



11217 24
24
**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL
GEA GONZALEZ"**

**CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y ACTITUDES SOBRE
SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN:**

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DR. RANULFO CAMPOS DEHESA

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

DR. LUIS ALBERTO VILLANUEVA EGAN

MEXICO, D. F.

NOV. 1998

268752



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

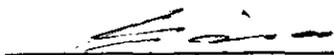
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

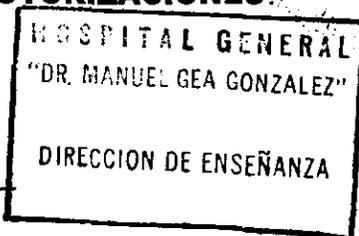
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

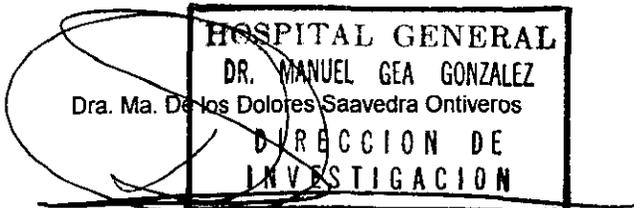
AUTORIZACIONES

Dr. Héctor Villarreal Velarde



Director de Enseñanza

Dra. Ma. De los Dolores Saavedra Ontiveros



Directora de Investigación

Dra. Ma. Teresa Velasco Jiménez



Subdirectora de Enseñanza

Dr. Enrique García Lara



Subdirector de Ginecología y Obstetricia.
Profesor titular del curso de especialización en
Ginecología y Obstetricia.

COLABORADORES

Investigación principal: Dr. Ranulfo Campos Dehesa

Investigador responsable (tutor): Dr. Luis Alberto Villanueva E.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS.

A MIS PADRES: Por su apoyo incondicional.

A MIS HERMANOS: Por ser mis amigos, compañeros y por estar al pendiente de mi familia.

A MIS SOBRINOS: Como un ejemplo de dedicación, honestidad y arduo trabajo para lograr la superación personal.

A MIS MAESTROS: Por la enseñanza, por las muestras de confianza, seguridad y apoyo..... Mis respetos y admiración.

A MI TUTOR: Por ser mi guía, fuente de conocimientos y seguridad, y por quien esto..... Es una realidad.

A MIS HIJOS: Salvador Alejandro, Claudia y Veronica, no solo por ser la más grande bendición y alegría de mi vida, sino también por ser mi inspiración, aliento y motivo para seguir luchando día con día.

Y ESPECIALMENTE..... A MI ESPOSA ALEJANDRA, quien es la esencia de mi razón y fuerza, el pilar sobre el que he apoyado mi vida, y a pesar de la adversidad, de los momentos de angustia, de soledad y de desesperación ha mantenido la paciencia y la cordura necesaria para salvaguardar la familia, mi hogar..... Mil gracias.

ANTECEDENTES

A pesar de los avances en la tecnología anticonceptiva y de los nuevos métodos para el control de la natalidad muchas adolescentes quedan bajo el riesgo de embarazo.

Buenos programas educacionales se han desarrollado para las adolescentes. La experiencia en Europa demostró que una adecuada información sobre sexualidad y anticoncepción disminuye el riesgo de embarazos no deseados (1), la abstinencia sexual y el retardo en el inicio de las relaciones sexuales puede ser un método efectivo en prevenir las consecuencias de la actividad sexual (2).

Los medios gubernamentales reconocen la magnitud del problema, los programas se han incrementado hacia las adolescentes embarazadas y con poca atención a las que se encuentran bajo el riesgo de un embarazo y más aun a quienes no han tenido un hijo.

En las últimas décadas se ha observado un incremento notable en la actividad sexual de las adolescentes a edades más tempranas, por ej. en la población adolescente de Cuba el 51% había tenido relaciones sexuales; 66% uso un método anticonceptivo y 61% tenía historia de un embarazo(3), otros autores(4) refieren que el 21% de la población adolescente había iniciado actividad sexual.

Existen diversos factores que tratan de explicar la gran fecundidad de las adolescentes: la disminución de la menarca, menos restricción a la mezcla de sexos a edades más tempranas; la prolongación simultánea al periodo de la adolescencia por la tendencia a seguir dependiendo desde el punto de vista económico de los padres mientras se prosigue con la educación.

El médico debe estar familiarizado con las consecuencias de esta experimentación sexual temprana, embarazos no planeados, aumento de la frecuencia de enfermedades de transmisión sexual y violación, incrementando su responsabilidad a través de una comunicación persuasiva(5).

La edad en que una adolescente se vuelve sexualmente activa tiene implicaciones mayores sobre el riesgo de un embarazo, ya que las adolescentes más jóvenes tienden con menos frecuencia a usar un método anticonceptivo para prevenir un embarazo. Si la adolescente planea ser sexualmente activa se le debe alentar para de alguna forma use un método anticonceptivo(6). El empleo sostenido del método, en particular obtenido de un médico reduce el riesgo acumulativo de embarazo hasta en una sexta parte, sin embargo aunque cada vez son más las adolescentes que recurren a métodos anticonceptivos eficaces, la mayoría espera hasta que se produce el primer coito antes de recurrir a método alguno y muchas de ellas esperan hasta que se embarazan.

