIU), mientras que los hombres reportaron en un 3% aproximado que su pareja usaba este método.

Los métodos inseguros como el retiro y los lavados también aparecieron como usados en la primera experiencia de coito.

Tomando como parámetro de vida sexual activa, los últimos 6 meses a la fecha de entrevista, se les preguntaba a los sujetos sobre la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos, considerando la proporción de relaciones sexuales que habían experimentado en ese período.

Resulta importante analizar la frecuencia en el uso de anticonceptivos más que nada con el fin de ver quienes tomaban la precaución de usarlos.

Las respuestas que podían reportar eran "siempre", correspondiendo a que en el 100% de las veces que se involucraban sexualmente buscaban la protección de un método para evitar el embarazo. "Casi siempre" correspondía a un 75%, "La mitad de las veces" se refiere a usarlos en el 50%. "Casi nunca" a quienes los usaban más o menos en un 25%, y finalmente quienes decían "nunca" era un 0%, otra po-

sible respuesta fué "No se si mi pareja use" la cual operaba únicamente en el caso de los hombres, puesto que una mujer puede necesariamente enterarse si su pareja (hombre) use o no, mientras que el hombre no necesariamente se puede enterar si usa su pareja algún método.

Se analizaron estadísticamente las proporciones de los "siempre" usuarios contra aquellos que dijeron "nunca" usarlos. Cuando se compararon por escuela, PSIC-ADMON, MED-ARQ., y MED-ADMON, mostraron diferencias significativas tanto en las proporciones de "siempre" como en las de "nunca". Esto también se registró diferente para el análisis por sexo. En todos estos casos se rebasó el valor de "Z" ( $-1.96 < Z < 1.96$ ). (Ver Cuadro No. 4).

Comparando estas frecuencias por edad de los sujetos, se analizaron en la frecuencia "siempre" el valor más alto con el más bajo, encontrando que no existía diferencia significativa, esto fué para el caso de los de 19 y 23 años (Ver Cuadro No. 5), resultando una  $Z = 0.09$ . En la frecuencia de "nunca", la más alta fué en 23 años y la más baja en 22, el valor de la "Z" fué de  $-0.12$ . Para el resto de las proporciones intermedias tampoco fueron diferentes notablemente.

Resulta obvio que la frecuencia en el uso de métodos va a estar amplia

mente determinada por el índice de relaciones sexuales que experimenten los sujetos, en este sentido se describen en el Cuadro No. 6 los promedios de relaciones sexuales experimentados en los últimos 6 meses.

Los promedios se pueden analizar de la siguiente manera: El promedio total general de relaciones sexuales fué de 15 por escuela, 60 para la muestra total, 12 para los hombres y 18 para las mujeres por escuela. En general 48 para hombres y 72 para mujeres.

Psicología con un promedio de 20.5, correspondieron 27 a las mujeres que fué la frecuencia más alta por muestra de escuela y sexo, no siendo así para los hombres de Administración que sólo registraron 9 relaciones.

Esto resulta ser un indicador importante para revisar la frecuencia en el uso de métodos, ya que establece un criterio para ver si es coherente la frecuencia de "siempre" usuarios con la incidencia de prácticas sexuales.

La Gráfica No. 5 describe los anticonceptivos más usados en los últimos 6 meses.

Es importante hacer notar nuevamente la alta ocurrencia en el uso

mente determinada por el índice de relaciones sexuales que experimenten los sujetos, en este sentido se describen en el Cuadro No. 6 los promedios de relaciones sexuales experimentados en los últimos 6 meses.

Los promedios se pueden analizar de la siguiente manera: El promedio total general de relaciones sexuales fue de 15 por escuela, 60 para la muestra total, 12 para los hombres y 18 para las mujeres por escuela. En general 48 para hombres y 72 para mujeres.

Psicología con un promedio de 20.5, correspondieron 27 a las mujeres que fue la frecuencia más alta por muestra de escuela y sexo, no siendo así para los hombres de Administración que sólo registraron 9 relaciones.

Esto resulta ser un indicador importante para revisar la frecuencia en el uso de métodos, ya que establece un criterio para ver si es coherente la frecuencia de "siempre" usuarios con la incidencia de prácticas sexuales.

La Gráfica No. 5 describe los anticonceptivos más usados en los últimos 6 meses.

Es importante hacer notar nuevamente la alta ocurrencia en el uso

del ritmo, sin embargo los hormonales aquí ya cobran gran importancia. El método del "coitus interruptus" o retiro se continúa usando, y para este entonces el dispositivo ya aparece usado por las mujeres entrevistadas, aunque solamente en casi un 10%.

La creciente actividad sexual resulta ser un buen indicador para determinar tanto el uso posible de un anticonceptivo, el establecimiento de un patrón fijo de uso, así como analizar la ocurrencia de un embarazo. Sin embargo en este último término, la situación no es necesariamente cierta, puesto que la alta frecuencia de relaciones sexuales no implica necesariamente un aumento en el número de embarazos, esto se puede demostrar en los resultados obtenidos en el Cuadro No. 7, donde se puede ver por ejemplo que la escuela de Psicología al registrar el más alto índice de relaciones sexuales, no fué la que obtuvo el más alto de embarazos. Esto debería implicar que si en Administración se hubiese registrado una tasa de relaciones sexuales tan alta como Psicología aumentarían los embarazos considerablemente.

A excepción de PSIC-MED en la relación por facultades, todas las demás mostraron un valor de "2" mayor, indicando una significativa diferencia.

Los embarazos ocurridos, al analizarlos por sexo, es notorio ver

que la mayor ocurrencia de ellos fué en los hombres de Administración obteniendo un 88.5% del total de los ocurridos en esa escuela. Otra escuela con una situación parecida fué la de Medicina registrando 23 de los 31 de esa escuela, correspondiendo a un 74%. (Ver Cuadro No. 8).

Estadísticamente se demostró que la diferencia entre sexos fue significativamente diferente para el caso de MEDICINA Y ADMINISTRACION, así como para el caso general de hombres y mujeres.

Finalmente las variables principales por comparar fueron el sexo, la edad y escuela, con el conocimiento de anticonceptivos, su uso y la incidencia de embarazos. (Cuadro No. 9).

El cuadro principal fué este en que se muestran estas relaciones; utilizando la prueba estadística  $\chi^2$ , se encontró que no hubo diferencias significativas en el conocimiento de los métodos para evitar el embarazo entre hombres y mujeres como ya se había analizado inicialmente en el Cuadro No. 1.

Otro dato que no fué diferente fué el conocimiento de los métodos por edad, igualmente el uso también por edad.

Fueron únicamente las únicas tres combinaciones entre variables que no fueron significativamente diferentes, todo el resto sí lo fué.



que la mayor ocurrencia de ellos fue en los hombres de Administración obteniendo un 88.5 % del total de los ocurridos en esa escuela. Otra escuela con una situación parecida fue la de Medicina registrando 23 de los 31 de esa escuela, correspondiendo a un 74%. (Ver Cuadro No. 8).

Estadísticamente se demostró que la diferencia entre sexos fue signi-ficativamente diferente para el caso de MEDICINA Y ADMINISTRACION, así como para el caso general de hombres y mujeres.

Finalmente las variables principales por comparar fueron el sexo, la edad y escuela, con el conocimiento de anticonceptivos, su uso y la incidencia de embarazos (Cuadro No.9).

El cuadro principal fue éste en que se muestran estas relaciones; utilizando la prueba estadística  $\chi^2$ , se encontró que no hubo diferencias significativas en el conocimiento de los métodos para evitar el embarazo entre hombres y mujeres como ya se había analizado inicialmente en el Cuadro No. 1.

Otro dato que no fue diferente fue el conocimiento de los métodos por edad, igualmente el uso también por edad.

Fueron únicamente las únicas tres combinaciones entre variables que no fueron significativamente diferentes, todo el resto sí lo fue.

Los valores de las pruebas estadísticas aparecen en la matriz general de variables (Cuadro No. 9) correspondiendo al valor de  $\chi^2$ , a los grados de libertad y el de la probabilidad.

Los valores de las pruebas estadísticas aparecen en la matriz general de variables (Cuadro No. 9) correspondiendo al valor de  $X^2$ , a los grados de libertad y el de la probabilidad.

## V. CONCLUSIONES Y DISCUSION.

Las fuentes de obtención de información sobre temas acerca de la sexualidad a las que por lo general se tiene acceso en nuestro medio, han sido casi en la mayoría de los casos de poca efectividad y con un grado de contenido muy pobre, casi siempre referido a pláticas de amigos, lectura de revistas pornográficas o películas del mismo fin: Las fuentes de mayor confiabilidad como lo son los profesionales de la salud en cuanto a una orientación adecuada, los libros formales del tema, etc., no siempre se encuentran disponibles o al alcance de la población en general que necesita de estos servicios.

Los adolescentes son un sector de la población que demandan en forma prioritaria, una orientación e información acerca de lo que verdaderamente deben saber acerca del sexo.

El nivel educacional es una variable que influye sobremanera en la adquisición de una buena información hacia la educación sexual, resulta obvio que los jóvenes que asisten a centros escolares de nivel superior tienen una mayor oportunidad de recibir una enseñanza que les permita tener un panorama más claro y amplio sobre sexualidad humana. Todo esto comparado con los que no gozan de las mismas oportunidades de estudio, este es un ejemplo que en nuestro país se

presenta en forma muy marcada dadas las diferencias socioeconómicas de la población.

Aunque al parecer, según los resultados obtenidos en este estudio, se puede ver que no es tan amplio el conocimiento que los universitarios manejan, aunque no hay una comparación evidente con otras poblaciones de jóvenes con niveles de escolaridad inferior.

Las restricciones sociales, generalmente de carácter moral, son adversas para los jóvenes cuando intentan buscar ayuda al respecto como se ha visto en el presente estudio, la participación de fuentes primarias como lo son los padres es muy escasa, aparecen entre aquellas menos frecuentadas, cuando deberían de ser las que con mayor índice de consulta aparecieran, esto deja ver en cierta forma la evidente carestía de conocimiento de los padres hacia el sexo, por un lado y por el otro, la presión moral y de culpa que guardan al intentar dar información de este tipo a sus hijos.

