



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33



**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN ADOLESCENTES”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. ERIC AMADOR OLVERA

TUTORA:

DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



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.

TUTORA DE TESIS

DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO EN MEDICINA FAMILIAR

UMF 33

Vo.Bo.

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD
UMF 33

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO EN MEDICINA FAMILIAR
UMF 33

“No se necesitan nueve meses, se necesitan cincuenta años para hacer un hombre, cincuenta años de sacrificio, de voluntad, de... ¡tantas cosas! Y cuando ese hombre está hecho, cuando ya no queda en él nada de la infancia ni de la adolescencia, cuando verdaderamente es un hombre, no sirve nada más que para morir”

Escrito por: André Malraux

AGRADECIMIENTOS

A MI BONITA

Gracias preciosa por haberme ayudado a concluir otra etapa de mi vida, el saber que siempre estas conmigo, a mi lado y que juntos hemos podido afrontar las adversidades, esto me reconforta y me da seguridad ante cualquier reto que se me presente. Tú eres el motor de mi vida, quien da sentido a mí existir y que por siempre en la eternidad estaré por siempre contigo prendido del amor que nos tenemos. Y recuerda que siempre serás la persona más importante en mi vida. A ti debo el éxito de esta obra, que se ve concluida con mucho trabajo, esmero y dedicación.

A MIS PADRES

Agradezco a ustedes todos mis éxitos, gracias a su apoyo incondicional para realizar todos mis proyectos, por siempre confiar en mí y ofrecerme las herramientas necesarias para afrontar el difícil y sinuoso camino que es la vida. Espero jamás defraudarlos y seguir contando con su apoyo.

A MIS SUEGROS

Este es un especial agradecimiento, fuera de lo común, ya que ustedes son fuera de lo común, porque ustedes me han apoyado inmensamente durante estos tres años de residencia, sin su apoyo este lapso de mi vida hubiera sido un poco más difícil, gracias por su incondicional apoyo en este proyecto.

A MIS PROFESORES

Ustedes son una la piedra angular en mi formación, ya que gracias a su gran paciencia, esmero y dedicación realizan una labor más que altruista, y tienen ese don privilegiado que es el de enseñar. Por lo que ustedes me han dado una visión totalmente distinta en el arte de la medicina y me han transfundido una gran dosis de humanidad, por lo que les doy las gracias por las enseñanzas y por mi formación como médico especialista.

INDICE

Pág.

Resumen.....	1
Antecedentes.....	2
Justificación.....	20
Planteamiento del problema.....	22
Pregunta de Investigación.....	22
Objetivo General.....	23
Objetivos Específicos.....	23
Metodología.....	24
Sujetos, Material y Métodos.....	25
Criterios de Inclusión.....	25
Criterios de Exclusión.....	25
Criterios de Eliminación.....	25
Tamaño de la Muestra.....	26
Resultados.....	27
Discusión.....	45
Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	50
Bibliografía.....	53
Anexos.....	56

Amador-Olvera E¹, Morelos-Cervantes MC², Arvizu-Iglesias Rodolfo³. Nivel de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar en adolescentes, México: Unidad de Medicina Familiar No. 33 IMSS; 2007.

RESUMEN

Introducción: La ONU señala que en el 2002 los adolescentes tenían conocimiento sobre métodos anticonceptivos en un 86% a nivel mundial. La prevalencia de conocimientos en adolescentes sobre métodos de planificación familiar en México es de 69.2%, basado en La Encuesta Nacional de Salud 2000. **Objetivo:** Determinar cuales son los conocimientos que cuentan los adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF No. 33, acerca de los métodos de planificación familiar. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional en la población adolescente de las escuelas del área de afluencia a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS, e identificar los conocimientos de los adolescentes acerca de los métodos de planificación familiar, entre adolescentes de 12 a 18 años de edad. **Resultados:** Los adolescentes presentaron un buen nivel de conocimientos acerca de métodos de planificación familiar en un 64.21%, el preservativo obtuvo un 96.32% de buen nivel de conocimientos, el método basados en el conocimiento de la fertilidad con 66.81%, los hormonales presentaron un 60.06%, continuándole el dispositivo intrauterino con 59.91%, la esterilización masculina y femenina contribuyó al 59.43% , en penúltimo lugar se encuentra el coito interrumpido con un nivel de conocimiento de 58.16% y por último, el método de la lactancia materna con 28.16%. **Conclusiones:** Los adolescentes estudiados cuentan con buen nivel de conocimientos acerca de métodos de planificación familiar, el cual predomina en el sexo femenino, se incrementa conforme a la edad y grado escolar.