A pesar de que existen pruebas de que las adolescentes actuales pueden estar usando métodos anticonceptivos en mayor grado que antes, un número importante no lo usa por diversas razones: la mayoría refleja falta de conocimientos y algunas falta de disponibilidad; otras creen que la anticoncepción es perjudicial o inmoral o que interfiere con el placer sexual, por lo que es necesario clarificar las creencias erróneas sobre conocimientos y prácticas concernientes a la sexualidad, embarazo, así como al uso y acceso a los anticonceptivos(7). Muchas adolescentes se resisten a solicitar consejo o prescripción de anticonceptivos porque temen a que se les repudie o se les niegue lo que piden así como al rechazo de su solicitud.

El problema principal que afrontan los profesionales de la salud que atienden adolescentes sexualmente activas es hacerlas incorporarse en el empleo de la anticoncepción para prevenir embarazos no deseados. Aunque las organizaciones de profesionales médicos recomiendan a estos discusiones acerca de materia sexual y prevención de riesgos, muchas adolescentes reportan no haber recibido estos servicios(8). La motivación para la anticoncepción es muy elevada después de que se ha terminado un embarazo, ya sea como nacimiento o aborto, con una información apropiada sobre el uso de métodos anticonceptivos y sobre los mitos de la sexualidad se evidenciara mayor duración del uso de los mismos con mejores efectos benéficos(9). El embarazo en las adolescentes, frecuentemente no deseado y no planeado tiene un impacto negativo tanto físico, emocional, educacional y económico(10). Muchas adolescentes que tienen una buena educación sexual tienen un efecto positivo para el uso de métodos anticonceptivos(11).

En los Estados Unidos de Norte América los embarazos en adolescentes son alarmantemente elevados, aproximadamente el 10% de las mujeres entre los 15 y los 19 años de edad se embarazan cada año y la mayoría de estos embarazos son no planeados(12). En México se reporta que uno de cada 6 embarazos ocurre en este grupo de edad(13).

Los conocimientos en materia sexual es un factor importante que influye en el comportamiento reproductivo(14). es necesario una clara definición de educación sexual con énfasis en comunicación con la familia(7).

Algunos estudios apoyan la hipótesis de que la familia influye sustancialmente en la conducta sexual y contraceptiva(15). Existen informes sobre educación sexual y experiencia sexual temprana, apoyando la no evidencia acerca de que la agregación de la educación sexual escolar puede apresurar el inicio de las relaciones sexuales(16).

El uso de métodos anticonceptivos es pobre en todos los grupos de edad sin embargo sus consecuencias socioeconómicas y educacionales en las adolescentes embarazadas es tremenda(17).

Los factores que influyen para que las adolescentes usen anticonceptivos ha sido estudiada desde varias perspectivas, incluyendo una organización basada en sociología, psicología, economía, demografía, antropología y medicina entre otras, el número de variables es impresionante, incluyendo actitudes, intenciones, personalidad, normas, contexto social, religión, edad, estado socioeconómico, cultura, características familiares, entre otros(18). Una de las variables que ha requerido considerable atención es el suministro, la utilidad de las clínicas de planificación familiar, la naturaleza de cada programa y los tipos de programas que ofrecen. Varios críticos argumentan que la presencia de *clínicas de planificación familiar con servicios para adolescentes promueven la promiscuidad*. Otros estudios encuentran tanto una asociación positiva, como negativa.

En México las primeras acciones de Planificación Familiar datan de 1964, pero es a partir de 1973 cuando se implementan y consolidan en los servicios de todas las instituciones públicas de Salud, en un principio fue la necesidad de apoyar la nueva política demográfica y posteriormente como un programa de salud.

En 1977 por acuerdo presidencial se aprobó y se puso en marcha el programa nacional de planificación familiar 1977-82, para 1983-88 bajo la dirección de la Secretaría de Salud y la CONAPO se elabora el programa interinstitucional de planificación familiar, reconociéndose como un programa de salud, incluyéndose dentro del Plan Nacional de desarrollo y señalando en un punto el de proporcionar los servicios de orientación sexual y planificación familiar a la población adolescente; estas acciones se intensificaron en el programa 1988-94(13) y se consolidaron en la ejecución del programa 1995-2000(19).

El objetivo de los programas es incrementar la cobertura de información, educación y servicios específicos para la atención de la salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, promoviendo estilos de vida sana; incrementar el uso de métodos anticonceptivos, reducir el número de embarazos no deseados, ya que la meta de toda mujer es no solo planear el número de hijos, sino también el espaciamiento de los mismos(20). Proporcionar servicios de calidad en planificación familiar y salud reproductiva a población en circunstancias especiales(discapacitados, víctimas de abuso sexual)(19,21).

Uno de los métodos anticonceptivos más efectivos y reversibles para prevenir un embarazo son los hormonales orales; las adolescentes son particularmente renuentes a su uso; según otros, estos tienen buena aceptación, así como los implantes subdermicos, el depo-provera y los condones(23,24,25). A pesar de esto menos del 10% usan anticonceptivos en su primera relación sexual, más del 50% se embarazan en los primeros 6 meses del inicio de la actividad sexual y más del 20% de los embarazos ocurren en el primer mes(12).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Las adolescentes embarazadas tienen los mismos conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción en comparación con las adolescentes no embarazadas ?.

Aproximadamente del 24 al 31% de las madres adolescentes experimentan un segundo embarazo dentro de los 24 meses siguientes del primer nacimiento, así mismo hay discontinuidad de la escuela, desempleo y completa dependencia(22).