Esto permite que los jóvenes busquen información en forma autodidacta, acudiendo a libros y revistas cuyo contenido en el terreno sexual es poco profundo, con un enfoque más bien pornográfico y comercial, en lugar de orientarlos con datos científicos y confiables.

Cuando las fuentes literarias son las más adecuadas, no basta tan sólo con su lectura, sino que esta debe ir acompañada del apoyo y orientación de un profesional.

Resulta ya conocido por todos, que las fuentes de las que casi siempre se adquiere información son los amigos, aunque por lo regular esta adquisición de conocimientos es de carácter "informal".

Como fuente "formal" sobre educación sexual, ya lo mencionaba Spancer (1976), es aquella información que proporciona un profesional de la salud o incluso dentro de un plantel educativo, la que imparte un maestro que esté preparado para tal tarea, esto debe estar comprendido incluso en el contenido curricular de las materias de biología, salud mental, etc.

Como variable que influye en el conocimiento de la anticoncepción al parecer si es importante el hecho de que se estudie una carrera determinada, como en este caso Medicina, puesto que sí es alto el nivel en el cual dominan el tema del control natal los estudiantes de esta carrera. No se pretende decir que sólo quien estudia anticoncepción sepa acerca de ella, porque también existen personas que tienen un conocimiento adecuado de los métodos solo que lo han aprendido a través de la práctica, como ejemplo de ello están las mujeres casadas en edad reproductiva altamente usuarias de

anticonceptivos.

El nivel de conocimiento del tema se encuentra en función de los factores que determinan su accesibilidad, desde el punto de vista educativo. Existen países, entre ellos Holanda, donde a los niños desde los niveles escolares más bajos o elementales se les imparte materias sobre fisiología de la reproducción, educación sexual, control natal elementalmente, etc. (Pohlman, E. 1969). Mientras que en nuestro país un desarrollo favorable en este sentido no se ha dado aun, a pesar de que hace ya algunos años, los libros de texto para la primaria contienen información sobre el tema, la cual debe ser impartida con la ayuda del maestro. Algunos de los obstáculos que se han encontrado han sido incluso desde el punto de vista de los mismos maestros, los cuales mantienen una actitud todavía negativa para hablar de sexualidad con los alumnos.

Dadas las características que determinan las peculiaridades de la juventud, permite que los adolescentes se encuentren en desventaja de oportunidades sociales que los ayuden a encaminarse adecuadamente cuando intentan experimentar con su conducta sexual.

Con relación a las actitudes hacia las relaciones sexuales practicadas antes del matrimonio, como se puede ver en el capítulo dedicado a tratar este concepto, se hace notar la gran influencia

tradicionalista tan arraigada por años y años en diferentes culturas, las diferenciaciones en cuanto al sexo son remarcadas, es decir, casi siempre se permite que las lleven a cabo los varones, esta opinión incluso es apoyada por mujeres, mientras que la aceptación para ellas mismas, es una idea que no se comparte por toda la población femenina (Reiss, 1971), Schofield, 1976).

Los resultados aquí obtenidos muestran que en los hombres, la edad a la que se inician sexualmente difiere en dos años de la que lo hacen las mujeres, asimismo, tanto en frecuencia coital como en el número de parejas sexuales dan un índice que permite confirmar los resultados de otros autores. El promedio de vida sexual activa de los varones es comparativo con los estudios de Zelnik & Kantner (1978), cuando estos autores reportan que se encuentra más alto que el de las mujeres. Es comparable también el hecho de que en las mujeres la permisividad hacia el coito es aceptada solamente en la medida en que exista una fuerte relación afectiva de noviazgo entre la pareja, mientras que con los hombres esto por lo general no sucede. Cuando una mujer se encuentra en esta situación, establece una formalidad para realizar una expresión de su conducta sexual con su confidente, de esta forma la frecuencia coital se ve notablemente incrementada en comparación de los hombres que por lo general sus relaciones sexuales las practican con compañeras ocasionales, o con prostitutas.



Este tipo de cuestiones por otro lado, influyen notablemente cuando se hace referencia al uso de anticonceptivos, ya que en la medida en que la frecuencia y estabilidad de la práctica sexual sean constantes, es más probable que se establezca un hábito adecuado en cuanto al uso de los métodos. Otro factor relevante en la práctica anticonceptiva es el ejemplo de otros países donde los jóvenes son atendidos y orientados en la proporción de anticonceptivos como parte de las actividades de un programa establecido por las instituciones que se encargan de ayudar en este sentido a los adolescentes (Torres, 1978). La información proporcionada a los jóvenes es desde conceptos elementales acerca de anatomía de los órganos sexuales, hasta los conceptos de control natal, incluyendo temas como la respuesta sexual humana, uso adecuado de anticonceptivos, hasta resolver las dudas expuestas por ellos mismos.

En nuestro país el panorama en cuanto al desarrollo de estos programas, no es del todo favorable, puesto que las instituciones que existen, cuyas actividades podrían enfocarse a los adolescentes que se encuentran, si es que las hay, no al alcance de los jóvenes que más necesitan de sus servicios. Esta polaridad en cuanto a la prestación de servicios a jóvenes de ciertos sectores de la población, también la encontró Schofield (1976) en Inglaterra.

Las consecuencias que implica el practicar las relaciones sexuales

antes del matrimonio no se restringen tan sólo al enfoque moral que se les atribuye generalmente, tampoco es en cuanto a la ruptura tradicionalista que prohíbe realizarlas, sino que la gravedad del problema reside principalmente en el riesgo que llevan consigo de ocasionar un embarazo no deseado. Ahora bien, el índice de embarazos ocurridos en la población entrevistada de la presente investigación no se encuentra a un nivel tan elevado, considerando la proporción de los ocurridos en otras investigaciones; Zelnik & Kantner (1976), encontraron en Estados Unidos que poco más de un millón era el índice de embarazos premaritales registrados en adolescentes entre 15 y 19 años de edad. En Inglaterra, en un estudio efectuado por Schofield, M. en 1976 reportó que hubo 85 embarazos premaritales en sus sujetos de estudio, en ese mismo país con estudiantes universitarios del sexo femenino, Anderson (1978), reportó que el 3.5% tuvieron un embarazo de un total de 862 mujeres.

Cuando se les preguntaba a los jóvenes sobre la causa del embarazo muchos de ellos reportaron que fue debido a la falla del método anticonceptivo empleado, lo cual presupone que de antemano hicieron uso de ellos, es decir, existió la precaución de prevenirlo. Aunque esta causa no fue la principal, existe aun la duda acerca del cuidado de su uso, ya que hay una gran proporción de usuarios que reportan una falla del método cuando la causa verdadera fue que los usaron en forma incorrecta.

Esta razón que reportan los usuarios es importante para las instituciones que orientan a los jóvenes y los motivan a que hagan uso de la anticoncepción en sus relaciones sexuales en la medida en que se haga más énfasis para proporcionarles información correcta sobre el uso adecuado de los anticonceptivos.

La causa que mayormente reportaron los sujetos del estudio de Torres (1978) y de Zelnik & Kantner (1979), fue el no haber usado métodos por lo imprevisible de la relación, y aquí sí es más urgente hacer esfuerzos por ayudar a los adolescentes para que los empleen.

Finalmente la proporción de abortos registrada, -recurso utilizado como último fin para evitar un nacimiento-, es suficiente para que nos permita ver la necesidad que tienen los jóvenes solteros de que se instale en su plantel escolar un centro de orientación y de obtención de anticonceptivos, para evitar la ocurrencia de los embarazos premaritales.

Este índice es comparable igualmente con el encontrado por Baldwin (1980) y Zelnik & Kantner (1979) en los Estados Unidos lo cual nos da a entender que el problema se presenta aun en poblaciones de jóvenes que viven en países de diferentes culturas y de niveles de desarrollo más altos que el de nuestro país.

## VI. ALGUNAS RECOMENDACIONES.

En todo trabajo de investigación y principalmente en los de tipo social, donde se toma como sujetos de estudio a los miembros de una comunidad o a una muestra poblacional determinada, con el fin de estudiar su conducta, debe estar implícito el hecho de que los sujetos conozcan el objetivo de la investigación y los posibles beneficios o ventajas que obtendrán con participar en ella. Una vez que se ha concluido con la investigación, se debe hacer del conocimiento de los entrevistados acerca de los resultados obtenidos, para ello se hace uso de medios de comunicación como el radio, la prensa, T.V., etc. Cuando se trata de comunidades estudiantiles, se hace a través de una conferencia, en clases, o utilizando carteles, como ejemplo de ello, están los datos estadísticos sobre aspirantes a la universidad, etc.

Las principales recomendaciones de la presente investigación, se manifiestan principalmente en dos direcciones. En primer lugar se debe hacer ver a los investigadores sociales que toda vez que trabajen con poblaciones de jóvenes solteros, ya sean estudiantes, trabajadores, desempleados, etc., no deben olvidar las características tan peculiares que determinan a este sector de la población de cualquier contexto socioeconómico. Para efectos de la presente

investigación, debe decirse que esta población es particularmente im -  
portante en tanto que necesitan del apoyo y orientación hacia la anti-  
concepción dada su conducta sexual tan expuesta a los riesgos de un em -  
barazo indeseado, por carecer de un conocimiento adecuado acerca de -  
los métodos que existen para evitar el embarazo, en función de esta ca -  
restía también se encuentra la toma de decisión para practicar las re-  
laciones sexuales por el temor de que tal fenómeno ocurra.

Otro punto importante es que se trata de una población sobre la cual -  
se debe establecer una actitud del concepto que daría en llamarse -  
"planificación familiar preventiva", puesto que en un futuro próximo -  
serán quienes necesiten de los servicios y orientación para planear -  
el número de hijos que deseen tener una vez casados.