Palabras clave: nivel de conocimientos, métodos anticonceptivos, adolescentes.

1. Médico residente del tercer año de la especialidad en Medicina Familiar de la UMF No. 33
2. Médico especialista en Medicina Familiar y profesor adjunto del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF No. 33
3. Médico especialista en Medicina Familiar y coordinador de educación e investigación en salud de la UMF No. 33

ANTECEDENTES

El embarazo en la adolescencia es producto de un conjunto de inequidades que tienen como punto de partida las condiciones de precariedad y pobreza en la que viven los jóvenes, a lo que se suma la falta de información acerca de cómo tener relaciones sexuales protegidas y la dificultad para acceder a los servicios de salud. Se pierde de vista, que la adolescencia es una etapa diferente a otras del ciclo de vida y a la vez crucial en la medida que puede darse el inicio de la vida sexual, así como la reproducción. Lejos de una visión que tome en cuenta la complejidad y la diversidad de factores vinculados al embarazo temprano, prevalece el sentido de riesgo, vacíos y carencias en este ciclo de vida. (1,2)

La adolescencia se caracteriza por importantes cambios en las esferas biológica, psicológica y social. Una de las formas como los jóvenes estructuran su personalidad es a través de su sexualidad, entendida esta como una dimensión fundamental del hecho de ser humano. Basada en el sexo, la sexualidad incluye el género, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor y reproducción; la sexualidad se experimenta y expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones, es decir, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos pensamos y hacemos y está en función del tipo de educación sexual que se recibe en la familia, la escuela y el ambiente social en que se desenvuelve cada individuo. (2)

Socialmente, las y los adolescentes se encuentran sometidos a la influencia de dobles mensajes, por una parte, se reprime, degrada y deforma la sexualidad y, por la otra, se espera que formen pareja, establezcan una familia y tengan hijos. Paralelamente, son objetos de un sistemático bombardeo de estimulación erótica por parte de los medios de comunicación social a través de la publicidad y las modas. En este marco, una inmensa cantidad de jóvenes emprenden su vida sexual sin la información y el acompañamiento de los adultos que les rodean, lo que propicia entre muchas otras dificultades embarazos tempranos, no deseados y/o matrimonios forzados. (2)

Actualmente en el mundo se cuenta con más de mil millones de adolescentes entre los 10 y 19 años de edad, 85% de los cuales viven en países en vías de desarrollo. En nuestro país, la población adolescente se ha duplicado en los últimos 30 años, pasando del 11.4% en 1970 al 21.3% millones en 1999. El rápido crecimiento demográfico propició una distribución por edades marcadamente joven, con una elevada proporción de niñas, niños, adolescentes y jóvenes. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) 2002, la población joven entre los 15 y 29 años asciende a 27.2 millones que corresponde al 28.5% de la población total. De este volumen, el 48% son hombres y un 52% son mujeres. Entre el año 2000 y el 2020 el grupo más grande de población será el de 10 y 19 años (1). Con datos estadísticos del gobierno, en el 2003, 13% de todos los nacimientos fueron de adolescentes entre 15-19 años de edad y 35% de las mujeres adultas tienen su primer hijo a la edad de 20 años. (1,3)

Por lo que cada año cerca de 260 mil adolescentes en nuestro país, tienen un hijo (2). Aproximadamente el 40% de las y los jóvenes mexicanos viven en el campo, lo que trae como consecuencia que sus demandas se relacionen con las oportunidades de acceso al sistema educativo y a la búsqueda de fuentes de trabajo que les permita mejorar sus condiciones de vida. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) la tercera parte de la población joven (siete millones) vive en hogares en situación de pobreza, la mayoría abandona la escuela a edad temprana y la migración se constituye en un medio recurrente para mejorar sus ingresos. (2)