En la década de los cincuentas y los sesentas gracias al avance de la tecnología médica y de la institucionalización de los servicios de salud pública y seguridad social disminuyeron las tasas de mortalidad, particularmente la materno-infantil, sin que se diera un cambio significativo en las tasas de fecundidad; esta circunstancia propició y favoreció un incremento en las tasas de crecimiento de la población alcanzando el 3.4%, la más alta registrada en la historia de México. Es hasta el año de 1974 en que la planificación familiar se eleva a rango constitucional, hasta el periodo de 1989-94 en que se inician actividades a la población adolescente estableciéndose un convenio entre la Secretaria de Educación Pública y la Secretaria de Salud para incorporar contenidos sobre salud reproductiva y orientación sexual en los diferentes niveles de enseñanza, capacitación al magisterio, a estudiantes normalistas, inicio de la coordinación con la asociación de padres de familia. En la actual administración el Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud toma la iniciativa de implementar en el programa de salud reproductiva mayor atención a la población adolescente(26). El 29 de julio de 1998 el Secretario de Educación Pública informa que en el nivel de educación primaria se iniciaran pláticas sobre orientación sexual.

Las adolescentes inician cada vez y a edades mas tempranas vida sexual, es de suma importancia que adquieran una sexualidad de manera responsable y sin riesgos, es necesario disminuir los embarazos no deseados al 50%, facilitando su acceso a las oportunidades de educación y empleo, incrementar el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa(19).

OBJETIVO

Objetivo General:

- ◆ Evaluar los conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción en adolescentes embarazadas.

Objetivos específicos:

- ◆ Conocer el estado civil, escolaridad y ocupación de las adolescentes embarazadas.
- ◆ Evaluar la información recibida sobre sexualidad y anticoncepción en las adolescentes embarazadas.
- ◆ Determinar dentro del ámbito social en que viven las adolescentes embarazadas a quien solicitarían consejería sobre sexualidad y anticoncepción.
- ◆ Conocer la edad de inicio de relaciones sexuales en las adolescentes embarazadas.
- ◆ Evaluar el uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual en adolescentes embarazadas.
- ◆ Conocer la participación de la pareja sexual sobre el uso de métodos anticonceptivos en la adolescente embarazada.
- ◆ Determinar los conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción en adolescentes embarazadas.

HIPOTESIS

Hipótesis Nula: No existen diferencias en relación a conocimientos sobre actitudes y prácticas de sexualidad y anticoncepción entre adolescentes embarazadas y adolescentes no embarazadas.

Hipótesis Alterna: Las adolescentes embarazadas poseen un mayor conocimiento y/o tienen actitudes y prácticas frente a la sexualidad y anticoncepción en comparación a las adolescentes no embarazadas.

OBJETIVO

Objetivo General:

- ◆ Evaluar los conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción en adolescentes embarazadas.

Objetivos específicos:

- ◆ Conocer el estado civil, escolaridad y ocupación de las adolescentes embarazadas.
- ◆ Evaluar la información recibida sobre sexualidad y anticoncepción en las adolescentes embarazadas.
- ◆ Determinar dentro del ámbito social en que viven las adolescentes embarazadas a quien solicitarían consejería sobre sexualidad y anticoncepción.
- ◆ Conocer la edad de inicio de relaciones sexuales en las adolescentes embarazadas.
- ◆ Evaluar el uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual en adolescentes embarazadas.
- ◆ Conocer la participación de la pareja sexual sobre el uso de métodos anticonceptivos en la adolescente embarazada.
- ◆ Determinar los conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción en adolescentes embarazadas.

HIPOTESIS

Hipótesis Nula: No existen diferencias en relación a conocimientos sobre actitudes y prácticas de sexualidad y anticoncepción entre adolescentes embarazadas y adolescentes no embarazadas.

Hipótesis Alterna: Las adolescentes embarazadas poseen un mayor conocimiento y/o tienen actitudes y prácticas frente a la sexualidad y anticoncepción en comparación a las adolescentes no embarazadas.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio prospectivo, comparativo, abierto, observacional y transversal.

El universo de estudio incluyó 200 mujeres; 100 embarazadas y 100 no embarazadas y cuya edad osciló entre los 15 y los 19 años de edad, sin antecedentes de embarazo previo y que aceptaron llenar un cuestionario, fueron eliminadas aquellas que no contestaron en forma completa el cuestionario.

Las variables independientes fueron edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

Las variables dependientes fueron; conocimientos, prácticas y actitudes sobre sexualidad y anticoncepción, medidas por un cuestionario de 21 preguntas.

VALIDACION DE DATOS

Para el análisis de los resultados se utilizo:

- ◆ Estadística descriptiva. (Porcentajes).
- ◆ Estadística inferencial.(T de Student). Para las variables continuas y prueba de Z para las variable nominales.

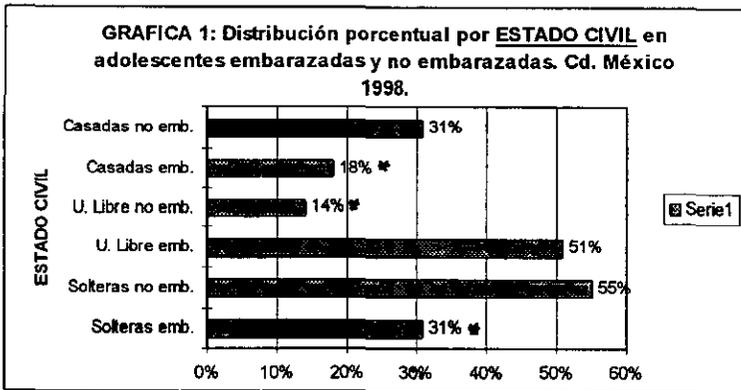
Se considerará una diferencia como estadísticamente significativa con un valor de $P < 0.05$.