Los jóvenes solteros, estudiantes, no cuentan con los servicios asis -  
tenciales como lo es el caso de los trabajadores en lo que respecta a  
atención médica, apoyo y orientación en programas preventivos, etc.

Los centros escolares son los lugares donde se puede localizar a los -  
adolescentes que reúnen varias características en común, como pueden  
ser un determinado rango de edad, grado de escolaridad, así como -  
una proporción de hombres y mujeres, incluso muchas veces también se -

encuentra un cierto nivel socioeconómico y status de vida. Estas son algunas características que en algunas investigaciones de tipo social juegan un papel importante como variables que tienen influencia sobre la conducta de estudio.

Un fenómeno importante por investigar en esta población de jóvenes, es lo relacionado con su conducta sexual, reviste gran importancia el fenómeno por el motivo de que se encuentran en un período de la vida donde es muy característico el inicio de las relaciones sexuales, estando considerados dentro del período de vida reproductiva.

En el campo de la sexualidad es donde mayormente se dejan ver toda una gama de barreras para el desarrollo adecuado de la conducta de esta naturaleza en los adolescentes.

Desde el punto de vista anticonceptivo, esta población se encuentra haciendo uso de los métodos, lo cual no significa en la mayoría de los casos, que sean usuarios potenciales, dado que no cuentan con una pareja permanente para realizar sus prácticas coitales como lo son las parejas de personas casadas.

Lo anterior, implica que las autoridades escolares deben enfocar sus esfuerzos con el fin de difundir información y orientar a los jóvenes

a través de cursos de educación sexual, proporcionarles pláticas, conferencias, etc a la población estudiantil en general, mientras a los que estudian una carrera relacionada con el tema, se les incluya en el plan de estudios materias que traten acerca de la sexualidad humana.

Dada la limitación que se tiene en general acerca del tema, ello implica también que haya una restricción en su enseñanza. No existe hoy día una carrera de estudio a nivel universitario en la que se imparta la enseñanza de aspectos relacionados con el sexo, esto es, en las carreras que mayormente se relacionan con la conducta humana como lo son Medicina, Psicología, etc.

Igualmente, desde los niveles educativos previos como la secundaria y preparatoria, no tan sólo se debe hacer mención de la sexualidad desde el punto de vista meramente biológico en las materias de esta área, sino que debe existir un centro de orientación sobre educación sexual, el cual se encargue de dar cursos, conferencias y atención especial a casos particulares de alumnos. Esto permitirá que un estudiante al llegar a la universidad y a una edad mayor, sepa ya lo suficiente sobre el tema del sexo y esto le permita mantener una actitud y conocimiento más liberal acerca de la sexualidad.

Otro sentido en el cual se enfocan las recomendaciones es precisa-

mente a los jóvenes solteros, tanto a aquellos que por desconocer los anticonceptivos y por el prejuicio que tienen sobre su uso, no se arriesgan a practicar con su sexualidad por el temor de provocar un embarazo, como a los que ya las han tenido, a que recurran a fuentes confiables de información acerca de la educación sexual para poder adquirir un conocimiento adecuado de la sexualidad en general y particularmente de la anticoncepción, con el fin de practicar más consciente y confiablemente sus relaciones sexuales quienes tomen la decisión de hacerlo, para evitar al máximo la probabilidad de ocurrencia de un embarazo no deseado.

Ahora bien, dado que las fuentes de información formal no se encuentran al alcance inmediato de los jóvenes, por ejemplo en el mismo centro escolar, la única medida es acudir a agentes externos, con profesionales de la salud, ya sea del sector público o privado, o a fuentes literarias, constructivas y conjuntamente a una persona experta que les aclare sus dudas respecto al sexo.



#### VIII.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Allen, M.D. "Young Male Prostitutes: A psychosocial study" Archives of Sexual Behavior. Vol. 7 No. 1, 1980.
- 2.- Alzate, H. "Sexual Behavior of Colombian Female University Students." Archives of Sexual Behavior 7 (1) 1978.
- 3.- Ambrosel, L. "Dissertation persists pregnant students remaining in school" Family Planning Population Report, Vol. 4 No. 1, Feb. 1975.
- 4.- Anderson, P., Mc. Pherson, K., Beeching, N., Weinberg, J. & Vessey, M. "Sexual Behavior and contraceptive practice of undergraduates at Osford University" Journal Biosocial Sciences, Vol. 10, No. 1 1978.
- 5.- Antonovsky, H.F., Schoham, I., Kavenaki, S., Lancet, M., & Modan, B. "Gender Differences in patterns of adolescent Sexual Behavior" Journal of Youth and Adolescence, Vol. 9 No. 2, 1980.
- 6.- Asayama, S. "Sexual Bahavior in Japaness students: Comparison 1974, 1960 and 1952." Archives of Sexual Behavior Vol. 5 No. 6, 1976.
- 7.- Aznar, R.R., & Lara, R.R. "Embarazo en la adolescencia", Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 22, May-Jun. 1967.
- 8.- Baldwin, W.H. "Adolescent pregnancy and childbearing - growing concerns for Americans" Population Boletin, Vol. 7 No. 2, Jan. 1980.
- 9.- Bauman, K.E. & Wilson, R.R. "Premarital sexual attitudes of unmarried university students 1968 vs. 1972" Archives of Sexual Behavior, Vol. 5 No. 1, 1976.
- 10.- Brecher, E.M. "Los investigadores del Sexo" Edit. Grijalbo. México, 1973.
- 11.- Byington, C., Castellar-Pinto, C., Kalina, E., Vehlo, G. Foro Panamericano para el estudio de la adolescencia, 4a. Reunión.

- 12.- Cahn, J. "The influence of others on Teenagers use of birth control" Dissertation Abstracts International, 39 (3-B) 1537, B-21, Sept. 1978.
- 13.- Card, J.J., Wise, L.L. Teenage mothers and fathers the impact of early childbearing on the parents, personal and profesional lives". Family Planning Perspectives, Vol. 10, No. 4, Jul-Aug. 1978.
- 14.- Cipolla, C.M. "La Explosión Demográfica". Edit. - SALVAT, México, 1974.
- 15.- Clifford, E. "Subjetive sexual experience in college women" Archives of Sexual Behavior, Vol. 7, No. 3, 1978.
- 16.- Corner, G. "Tú y el Sexo, para la joven". Edit. Pax.- México, 1972.
- 17.- Correu Azcona, S. "La fecundidad en la adolescente." Diálogos sobre la Adolescencia en México, 1977.
- 18.- Edwards, L.E., Steinman, M.E., Arnold, K.A., Hakanson, E. Y. "Adolescent contraceptive use: experience in 1,762 teenagers." American Journal Obstetrics and Gynecology. Jul No. 1, 1980.
- 19.- Edstrom, G.K. "Reproductive health in adolescence: An over view." Advances in international material and child health, 1976
- 20.- Finkel, M.L. & Finkel, D.J. "Male adolescent contraceptive utilization." Adolescence, Vol. 13, No. 51, Fall. 1978
- 21.- Fisher, W.A. "Affective attitudinal and normative determinants of contraceptive behavior among university men." Dissertation Abstracts International 39 (9-B) 4613-4614, 1979.
- 22.- Fodney, D.S., Boroff, S. & Cooper, D. "Sexual experience of younger teenage girls seeking contraceptive assistance for the first time: Family Planning Perspectives, Vol. 5, No. 4, Fall. 1973.
- 23.- Foreit, K.G. & Foreit, J.R. "Correlaciones del comportamiento anticonceptivo entre universitarios norteamericanos solteros." Studies in Family Planning, Vol. 9, No. 6, Jun. 1978.

- 24.- Fox-Green, L. "Sex-Roles attitudes as predictors of -  
contraceptives use among unmarried university students."  
Sex Roles, Vol. 3, No. 3, 1977.
- 25.- Freeman, W. & Rickels, K. "Adolescents Contraceptive  
use current status of practice and research." Obstetrics  
and Gynecology. 53 (3), 1979.
- 26.- Furstenberg, F.F., Jr., Masnik, G.S. & Ricketts, A.S.  
"How can family Planning programs delay repeat teenage  
pregnancy?" Family Planning Perspectives, Vol. 4 No. 3,  
Jul. 1972.
- 27.- Crispert, M. & Falt, R. "Adolescent sexual activity  
contraception and abortion" American Journal Obstetrics  
and Gynecology 132 (6), Nov. 1978
- 28.- Green, C. & Potteige, K. "Teenage pregnancy: A mayor  
problems for minors." Zero population around. 1976.
- 29.- Gryfoos, J.F. & Heisler, T. "Contraceptive services for  
adolescents: an overview." Family planning perspectives,  
10 (4) Jul-Aug. 1978.
- 30.- Hardy, J.B., Welcher, D.W., Stanley, J., Dallas, J.R.  
"Long-range out-come of adolescent pregnancy" Clinical  
Obstetrics and Gynecology, Vol. 21, No. 4, Dec. 1978.
- 31.- Hoch, Z., Kubat, H., Fisher, M., Brandes, J.M.  
"Background and sexual experiences of Israeli Medical -  
Students." Archives of sexual Behavior, Vol. 7 No. 5,  
1978.
- 32.- Hunt, II, H.W. "Fecundidad Adolescente. Riesgos y Con-  
secuencias." Informes Médicos Programas de P.F. Serie  
"J", No. 10, Edit. Connel, E., Aug. 1976.
- 33.- Hunt, M. "Conducta sexual en la década de los 70." Edit.  
Sudamericana, 1974.
- 34.- Husslein, P. "Contraception in young people" Interna-  
tional Congress of medical sexology." 74
- 35.- Jiménez Tecla, A. y Garza Ramos, A. "Teoría métodos y -  
técnicas en la investigación social." Edit. México, 1973.
- 36.- Jones, K.L., Sharugerg, L.W. & Byer, C.O. "Sexualidad  
Humana", Edit. Pax-México 1974.

- 37.- Katchadourian, H.A. & Loude, D.T. "Las bases de la Sexualidad Humana" Edit. CECSA, 1979.
- 38.- Klein, L. "Antecedents of teenage pregnancy" Clinical obstetrics and Gynecology, Vol. 21, No. 4, Dec. 1978.
- 39.- La Torre, A. & Kear, K. "Attitudes toward sex in the aged" Archives of sexual behavior, Vol. 6, No. 3, 1977
- 40.- Le Shan, E. "Los adolescentes y la evolución sexual", Edit. Pax-México, 1974.
- 41.- Leslie Mc. Cary, J. "Sexualidad Humana", Edit. El Manual Moderno, S.A., 1976.
- 42.- Levin, J. "Fundamentos de Estadística en la Investigación Social" Edit Harla, 1977.
- 43.- Lindeman, A. "Factors affecting the use of contraception in the non marital context." Progress in Sexology, Edit. Robert Gemme, 1976.
- 44.- Martons, H. "Adolescent sexuality and reproductive - health: Education service aspects" Head mental Health Development Center, Jakarta, May, 1980.
- 45.- Mc. Cormick, M.L. "Contraceptive experience and - - associated personality variables: Dissertation Abstracts International. 38 (12-B): 6165, Jun. 1978.
- 46.- Mc. Guigan, F.J. "Psicología experimental" Edit. Trillas, 1974.
- 47.- Melken, J. "The health and social consequences of teenage childbearing." Family Planning Perspectives. Vol. 4, No. 3, Jul. 1972.
- 48.- Mirande, A.M. & Hanimer, E.L. "Love, Sex Permissiveness and abortion: A test of alternative models" Archives of sexual behavior, Vol. 5, No. 6, 1976.
- 49.- Monroy, A. "Tu desarrollo hacia la adolescencia" Edit. Pax-México, 1971.
- 50.- Osofsky, J.O. & Osofsky, H.J. "Teenage pregnancy: Psychological considerations" Clinical obstetrics and Gynecology, Vol. 21, No. 4, Dec. 1978.

- 51.- Owen, M. "Law, Policy and adolescent sexuality" International Planned Parenthood Federation'77.
- 52.- Paul, E.W. & Pilpel, H.F. "Teenagers and pregnancy: The Law in 1979." Family Planning Perspectives, Vol. 11 No. 5, Sept. - oct. 1979.
- 53.- Pick, S. "Un estudio Social-Psicológico de la Planificación Familiar, Edit. siglo XXI, 1979.
- 54.- Pohlman, E. "Psicología de la Planificación Familiar" Edit. Pax- México, 1969.
- 55.- Poole, C. "Contraception and adolescent female. Journal of school health, Vol. 46, No. 8, oct. 1976.
- 56.- Porras, A. "Problemas de Población en México 1980 - 2000" Escritos, 1981.
- 57.- Priestnall, R. & Pilkington, G. and Moffart, G. "Personality and the use of oral Contraceptives in British University Students" Sex Social Journal Medical, Vol. 2, 1978.
- 58.- Purcel, G.S. "A study of the relationship between contraceptive attitudes and behavior in a group of students" Dissertation Abstracts International 35, 12(B-PT 1) 5956-5957, Jun. 1975.
- 59.- Reichelt, P.A. "Coital and contraceptive behavior, of female adolescent, Archives of sexual behavior, Vol. 8, No. 2, 1979.
- 60.- Rodríguez, A. "Psicología Social" Edit. Trillas, 1977.
- 61.- Sai, F.T. "Adolescent sexuality and reproductive health" Somekey issues for discussion, 1977.
- 62.- Sato, Y. "Marriage, fertility and mortality" Statistics on adolescents. 1979.
- 63.- Schofield, M. "El comportamiento sexual de los Adolescentes". Edit. Rentanella, 1976.
- 64.- Schofield, M. "El Comportamiento sexual de los adultos (18-25) Edit. Fontanella, 1977.

- 65.- Smith, E.M. "Psycho-Social correlates of regular contraceptive use in young unmarried woman" Dissertation Abstracts International 39 (3-A), Sept. 1978.
- 66.- Snyder, E. & Spreitzer, E. "Attitudes of the aged toward non-traditional sexual behavior" Archives of Sexual - behavior. Vol. 5, No. 3, 1976
- 67.- Soyinka, F. "Sexual behavior among university students in Nigeria" Archives of sexual behavior, Vol. 8 No. 1, 1979.
- 68.- Spanier, G.B. "Formal and informal sex education as determinants of premarital sexual behavior" Archives of sexual behavior, Vol. 5, No. 1, 1976.
- 69.- Steinlant, B. "Problem-solving skills locus of control and the contraceptive effectiveness of young woman" Child Development. 59 (1) Mar. 1979.
- 70.- Stokes, B. Teen-age pregnancy "Global Epidemic." May '78.
- 71.- Tietze, C. Teenage Pregnancies: looking ahead to 1984" Family Planning Perspectives, Vol. 10 (4) 1978.
- 72.- Torres, A. "Does your mother know?" Family Planning Perspectives, Vol. 10, No. 5, Sept.-Oct. 1978.
- 73.- Trussell, J. & Menken, J. "Early chilbearing and subsequent fertility" Family Planning Perspectives, Vol. 10, No. 4, Jul-Aug. 1978.
- 74.- Wachtell, A. & Taylor, B. "Sexual Behavior and related health needs of 1300 college woman" Archives of sexual behavior. 1968.
- 75.- Varios Autores, "El Aborto", Un enfoque multidisciplinario, Edit. UNAM. 1978.
- 76.- Varios Autores. "El Aborto en México" Ed. Fondo Cultura Económica, México, 1972.
- 77.- Zelnik, M. & Kaither, J.F. "Contraceptive patterns and premarital pregnancy among Women aged 15-19 in 1976." Family Planning Perspectives, Vol. 10, No. 3, 1978.
- 78.- Zelnik, M. & Karther, J.F. "Reasons for nonuse of contraception by sexually active women aged 15-19." Family Planning Perspectives, Vol. 11, No. 5, sept.-oct. 1979.

APENDICE "A"

CUESTIONARIO

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS PARA

EVITAR EL EMBARAZO EN JOVENES SOLTEROS

Encuestador: \_\_\_\_\_ Cuestionario No. \_\_\_\_\_

Recomendaciones:

Los datos que a continuación te solicitamos son absolutamente anónimos por lo que te suplicamos contestar con la mayor sinceridad. Dichos datos servirán para la creación de diversos programas a nivel nacional, para beneficio de todos.

Lee muy bien las instrucciones en cada pregunta y en caso de tener alguna duda en la forma de contestar, pregunta por favor a la persona encargada de esta aplicación, para que no dejes en blanco nada que te corresponda contestar.

Gracias.

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_  
(Escuela y Ciudad)

1. Estado Civil actual: \_\_\_\_\_ 2. Sexo: Masc.  Fem.

3. Edad \_\_\_\_\_ 4. Escolaridad \_\_\_\_\_  
años cumplidos (semestre o año escolar y carrera)

5. Tiempo de estar viviendo en esta ciudad \_\_\_\_\_

6. ¿Actualmente con quién vives? (señala con una X la alternativa que corresponde a tu caso)

Padres

Otros familiares (hermanos(as), tíos, etc.)

En casa de asistencia

Con amigo(as)

Con mi pareja

Solo



7. Si vives con tu familia o aun dependes de ella, apunta cuál es el ingreso mensual total de tu familia, es decir, la suma de todos los sueldos de tu casa, incluyendo el tuyo si es que trabajas. (Es muy importante que des una cantidad, al menos aproximada) \$ \_\_\_\_\_

No dependo de mi familia.

8. ¿ Trabajas actualmente ?

SI

NO

8.1 ¿ En qué actividad? \_\_\_\_\_

8.2 ¿ Cuánto ganas al mes? \$ \_\_\_\_\_

9. ¿ Cómo consideras tu situación económica ? (Señala con una X, la alternativa que corresponda a tu caso)

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Muy mala

10. Señala mediante una X en la tabla siguiente los métodos para evitar el embarazo que conozcas (o hayas oído hablar de ellos), aunque nunca los hayas utilizado, y a continuación da, si sabes, una idea breve de cómo actúa dicho método para evitar el embarazo, (Si no sabes cuál es su acción para evitar el embarazo, escribe lo que sepas de ese método)

M é t o d o	¿Conoces o has oído hablar de ellos?		Idea breve de cómo actúa
	SI	NO	
1 Ritmo (calendario)			
2 preservativo (condón)			
3 Píldora oral			

(Continúa en la página siguiente)...

M é t o d o	¿Conoces o has oído hablar de ellos?		Idea breve de como actúa
	SI	NO	
4 Inyecciones			
5 Dispositivo intrauterino (D. I. U.) (aparatito)			
6 Diafragma			
7 Espumas, óvulos, jaleas			
8 Retirarse antes de la eyaculación			
9 Lavado vaginal			
10 Vasectomía			
11 Oclusión Tubaria (Ligadura de trompas)			
12 Otros ¿Cuál(es)?			

11. La información que tienes sobre los métodos para evitar el embarazo ¿quién o quiénes te la dieron? (Señala con una X, la o las alternativas que correspondan a tu caso).

Médico particular

Médico Institución del Gobierno

Maestro(a)

Libros o revistas

Padre

Madre

Hermano(as)

Otros parientes

Amigo(as)

Otros ¿quién?

12. ¿Has recibido alguna información formal o curso sobre educación sexual?

Si

No he recibido

Pasa a la preg. 12.3

12.1 ¿Quién o quiénes te la dieron? (Señala con una X, la o las alternativas que corresponden a tu caso)

Maestro (as)

Médica Institución Gobierno

Médico Particular

Psiquiatra o Psicológo

He leído libros familiares sobre el tema

Otros ¿quién? \_\_\_\_\_

12.2 ¿Dónde la recibiste? (Señala con una X, la o las alternativas que corresponden a tu caso)

Escuela

Institución Médica

Centro especializado

Otro ¿dónde? \_\_\_\_\_

12.3 ¿Te gustaría recibir información o más información al respecto?