RESULTADOS

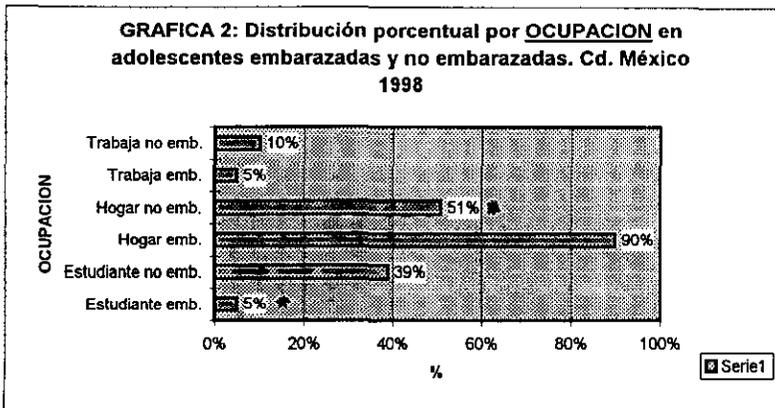
ANTECEDENTES

La menarca en las adolescentes embarazadas fue de 12.33 +/- 1.4 años y para las adolescentes no embarazadas de 12.24 +/- 1.39 años, sin diferencia significativa.

El embarazo repercute en el estado civil de las adolescentes, se encontró que el 31% son solteras comparada con el 55% del grupo control, así también el 51% del grupo de estudio viven en unión libre comparada con el grupo control que es sólo el 14%. ($P < 0.001$. Prueba de z). (Gráfica 1).



El 5% de las adolescentes embarazadas eran estudiantes, así como el 90% se dedicaban al hogar, al compararse con el grupo control siendo del 39% y 51% respectivamente. ($P < 0.001$). (Gráfica 2).



Al analizar la escolaridad se encontró que el 10% del grupo de estudio y el 1% del grupo control tenían primaria incompleta, así como el 13% del grupo de estudio tuvieron estudios superiores a la secundaria, comparada con el 40% del grupo control. ($P < 0.001$). (Cuadro 1).

CUADRO 1: Distribución porcentual por ESCOLARIDAD en adolescentes embarazadas y no embarazadas. Cd. México 1998.

ESCOLARIDAD	EMBARAZADAS (N=100) %	NO EMBARAZADAS (N=100) %	VALOR DE P
Analfabetas	5	1	0.214
Primaria incompleta	10	1	0.013*
Primaria completa	19	10	0.108
Secundaria incompleta	14	17	0.696
Secundaria completa	39	31	0.299
Otro	13	40	<0.001*

Fuente: Encuesta sobre sexualidad y anticoncepción en adolescentes.

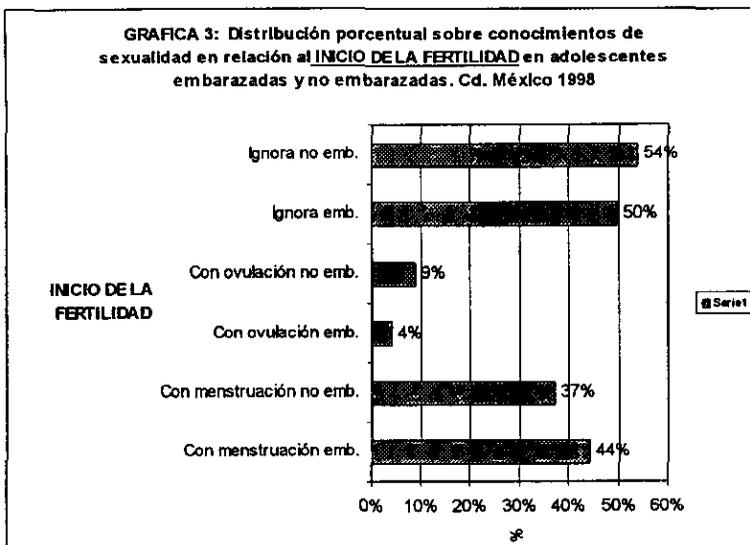
* Diferencia estadísticamente significativa $P < 0.05$. Prueba de z.

La edad de inicio de vida sexual es de suma importancia sobre el riesgo de embarazo, se reportó que para las adolescentes embarazadas fue de 15.99 +/- 1.4 años y para las adolescentes no embarazadas la edad de inicio fue de 16.81 +/- 1.69 años, con una diferencia estadísticamente significativa. ($P < 0.001$ por la prueba de t de student).

CONOCIMIENTOS

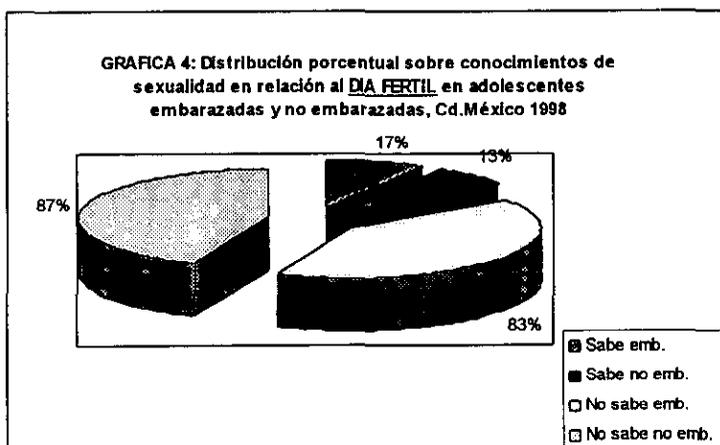
El reporte sobre conocimientos al valorar el inicio de la fertilidad se encontró que el 50% de las adolescentes embarazadas y el 54% del grupo control lo ignora. (Gráfica 3).

GRAFICA 3: Distribución porcentual sobre conocimientos de sexualidad en relación al INICIO DE LA FERTILIDAD en adolescentes embarazadas y no embarazadas. Cd. México 1998

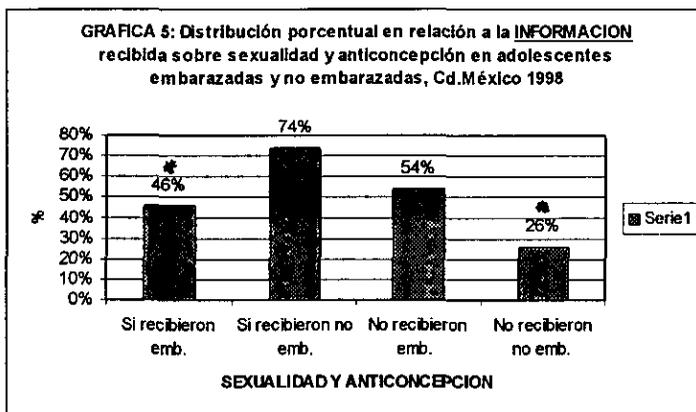


Al investigar si conocían el día fértil del ciclo menstrual el 17% del grupo de estudio y el 13% del grupo control respondieron positivamente, el resto lo ignora. No se observó diferencia significativa (Gráfica 4).

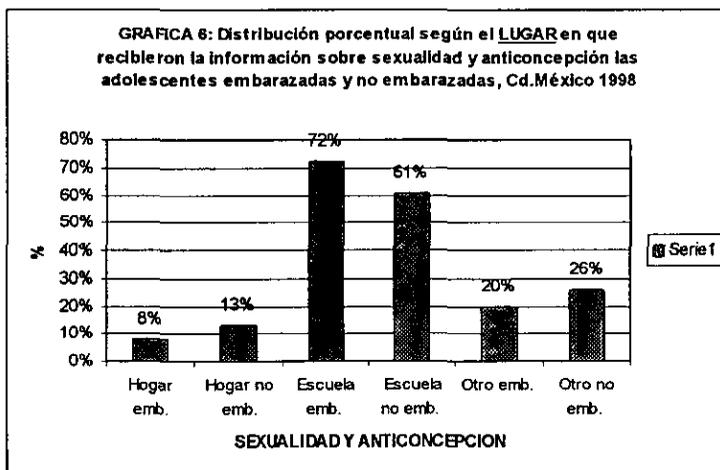
GRAFICA 4: Distribución porcentual sobre conocimientos de sexualidad en relación al DÍA FÉRTIL en adolescentes embarazadas y no embarazadas, Cd. México 1998



El 74% del grupo control y el 46% del grupo de estudio respondió tener conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción; sin embargo, ignora conocimiento sobre estos temas el 54% de las adolescentes embarazadas. ($P < 0.001$). (Gráfica 5).



Cuando se investigo el lugar en donde habían recibido la información sólo el 8% del grupo en estudio respondió que en el hogar y el 72% en la escuela, no se encontró diferencia significativa al ser comparada con el grupo control. (Gráfica 6).



Con relación a conocimientos sobre el número de métodos anticonceptivos hubo diferencias importantes, desde el desconocimiento de los mismos del grupo en estudio al ser comparado con el grupo control. (Cuadro 2).

CUADRO 2: Distribución porcentual en relación al NUMERO de métodos anticonceptivos que conocen las adolescentes embarazadas y no embarazadas. Cd. México 1998.

No.de métodos Anticonceptivos	EMBARAZADAS (N=100) %	NO EMBARAZADAS (N=100) %	VALOR DE P
	Ninguno	25	
1	19	16	0.710
2	20	21	1.000
3 o más	36	55	0.011*

* Diferencia estadísticamente significativa. P<0.05. Prueba de z.

De las 75 adolescentes embarazadas que conocían métodos anticonceptivos, el que resulto más conocido fue el preservativo en el 57.3%; los orales en el 26.6% y el DIU en el 14.6%, sin diferencia significativa con el grupo control. (Cuadro 3).

CUADRO 3: Distribución porcentual en relación al TIPO DE METODO anticonceptivo más conocido por las adolescentes embarazadas y no embarazadas. Cd. México 1998.

Tipo de métodos	EMBARAZADAS (n = 75)	NO EMBARAZADAS (n = 92)	VALOR DE P
DIU	14.6	13	0.933
ORALES	26.6	24	0.837
INYECTABLES	0	5.4	0.113
PRESERVATIVO	57.3	53.2	0.712
ESPERMATICIDAS	1.3	4.3	0.497

Al comparar sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos de las 75 adolescentes del grupo de estudio fue positivo en el 46.66% vs. El 32.60 % del grupo control. (Cuadro 4).

CUADRO 4: Distribución porcentual según el USO CORRECTO de los métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas y no embarazadas. Cd. México 1998.