Si

No

13. ¿Has tenido relaciones sexuales (coito)?

Si

No

(Si la respuesta es no, favor de pasar a la pregunta No. 27 en la página 9)

14. Si has tenido relaciones sexuales, ¿recuerdas que edad tenías la primera vez que las tuviste? (Si tienes una edad aproximada).

Yo tenía \_\_\_\_\_ años cuando me acordé. }

14.1 ¿Recuerdas que edad tenía tu pareja?

Tenía \_\_\_\_\_ años

No supe

No recuerdo

Relación con prostituta (pasa a la preg. 17)

15. Cuando tuviste tu primera relación sexual ¿usaron tú o tu pareja algún método para evitar el embarazo?

Si  ¿Recuerdas que método? \_\_\_\_\_

No usamos

No supe

No recuerdo

16. En caso de No haber usado método alguno, señala con una X cuál o cuáles de las siguientes alternativas puede ser la causa:

Porque la relación fué imprevista

Por no conocer los métodos

Por no gustarnos

Otra causa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

17. Señala cuántas veces has tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? (Es muy importante que des un número, al menos aproximado)

\_\_\_\_\_ Ninguna

Si no has tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses pasa directamente a la pregunta No. 25.

18. De las siguientes alternativas, señala con una X, cuál es tu situación particular durante los últimos 6 meses.

Tengo una pareja permanente y sólo con ella tengo relaciones sexuales

Tengo una pareja permanente con la que tengo relaciones sexuales, aunque en algunas ocasiones las he llegado a tener con alguna otra persona.

No tengo ninguna pareja permanente, sino que tengo relaciones sexuales con diversas personas.

La mayor parte de las veces, mis relaciones sexuales son con prostitutas.

18.1 Para resumir, nos puedes decir ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses

\_\_\_\_\_

19. Actualmente (en los últimos 6 meses), cuando tienes relaciones sexuales, con que frecuencia usas tú (o tu pareja) algún método para evitar el embarazo?

Siempre                       Casi siempre                       La mitad de las veces

Casi nunca                       Nunca                       No se si mi pareja use   
(Pasa a la preg. 19.2)                      (Pasa a la preg. 25)

19.1 En tu última relación sexual, usaron tú o tu pareja algún método para evitar el embarazo?

Si  ¿que método? \_\_\_\_\_

No                       No se si mi pareja usó

19.2 Si casi nunca o nunca usas tú o tu pareja algún método para evitar el embarazo ¿podrías decir porqué? (Señala con una X, la o las alternativas que correspondan a tu caso)

Relaciones sexuales imprevistas

Por no gustarnos

Por no conocerlos

No poder conseguirlos

Dañan la salud

Relaciones solo con prostitutas

Otras, ¿por que? \_\_\_\_\_

Si tu respuesta fué que nunca usan método para evitar el embarazo, pasa directamente a la pregunta No. 25 y si fué siempre, casi siempre, la mitad de las veces y casi nunca, continúa con las siguientes preguntas.

20. ¿Por lo general, quién propone que se use algún método cuando tienes relaciones sexuales?

Yo

Mi pareja

Ambos

21. Menciona qué métodos para evitar el embarazo han empleado tú o tu pareja durante los últimos 6 meses, ordenándolos en 1º, 2º, y 3º lugar de acuerdo al número de veces que lo usas. (Por ejemplo; si sólo han usado píldora, apuntarías únicamente en 1º de uso. Pero si han usado más de un método los ordenarás de acuerdo al número de veces que lo usas, por ejemplo; si la mayor parte de las veces usan óvulos, lo señalarías en 1º lugar, si en algunas ocasiones han usado diafragma lo señalarías en 2º lugar, y si en una ocasión usaron ritmo, lo pondrías en 3º lugar.)

Métodos usados para evitar el embarazo	En 1er. lugar de uso	En 2º lugar de uso	En 3º lugar de uso
Ritmo (calendario)			
Preservativo (condón)			
Píldora			
Dispositivo Intra uterino (D.I.U.)			
Diafragma			
Espumas, óvulos, jaleas			
Retirarse antes de la eyaculación			
Lavado vaginal			
Inyecciones			
Otros ¿Cuál(es)? _____			

22. Si tú consigues los métodos para evitar el embarazo (ya sea para usarlos tú o tu pareja) señala donde los obtienes.

En la farmacia:  Con indicación médica

Sin indicación médica

En una institución del gobierno ¿cuál? \_\_\_\_\_

En una institución o consultorio particular

Los consigo con amigo(as)

Otras formas ¿cómo? \_\_\_\_\_

Yo no los consigo

23. ¿Representa para ti algún problema adquirirlos?

Menciona también si has tenido algún problema para adquirir algún método que han deseado usar y que por lo mismo no han usado. (En la línea de la izquierda escribe el problema y en la de la derecha el método con el que tienes ese problema).

Si  No  Pasa a la pregunta 24

23.1 ¿Que tipo de problema (s)?

¿Con que método?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

24. ¿Que inconvenientes encuentras en los métodos que has usado tú o tu pareja? (Señala con una X las alternativas que expliquen cada uno de los inconvenientes y en la línea de a lado escribe con que método tienes cada uno de esos inconvenientes)

¿ Con que método ?

- Ninguno
- No son muy eficaces
- Se disfruta menos la relación sexual
- Trastornos físicos, nerviosos
- Es fácil tener errores al usarlo
- Otros inconvenientes, ¿cuál(es)?

_____
_____
_____
_____
_____

hombres 25. ¿Has embarazado alguna vez una muchacha?

Si  No

(Si la respuesta es Si continúa con la preg. No.25.1, si la respuesta es No pasa directamente a la preg. No. 27 y continúa hasta finalizar el cuestionario).

mujeres ¿Te has embarazado alguna vez?

Si  No

(Si la respuesta es Si continúa con la preg. No.25.1, si la res-

puesta es No pasa directamente a la preg. No. 27 y continúa hasta finalizar el cuestionario).

25.1 ¿Cuál tué la causa del embarazo?

- Falló el método usado para evitar embarazo  
 Se usó incorrectamente el método  
 No usamos método para evitar embarazo  
 Se deseó el embarazo  
 Otras causas, ¿cuál? \_\_\_\_\_

25.2 ¿En que terminó el embarazo?

- Aborto espontáneo  
 Aborto provocado  
 Nacimiento No se

26. En caso de haber ocurrido embarazo, contesta lo siguiente marcando una X en la alternativa que corresponda a tu caso:

- Antes del embarazo no se usaban métodos para evitarlo, pero después se comenzó a emplearlos  
 Antes del embarazo se usaba un método para evitarlo, pero después se cambió por otro  
 Antes del embarazo si se usaba un método para evitarlo y ahora ya no se usa  
 Antes del embarazo no se usaba método para evitarlo, ni se usa actualmente  
 Antes del embarazo si se usaba un método para evitarlo y se sigue usando

27. ¿A que edad te gustaría casarte?

\_\_\_\_\_ años No lo he pensado

28. ¿Cuántos hijos quisieras tener? \_\_\_\_\_ hijos

- No lo he pensado



28.1 ¿Cuánto tiempo dejarás entre un nacimiento y otro? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No lo he pensado

29. ¿A partir de cuántos hijos consideras a una familia numerosa?

\_\_\_\_\_ hijos.

29.1 ¿Y hasta cuántos es todavía pequeña? \_\_\_\_\_ hijos.

30. Una vez casado(a) piensas usar (o que tu pareja use) algún método para evitar el embarazo (para esperar un tiempo a tener el primero, o para esperar un tiempo a tener el siguiente)?

Si  ¿Que método(s)? \_\_\_\_\_

¿Porqué ese método(s)? \_\_\_\_\_

No se aún que método

No  ¿Porqué no? \_\_\_\_\_

31. Cuando tu familia esté completa ¿te harías la operación (vasectomía, ligadura de trompas) para no tener más hijos?

Si

No

No lo he pensado

32. Señala de las siguientes, aquella alternativa en la que sitúes tu opinión acerca de la planificación familiar.

Totalmente de acuerdo

Parcialmente de acuerdo

Parcialmente en desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

33. Piensas que sería correcto que hubiera un lugar dentro del centro escolar, donde los estudiantes que lo desearan pudieran recurrir a que se les orientara y se les diera algún método para evitar el embarazo?

Totalmente a favor.

Parcialmente a favor

Parcialmente en contra

Totalmente en contra

34. Actualmente ¿ A dónde o con quién acudirías si desearas saber más sobre métodos anticonceptivos ?

- Médico particular  
 Médico institución del gobierno  
 Maestro (a)  
 Libros  
 Trabajadora Social  
 No sé  
 Otros (especifica) \_\_\_\_\_

35. Quieres agregar alguna otra información: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

G R A C I A S.

APENDICE "B"

CUADROS ESTADISTICOS

C U A D R O 1  
 CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS  
 -SEGUN ESCUELA Y SEXO-

	PSIC		MED		ARQ		ADMON		SUB-TOTAL		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
0	1	2			10	11	0	1	11	14	25
1	2	3			7	6	1	3	10	12	22
2	2	2			5	7	4	2	11	11	22
3	4	4	1		8	15	4	9	17	28	45
4	3	2			16	14	9	10	28	26	54
5	1	2		1	17	20	9	8	27	31	58
6	1	2	1	2	20	15	14	11	36	30	66
7	8	9	2	3	17	9	20	19	47	40	87
8	18	18	6	5	13	20	21	17	58	60	118
9	19	23	10	8	14	11	21	27	64	69	133
10	46	42	34	30	12	4	25	20	117	96	213
11	45	41	96	101	9	7	22	17	172	166	338
	150	150	150	150	148	139	150	144	598	583	1,181

$\bar{X}$ SEXO	9.1	8.9	10.5	10.4	5.9	5.3	7.8	7.4	8.3	8.1	8.2
$\bar{X}$ ESC.	9.0		10.5		5.6		7.6		8.2		

CUADRO 1 "A"

	PSIC		MED		ARQ		ADMON		SUBTOTAL		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
8	18	18	6	5	13	20	21	17	58	60	118
9	19	23	10	8	14	11	21	27	64	69	133
10	46	42	34	30	12	4	25	20	117	96	213
11	45	41	96	101	9	7	22	17	172	166	338
TOTAL	128	124	146	144	48	42	89	81	411	391	802

	VALOR DE Z	
	-1.96	+1.96
PSIC - MED	-1.71	
PSIC - ARQ	10.48 *	
PSIC - ADMON	5.02 *	
MED - ARQ	11.77 *	
MED - ADMON	9.27 *	
ARQ - ADMON	-8.66 *	
HOMBRES-MUJERES	.56	

\* Significativamente diferente.