USO CORRECTO	EMBARAZADAS (n = 75) %	NO EMBARAZADAS (n = 92) %	VALOR DE P
Positivo	46.66	32.60	0.092
Negativo	53.33	59.78	0.496

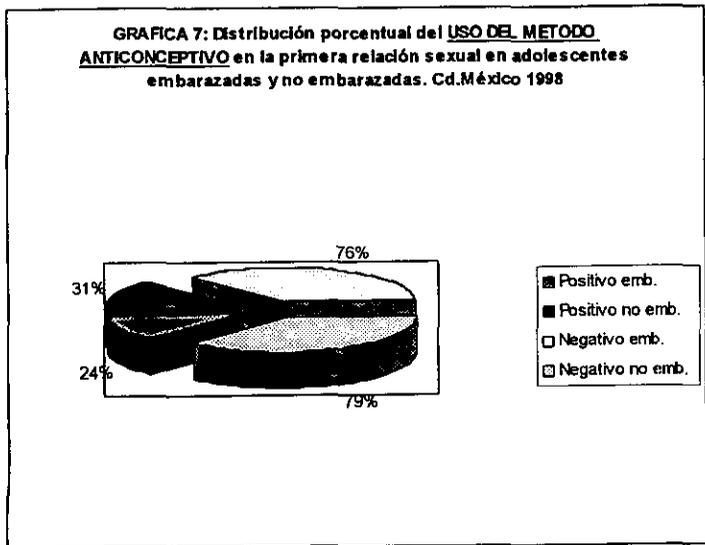
El cuadro 5 demuestra que el dispositivo intrauterino es considerado como el método de mayor eficacia, seguido por el preservativo y en tercer lugar por los inyectables, no hubo diferencia con el grupo control. (Cuadro 5).

CUADRO 5: Distribución porcentual según la MAYOR EFICACIA de los métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas y no embarazadas. Cd. México 1998.

MAYOR EFICACIA	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS	
	(n = 60) %	(n = 92) %	VALOR DE P
DIU	61.66	50.00	0.213
ORALES	5.00	7.60	0.766
INYECTABLES	10.00	8.70	0.987
PRESERVATIVO	20.00	24.00	0.705
OTROS	3.33	8.70	0.328

PRACTICAS

El 24% de las adolescentes embarazadas usaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual comparada con el 21% de las adolescentes no embarazadas. (Gráfica 7).



El método más usado fue el preservativo en el grupo de estudio con un porcentaje del 79.16%, seguido por los hormonales orales. (Cuadro 6).

CUADRO 6: Distribución porcentual del **TIPO DE METODO** anticonceptivo usado en la primera relación sexual en adolescentes embarazadas y no embarazadas. Cd.México 1998.

TIPO DE METODO	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS	VALOR DE P
	(n = 24)	(n = 13)	
Preservativo	79.16	84.61	0.972
Orales	16.66	0	0.338
Injectable	0	0	
Otros	4.16	15.38	0.599

No conocer algún método anticonceptivo fue el primer motivo para no usarlo en el 46% del grupo en estudio; el 37% no quiso usar método alguno; el 13.15% se le olvidó el método y en el 3.9% hubo oposición de la pareja en el grupo de adolescentes embarazadas, sin diferencia significativa con el grupo control. (Cuadro 7).

CUADRO 7: Distribución porcentual según **MOTIVO DE NO USAR** un método anticonceptivo en la primera relación sexual en adolescentes embarazadas y no embarazadas. Cd.México 1998.

MOTIVO DE NO USAR	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS	VALOR DE P
	(n = 76) %	(n = 50) %	
No conoce	46	50	0.797
No quiso	37	46	0.412
Olvido	13.15	2	0.065
Oposición de la pareja	3.90	2	0.093

La participación de la pareja sexual en el empleo de métodos anticonceptivos fue positiva en el 87.5% del grupo de adolescentes embarazadas y en el 61.53% del grupo de adolescentes no embarazadas, sin diferencia estadística significativa.

ACTITUDES

Uno de los motivos importantes de la investigación fue con relación a la importancia de la educación sexual y la anticoncepción, el 100% de las adolescentes embarazadas consideraron que es indispensable y en el grupo control sólo 2% reportaron que no es importante. ($P < 0.447$).

El interrogatorio sobre los temas individuales con relación a los contenidos respondieron a sexualidad en el 35%, a anticoncepción el 26% y a ambos en el 26%, sin diferencia al compararse con el grupo control (Cuadro 8). Sin embargo, el 13% del grupo en estudio no proporciona una respuesta clara sobre cual contenido le era más importante, comparada con sólo el 2% del grupo control. ($P < 0.007$).

CUADRO 8: Distribución porcentual sobre conocimientos de sexualidad y anticoncepción en relación a los CONTENIDOS MAS IMPORTANTES en adolescentes embarazadas y no embarazadas. Cd.México 1998.

CONTENIDOS MAS IMPORTANTES	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS	
	(n = 100) %	(n = 100) %	VALOR DE P
Sexualidad	35	42	0.383
Anticoncepción	26	16	0.118
Ambos	26	40	0.051
No responde	13	2	0.007*

* Diferencia estadísticamente significativa. $P < 0.05$

Independientemente de la educación sistemática recibida, la persona ideal para aconsejar a las adolescentes sobre temas relacionados con la sexualidad y la anticoncepción con mayor frecuencia es la madre, seguida por el médico y las amigas y en última instancia se incluye a la pareja, las hermanas y los maestros. (Cuadro 9).

CUADRO 9: Distribución porcentual según el ámbito social, A QUIEN SOLICITARIAN CONSEJO sobre sexualidad y anticoncepción las adolescentes embarazadas y no embarazadas. Cd.México 1998.