El promedio de métodos conocidos fue de 8.2; y se tomó como parámetro para ver las diferencias en las proporciones de los sujetos que rebasaron el promedio. La prueba estadística ( $Z=1.96$ ) demostró diferencias significativas en todas las comparaciones de escuelas, excepto PSIC con MED.

Al comparar el conocimiento por sexo tampoco fue significativa la diferencia.

## C U A D R O 2

## CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

- SEGUN EDAD -

	19	20	21	22	23	TOTAL
0	2	9	5	4	5	25
1	4	4	5	4	5	22
2	4	3	10	4	2	23
3	9	6	15	4	10	44
4	17	10	10	10	5	52
5	14	11	12	15	7	59
6	14	17	7	18	10	66
7	24	20	17	15	14	90
8	34	26	22	16	21	119
9	30	28	32	22	23	135
10	33	41	45	46	43	208
11	55	65	60	73	85	338
TOTAL	240	240	240	231	230	1,181
$\bar{X}$ EDAD	7.9	8.1	7.9	8.4	8.7	8.2

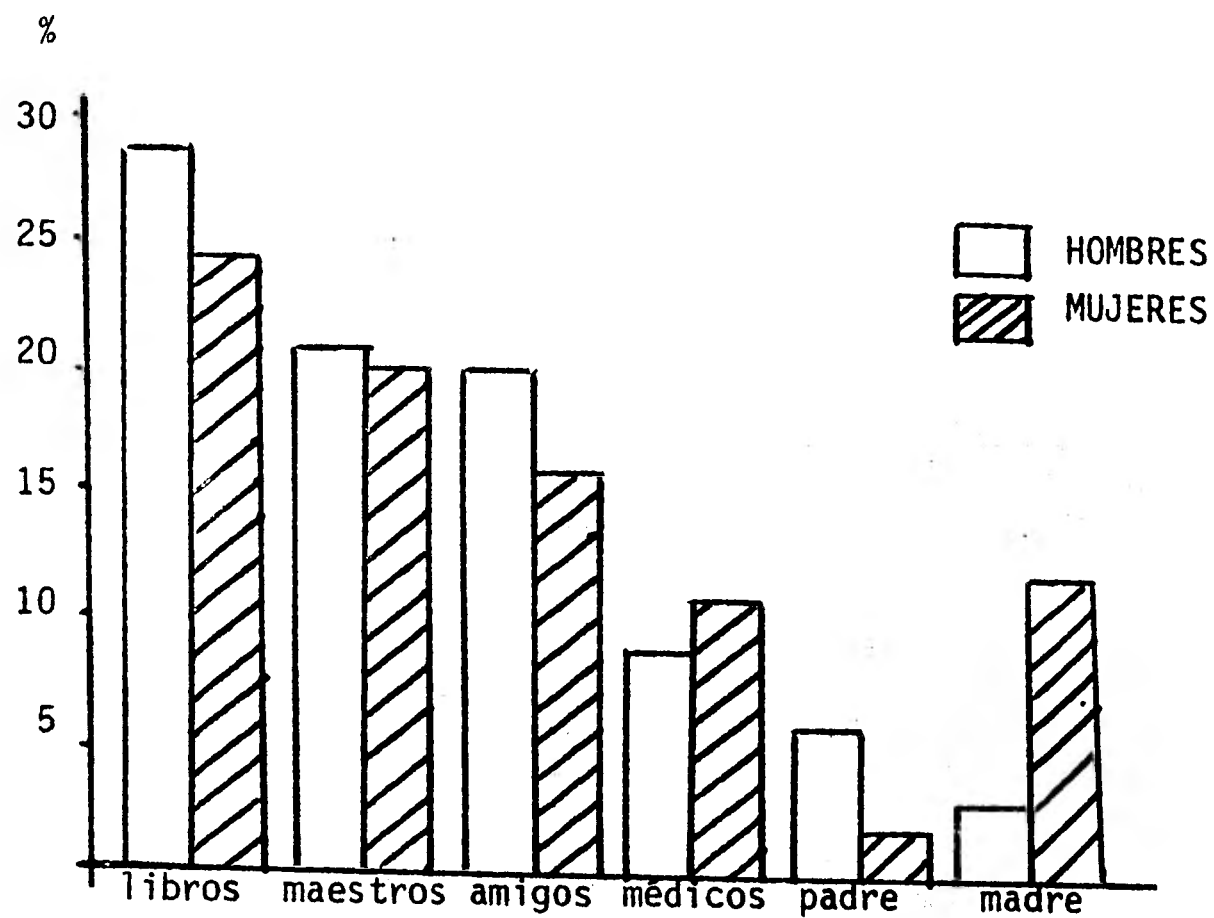
PROPORCION DE SUJETOS  
QUE CONOCIAN MAS DE  
8.2 ( $\bar{X}$ ) METODOS  
- SEGUN EDAD -

	19	20	21	22	23
8	34	26	22	16	21
9	30	28	32	22	23
10	33	41	45	46	43
11	55	65	60	73	85
	152	160	159	157	172

COMPARACION DE EDADES	VALOR Z
	-1.96 -1.96
19 - 20	-0.51
19 - 21	-0.53
19 - 22	-0.68
19 - 23	-1.83
20 - 21	0.08
20 - 22	-0.20
20 - 23	-1.33
21 - 22	-0.20
21 - 23	-1.33
22 - 23	-1.16

En esta parte se demuestra la relación del conocimiento de métodos según la edad y se observa que no fueron significativas las diferencias en las proporciones de los sujetos que conocían más de la media ( $\bar{X} = 8.2$ ).

## FUENTES DE INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION



GRAFICA No. 1:

En esta gráfica se pueden observar las fuentes que mayormente han informado a los jóvenes sobre la aticoncepción. En lo que respecta a la familia sólo informa la madre a las mujeres, aunque esta información es casi siempre acerca de la menstruación (Ver capítulo III)

## C U A D R O 3

## PROPORCION DE LOS SUJETOS QUE HABIAN TENIDO

## RELACIONES SEXUALES

## -SEGUN ESCUELA Y SEXO-

	PSIC		MED		ARQ		ADMON		SUB-TOTAL		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
SI	131	66	129	35	128	28	121	19	509	148	657
NO	19	84	21	115	20	111	29	125	89	435	524
TOTAL	150	150	150	150	148	139	150	144	298	583	1,181

	PSIC	MED	ARQ	ADMON
REL. SEX	197	164	156	140
TOTAL	300	300	287	294

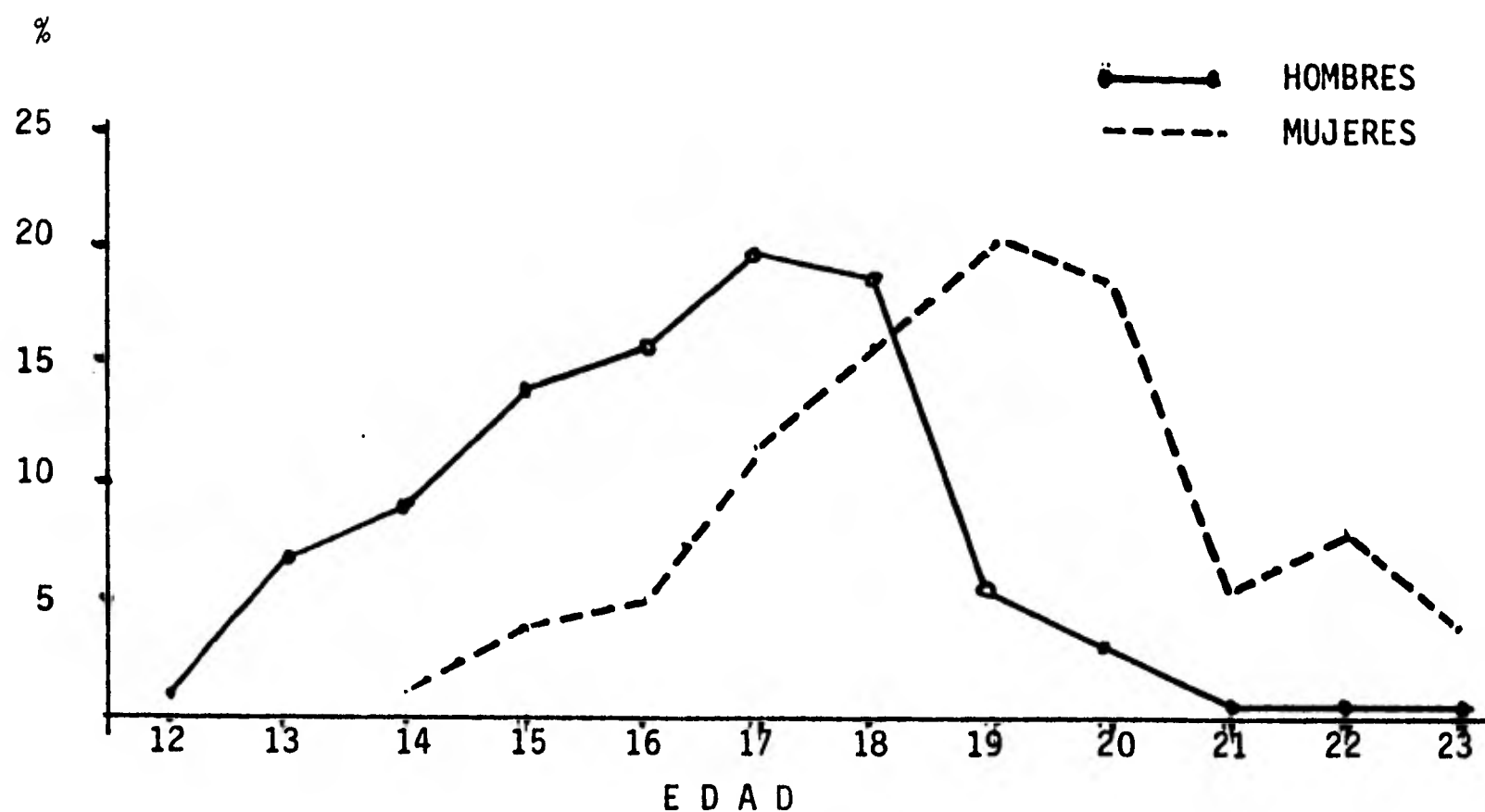
			VALOR Z
			-1.96 - 1.96
PSIC	-	MED	2.75 *
PSIC	-	ARQ	3.01 *
PSIC	-	ADMON	6.12 *
MED	-	ARQ	0.07
MED	-	ADMON	0.05
ARQ	-	ADMON	1.68

En estos datos se puede ver que la escuela de Psicología obtuvo el mayor índice de relaciones sexuales, siendo significativamente diferente la proporción con las otras escuelas. Mientras que entre las demás no fueron mayores al valor  $Z = 1.96$ .