PRINCIPAL FUENTE DE INFORMACION	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS	
	(n = 100) %	(n = 100) %	VALOR DE P
Madre	68	65	0.764
Padre	0	2	0.477
Hermana	3	4	1.000
Médico	15	21	0.333
Amiga	7	3	1.000
Maestra (o)	3	2	1.000
Pareja	4	3	1.000

Por último al investigar quien debe decidir acerca del uso de los métodos anticonceptivos el 99% de las adolescentes embarazadas respondió que ambos y en el grupo control sólo el 84% tuvo la misma respuesta. ($P < 0.001$). (Cuadro 10).

CUADRO 10: Distribución porcentual en relación, A QUIEN LE CORRESPONDE DECIDIR sobre el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas y no embarazadas. Cd.México 1998.

QUIEN DECIDE SOBRE EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS	
	(n = 100) %	(n = 100) %	VALOR DE P
Mujer	1	10	0.013*
Hombre	0	6	0.038*
Ambos	99	84	<0.001*

* Diferencia estadísticamente significativa. $P < 0.005$

DISCUSION

La edad de inicio de la actividad sexual en la etapa de la adolescencia es un factor determinante que influye directamente sobre el riesgo de un embarazo no deseado, como lo demuestran los resultados del presente estudio.

El embarazo en adolescentes tiene implicaciones socioculturales tales como la interrupción de la educación escolar y el confinamiento a las actividades domésticas, lo que conduce a la interrupción de su desarrollo personal.

Solamente el 13% del grupo en estudio tuvo conocimientos superiores a la secundaria, en comparación con el 40% de la población de adolescentes no embarazadas.

Los conocimientos en materia sexual y anticonceptiva son elementos que inciden directamente en el comportamiento reproductivo y en la calidad de vida, no se encontró diferencia entre los dos grupos de estudio. Es de particular importancia mencionar que hasta el 50% de ambos grupos carecen de información en relación al inicio de la fertilidad y más del 80% sobre el día fértil.

Del grupo que si tuvo conocimientos sobre sexualidad estos fueron adquiridos en la escuela, la influencia participativa de la familia fue muy escasa, así también, pudimos apreciar que existe un ignorancia impresionante en relación al número de métodos anticonceptivos conocidos, lo cual repercute en su falta de uso al inicio y durante su vida sexual activa.

Ambos grupos refieren como método anticonceptivo más conocido al preservativo, pero al interrogarlos sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos, menos del 50% tiene el dominio de los mismos, también se aprecia la negativa de las adolescentes de usar un método anticonceptivo hasta en el 37% de los casos. De acuerdo con lo anterior, resalta la ausencia de conocimientos sobre anticoncepción y la negativa de uso de los mismos, lo que enfatiza la necesidad de ampliar la cobertura y adecuar las estrategias educacionales sobre salud reproductiva en la población adolescente antes del inicio de su vida sexual.

Al investigar las actitudes de la población adolescente sobre estos temas se demostró que ambos grupos tienen interés para el dominio en los mismos; sin embargo, hasta el 13% de ellos no tienen referencias sobre los conceptos contenidos en estos temas.

Es importante comentar que los conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción no resultaron diferentes al comparar ambos grupos, lo que puede participar en que se observen mujeres menores de 19 años de edad con más de dos embarazos, lo que reduce aún más sus expectativas de vida.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Diferentes autores han señalado que el medio intrafamiliar debe ser el principal encargado de proporcionar dicha enseñanza, y como se señaló anteriormente esta se logra a base de una comunicación persuasiva, completa y abierta sin la participación de mitos, temores y prejuicios. La niña y la adolescente deben obtener el asesoramiento y consejo de sus padres y principalmente la madre es la encargada en impartir estas enseñanzas, como así lo demostraron los resultados del estudio (68%). ¿Pero realmente los padres tienen los conocimientos sobre estos temas?, ¿El adolescente tendrá la confianza suficiente en ellos?, ¿Existirá una vía de comunicación apropiada?. Los resultados de la encuesta mostraron que sólo en el 8% de los grupos en estudio participó la familia, de aquí que entre los objetivos de educación sexual se incorpore a la familia y no sólo al adolescente, además de que sus contenidos deben ser mucho más amplios y no limitarse simplemente a los aspectos biológicos, si no también resaltar los aspectos éticos y sociales.

Un segundo personaje encargado de proporcionar asesoramiento a este grupo de población es el personal de salud, por lo que es necesario facilitar el acceso de los adolescentes a las unidades de atención médica y adiestrar al personal médico y paramédico con el objeto de que brinden de manera respetuosa un conocimiento actualizado, veraz y adecuado a las necesidades de los adolescentes.

A pesar que los resultados del presente estudio demostraron que los maestros son los últimos a los cuales las adolescentes pedirían consejo y apoyo sobre los temas de sexualidad y anticoncepción, el magisterio tiene como misión manejar estos aspectos dentro de los contenidos educativos.