\* Significativamente diferentes.



## EDAD A LA PRIMERA RELACION SEXUAL



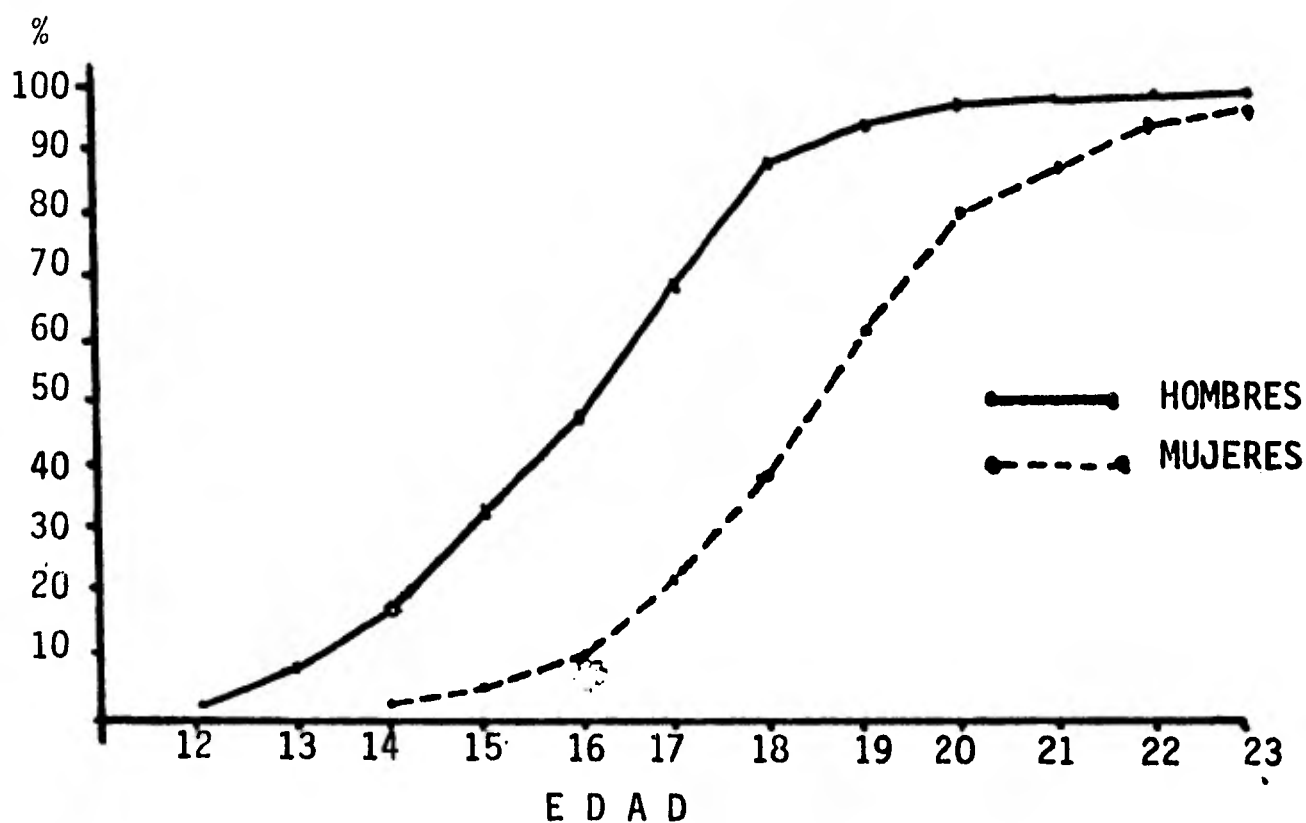
GRAFICA No. 2:

En esta gráfica se puede ver el crecimiento paulatino de ambas curvas donde se describe la edad a la primera relación sexual. Como se puede ver las mujeres comienzan esta actividad dos años más tarde que los hombres.

La mayoría de los hombres la practicaron a los 17 años mientras que las mujeres a los 19.

A partir de entonces ambas curvas tienen a caer en forma proporcional

EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL  
INCIDENCIA ACUMULATIVA



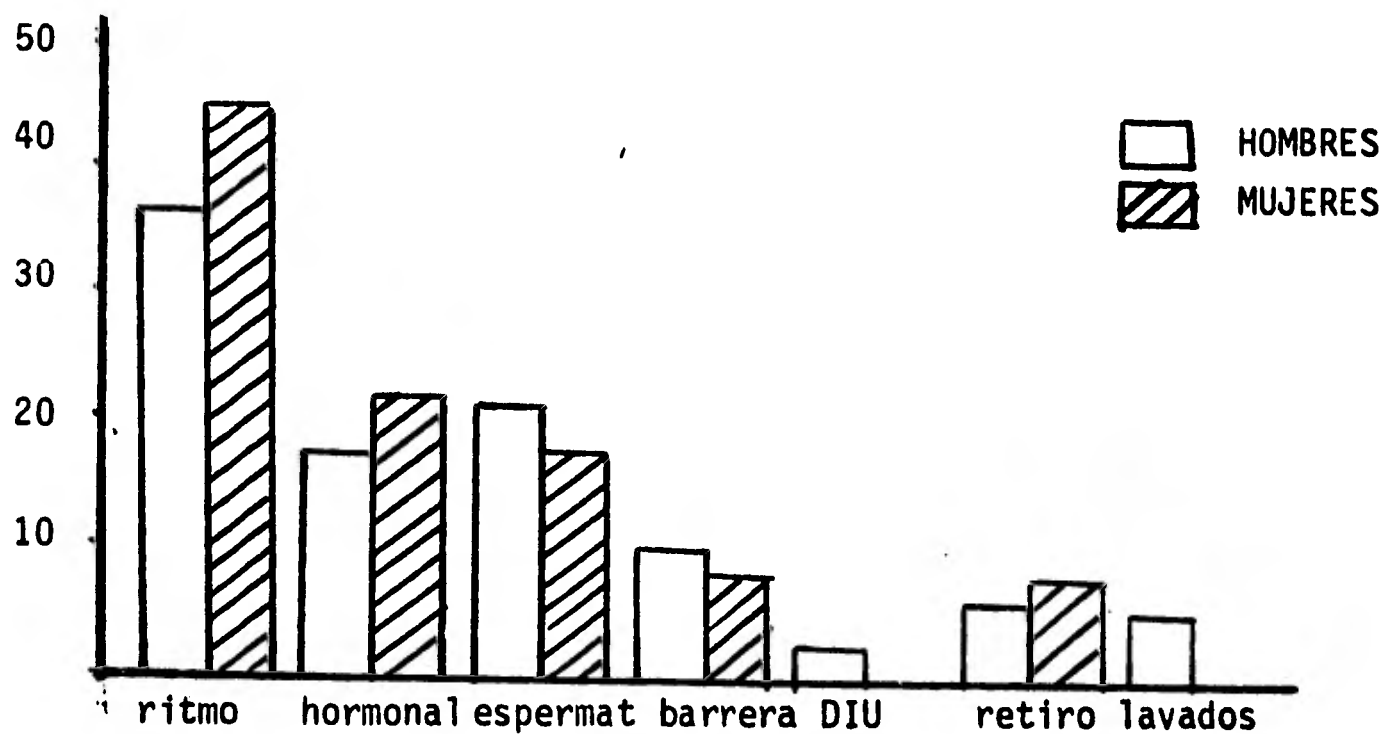
GRAFICA No. 3:

Estas gráficas muestran la incidencia acumulativa de la edad a la cual los sujetos tuvieron su primera relación sexual. También se puede ver más claramente la separación de dos años entre hombres y mujeres para iniciar esta práctica.

A los 18 años el 90% de los hombres ya la han tenido mientras que en las mujeres este porcentaje ocurre casi a los 21 años.

## METODOS USADOS

- PRIMERA RELACION SEXUAL -



GRAFICA No. 4 .

En esta gráfica se muestran los métodos usados en la primera experiencia coital. Como era de esperarse ninguna mujer en esta ocasión usó el DIU.

Asimismo se puede ver que se usó en menos de un 10% el retiro y los lavados vaginales.