CONCLUSIONES

- ◆ Tener conocimientos en materia sexual y anticonceptiva son factores importantes que influyen en el comportamiento reproductivo de las adolescentes.
- ◆ La edad de inicio de la actividad sexual por sí sola y la asociación a la falta de conocimientos en anticoncepción influye en forma directamente proporcional al riesgo de embarazo.
- ◆ Un embarazo en la etapa de la adolescencia influye en forma negativa tanto en su desarrollo educacional, social, cultural y psicológico.
- ◆ Existe un desconocimiento impresionante en materia sexual y anticonceptiva, por lo que es necesario clarificar las creencias erróneas que predominan en esta etapa de la vida.
- ◆ Es necesario explorar a los responsables del núcleo familiar en conocimientos sobre estos temas, para de esta forma propiciar el inicio de la educación desde el nivel intrafamiliar.
- ◆ Es indispensable facilitar la comunicación entre adolescentes y médicos sobre los riesgos de las prácticas sexuales (embarazo, SIDA, etc.) y los métodos de prevención, así como incrementar la responsabilidad de los profesionales de la salud con la finalidad de reducir el riesgo de un embarazo no deseado.
- ◆ Se debe continuar reforzando la participación de la población masculina.
- ◆ El magisterio y los encargados de la educación en sus diversos niveles ante un adolescente deben mantener definitivamente su postura de adultos, con autoridad, con seguridad y con una gran capacidad de aceptación, de comprensión y de dar y de recibir autoridad, así como propiciar el acceso de los adolescentes a los servicios de orientación sexual y planificación familiar.
- ◆ Establecer mecanismos permanentes de información, educación, comunicación y evaluación sobre salud sexual y reproductiva con la intención de continuar su seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Goldfarb. AF. Adolescent sexuality. Ann- N-Y Acad. Sci. 1997; 816:395-403
- 2.- Matsumoto S. Sex. Education and behaviour of adolescence in japan. Ann Acad Med Singapore. 1995; 24(5):696-99.
- 3.-Martinez Madan E; Salazar Ramirez M; Parada Rodriguez DM. The sexuality of adolescents from 14 to 19 in a given population. Rev Cub. enf 1992; 8(2):101-10.
- 4.-Fernández Martínez de Alegría C; Burgos Larumbre A; Sánchez Cartalejo E. Risk of pregnancy in adolescence, Aten Prim 1992; 9(2):90-8.
- 5.-Witte W. Preventing teen pregnancy through persuasive communications. Realites, myths, and the hard fact truths. J: community Health 1997; 22(2):137-54.
- 6.- Tafelski T; Boehn KE. Contraception in the adolescent patient. Prim Care 1995; 22(1):145-59.
- 7.-Pick de Weiss S; Atkin LC; Gribble J.N; Andrade Palos P. Sex, contraception and pregnancy among adolescen in México City. Stud Fam Plann 1991; 22(2):72-82.
- 8.-Schuster MA; Bell RM; Petersen LP; Kanouse DE. Communication between adolescents and physicians about sexual behavior and risk prevention. Arch Pediatr Adolesc Med 1996;150(9): 906-13.
- 9.-Reis J; Tymchyshyn P. A longitudinal evaluation of cumputer assisted instruction on contraception for college student Adolescence 1992; 27(108):803-11.
- 10.-Fielding JE; Williams CA. Adolescent pregnancy in the United States; A review and recommendations for clinicians and research neds. Am J. Prev Med 1991; 7(1):47-52.
- 11.-Visser AP; Van Vilsen P. Effectiveness of sex education provided to adolescents. Patient educ conuns 1994; 23(3):147-60.
- 12.- Philip J. Moore; Nancy E. Adler; Susan K Kegeles. Adolescents and the contraceptive pill: the impact of beliefs on intentions and use. Obstet Gynecol 1996; 88(3):48-56.
- 13.-Avances y perspectivas del Programa de Planificación Familiar. Rev. de Planificación Familiar. 1990.
- 14.-Rusell Brown P; Rice JC; Héctor O; Bertrand JT. The effect of sex education on teenagers in St. Kitts and nevis. Bull Pan Am Health Organ 1992; 26(1):67-79.

- 15.-Pick S; Palos PA. Impact of the family on the sex lives of adolescents. *Adolescence* 1995; 30(119):667-75
- 16.-Wellings K and et. al. Provision of sex. education and early sexual experience. The relation examined. *B.M.J* 1995; 311(7002):417-20.
- 17.- Ann J. Davis. The role of hormonal contraception in adolescents. *Am J. Obstet Gynecol* 1994; 170(5):1581-1585.
- 18.- James Jaccara. Adolescent contraceptive behavior: The impact of the provider and provider and the structure of clinic based programs. *Obstet Gynecol* 1996; 88(3):57-64.
- 19.- Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Secretaria de Salud 1995.
- 20.- Jaqueline Derroch Forrest. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. *Am J. Obstet Gynecol* 1994; 170(5):1485-89.
- 21.-Comitte on children with disabilities. Sexuality educación of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics* 1996; 97(2):275-78.
- 22.- Abbey B. Berensón; Constance M. Wiemann. Contraceptive use among adolescent mothers at 6 months postpartum. *Obstetr Gynecol* 1997; 89(6):999-1005.
- 23.- Herbin RE. Female adolescent contraception. *Pediatr nurs* 1995; 21(3):221-6.
- 24.- Barbara A Cromer; Jamie Mc Ardle Blair; John D Mahan. A perspective comparasion of bone density in adolescent girl reciving depot medroxy progesterone acetate, levonorgestrel or oral contraceptives. *J. Pediatric* 1996; 129(5):671-76.
- 25.- Abley B Berensón; Constance M. Wiemann. Patient satisfaction and side effects whith levonorgestrel implant. Use in adolescents 18 years of age or younger. *Pediatrics* 1993; 92(2):257-62.
- 26.- Perez Palacios Gregorio. El Programa de Salud Reproductiva. Memorias de la 1a. reunión académica de la sociedad Mexicana de Biología de la Reproducción AC. 1997.
- 27.- Maria Salonge Valenzuela; Joan H. Herald; leomorris; Ilse M. López.Encuesta de Salud Reproductiva en adultos jovenes del Gran Santiago. *Bol. of. sanit panam* 1992, 112 (1): 19-30