## C U A D R O 4.

## FRECUENCIA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

-SEGUN ESCUELA Y SEXO-

	PSIC		MED		ARQ		ADMON		SUBTOTAL		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
SIEMPRE	46	44	63	21	48	13	32	15	189	93	282
CASI SIEMPRE	24	10	11	2	27	2	23	0	85	14	99
MITAD VECES	5	0	1	1	3	0	3	0	12	1	13
CASI NUNCA	1	1	9	2	3	1	7	0	20	4	24
NUNCA	9	3	11	1	7	2	6	1	33	7	40
NO SABE	0	0	1	0	10	0	17	0	28	0	28
TOTAL	85	58	96	27	98	18	88	16	367	119	486

		-1.96 > Z < 1.96	
		SIEMPRE	NUNCA
PSIC	- MED	-0.68	-1.40
PSIC	- ARQ	1.52	0.61
PSIC	- ADMON	*2.67	*2.03
MED	- ARQ	*2.06	*2.09
MED	- ADMON	*3.08	*3.07
ARQ	- ADMON	1.17	1.13

Hombres-Mujeres

		-1.96 > Z > 1.96	
		SIEMPRE	NUNCA
		*8.59	*4.42

\* Significativamente diferentes.

La clasificación de la frecuencia en el uso de anticonceptivos es de "SIEMPRE" que equivale a haberlos usado el 100% de las veces, "CASI SIEMPRE" corresponde a un 75% del uso, "MITAD DE LAS VECES" a un 50%, "CASI NUNCA" a un 25%, y "NUNCA" al 0%.

Se compararon las proporciones de los "siempre" usuarios contra los que "NUNCA" lo hacían según sexo y escuela, encontrando que todos los valores que pasaron el de "Z" (\*) fueron significativamente diferentes.

## C U A D R O 5

## FRECUENCIA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

-SEGUN EDAD-

	19	20	21	22	23	TOTAL
SIEMPRE	42	51	55	61	72	281
CASI SIEMPRE	16	13	16	28	27	100
MITAD VECES	2	3	2	4	2	13
CASI NUNCA	3	7	5	3	6	24
NUNCA	5	8	6	4	17	40
NO SABE	6	7	9	4	2	28
	74	89	93	104	126	486

	19	20	21	22	23
SIEMPRE	42	51	55	61	72
NUNCA	5	8	6	4	17
TOTAL GENERAL	74	89	93	104	126

(-1.96 &gt; z &lt; 1.96)

Al comparar la frecuencia de uso con la edad de los sujetos, las proporciones no varían significativamente. Las frecuencias de "siempre" en 19 y 23, así como la de "nunca" entre 22 y 23 años, no fueron significativas ( $.09 < 1.96 = z$ ;  $-.12 < -1.96 = z$ ), el resto de las frecuencias intermedias tampoco lo fueron.

2  
 Cuando se analizó toda la matriz, la prueba estadística  $\chi^2$  no demostró significativas diferencias (ver cuadro 9).

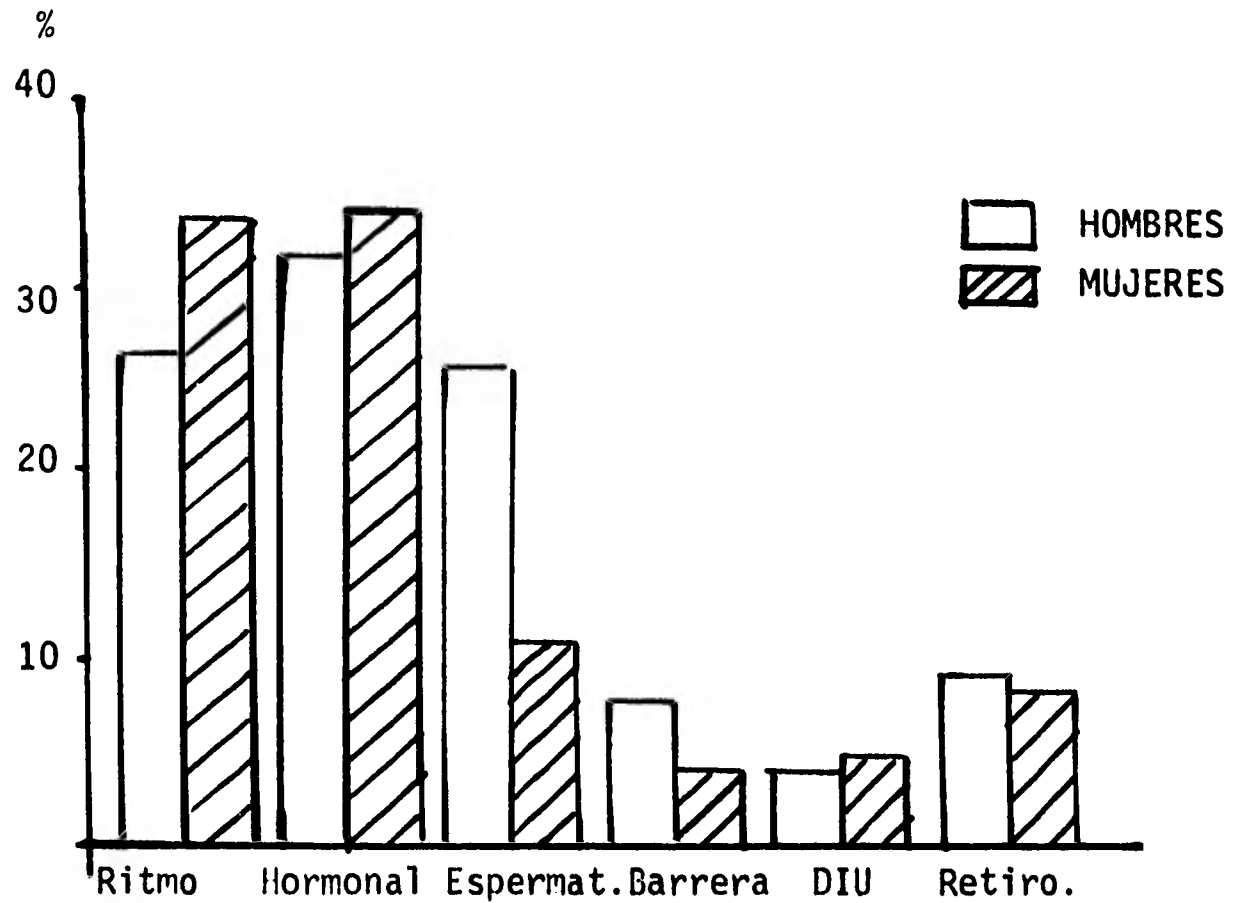
C U A D R O 6  
 FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES  
 -ULTIMOS SEIS MESES-

PSIC		MED		ARQ		ADMON		SUB-TOTAL		TOTAL	
20.5		13.5		14.5		11.5		60		15	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
14	27	12	15	13	16	9	14	48	72	12	18

Estos resultados corresponden al promedio ( $\bar{X}$ ) de relaciones sexuales que tuvieron en los últimos 6 meses a la entrevista. Estas proporciones sirven para tomarlas como parámetro al analizar los datos de uso de métodos y los métodos usados.

## METODOS USADOS

- ULTIMOS SEIS MESES -



GRAFICA No. 5 :

Aquí se muestran los métodos más usados por hombres y mujeres en los últimos 6 meses a la fecha de la entrevista.

Aparece ya el DIU usado por algunas mujeres y continúa usándose el retiro en ambos sexos

C U A D R O 7  
 PROPORCION DE RELACIONES SEXUALES Y LA  
 OCURRENCIA DE EMBARAZOS  
 -SEGUN ESCUELA-

	PSIC	MED	ARQ	ADMON
RELACIONES SEXUALES	197	164	156	140
EMBARAZOS	32	31	20	35

	VALORES DE Z (-1.96 > Z < 1.96)
PSIC - MED	-1.58
PSIC - ARQ	2.26 *
PSIC - ADMON	-4.63 *
MED - ARQ	3.81 *
MED - ADMON	-2.77 *
ARQ - ADMON	-6.77 *

\* Significativamente diferentes.

La proporción de embarazos ocurridos en los sujetos entrevistados (o en sus parejas) se puede ver desde el punto de vista de las relaciones sexuales que habían tenido. A excepción de la combinación PSIC-MED, todas las demás escuelas fueron significativamente diferentes sus proporciones de actividad coital y embarazos.



C U A D R O 8  
OCURRENCIA DE EMBARAZOS  
-POR ESCUELA Y SEXO-

PSIC		MED		ARQ		ADMON		TOTAL	
32		31		20		35		118	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
18	14	23	8	12	8	31	4	84	34

EMBARAZOS POR SEXO DE CADA ESCUELA	VALOR DE Z (-1.96 > Z < 1.96)
H - M (general)	6.71 *
PSIC	1.02
MED	5.57 *
ARQ	1.26
ADMON	6.53 *

\*Significativamente diferentes.

Esta es la proporción general de los sujetos que contestaban afirmativamente a la pregunta: H. ¿Haz embarazado alguna vez a una muchacha? y M. ¿Te haz embarazado alguna vez?.

Como se puede observar en general es significativamente diferente el índice de mujeres y hombres ( $6.71 > 1.96 = Z$ ). Excepto en el caso de PSIC y ARQ, la diferencia no fue significativa entre los embarazos de los hombres con los de las mujeres.

## C U A D R O 9

## MATRIZ GENERAL DE VARIABLES

	CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS	USO DE ANTICONCEPTIVOS	INCIDENCIA DE EMBARAZOS
SEXO	2 * X = 5.8 gl= 11 P > .05	2 X = 29.5 gl= 5 P < .05	2 X = 12.85 gl= 1 P < .05
EDAD	2 * X = 7.66 gl= 12 P > .05	2 * X = 12.36 gl= 16 P > .05	2 X = 13.45 gl= 4 P < .05
ESCUELA	2 X = 231.6 gl= 3 P < .05	2 X = 22.5 gl= 12 P < .05	2 X = 8.13 gl= 3 P < .05

(\*) No hay diferencias significativas.

En este último cuadro se pueden ver las relaciones entre las variables. Haciendo uso de la prueba estadística  $X^2$  y tomando un 0.05 como el grado de error, se encontró que en la edad y el sexo no son significativamente diferentes el conocimiento de métodos anticonceptivos. El uso con la edad tampoco lo fue, ni la ocurrencia de embarazos por sexo.