En cuanto a la salud sexual, a la par de lo que sucede en casi todo el mundo, una gran cantidad de jóvenes mexicanos inicia su actividad sexual en la adolescencia. Los hallazgos de investigaciones cualitativas en nuestro país confirman que el inicio de la vida sexual es una de las experiencias más significativas en la trayectoria de vida, un acto que está fuertemente influido por el género, los valores personales y las creencias. (5)

De acuerdo la encuesta Gente Joven 99, realizada por la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), menciona que los padres y madres consideran que son ellos y ellas quienes deben informar a sus hijos sobre los diferentes temas de la sexualidad, pero en realidad los padres y las madres de familia ocupan el segundo lugar como fuente de información para los y las jóvenes (24.0%). Siendo la principal fuente de información para los y las jóvenes (37.8%) el personal docente. Con respecto al personal de salud, médicos(as), enfermeras y trabajadoras sociales ocupan un lejano tercer lugar con un 10%.(13)

En contraste con la Encuesta Nacional del Instituto Mexicano de la Juventud (2000), el 54.9% de los jóvenes entre 12 y 29 años ya han tenido relaciones sexuales, de estos, el 59.6% son hombres y el 50.6% mujeres. De esta proporción el 21% tuvo relaciones sexuales antes de los 20 años. El inicio de la vida sexual no es un asunto trivial, se ve influido por las condiciones culturales y económicas en las que se desenvuelven los jóvenes y la presencia de los medios de comunicación. La televisión, las revistas y la escuela son las instancias que favorecen el acercamiento a temas sexuales. (15)

La comunicación y la calidad de las relaciones familiares son fundamentales para que los jóvenes hagan frente a situaciones de la vida personal y en el ámbito de la sexualidad se eviten: embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, abortos, uniones forzadas, relaciones sexuales sin protección, o ser víctimas de la violencia en la familia, abuso sexual, violación o discriminación por orientación sexual. El cuidado de la salud sexual de los adolescentes no puede dejar de lado la prevención del embarazo, problema que se ve agudizado por las condiciones precarias y la falta de servicios de educación y salud. (5)

El embarazo en la adolescencia es un problema social y de salud pública con diferencias sustanciales entre el mundo subdesarrollado y el industrializado. El 10% de los nacimientos en el mundo, cerca de 14 millones,

corresponde a mujeres que dan a luz entre los 15 y 20 años de edad. En nuestro país, 70 de cada mil mujeres adolescentes están embarazadas, mientras que en los Estados Unidos la tasa es de 50 por cada mil, en tanto que en Francia y en Alemania sólo 9 y 4 de cada mil adolescentes, respectivamente, presentan embarazos. (4,5)

De acuerdo al Consejo Nacional de Población la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años ha disminuido junto con el incremento de uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, continúan disparidades que se asocian a la desigualdad social y económica. En números absolutos se pasó de 450 000 nacimientos de madres adolescentes en 1995 a 366 000 en el 2000. La proporción de nacimientos antes de los 20 años es de 17% del total de nacimientos en el país. Para el año 2000, una de cada catorce mujeres se embaraza antes de los 20 años a diferencia de 1974, en que una de cada ocho mujeres es madre a esta edad. (1,2)

El Embarazo en la Adolescencia ha sido un tema de investigación recurrente en nuestro país (1960), los primeros estudios se abordaron desde una perspectiva biomédica y demográfica, y documentaron los riesgos de la reproducción en la salud de la madre adolescente y de su hijo. La mayoría de los estudios de este corte son de carácter descriptivo y contribuyen a caracterizar a las madres adolescentes a partir de: edad, origen urbano o rural, estado civil, escolaridad, fecundidad, edad ginecológica, estado de nutrición, peso pregestacional, peso durante el embarazo y asistencia prenatal entre los más importantes (4). Los resultados publicados en México desde 1967 enfatizan los efectos negativos del embarazo en las jóvenes y se precisa sobre las principales complicaciones obstétricas de las mujeres menores de 16 años. De 1986 en adelante proliferaron los trabajos sobre los riesgos biológicos; dentro de los problemas de salud que se identifican están toxemia, preeclampsia, eclampsia y desnutrición; en sus hijos: bajo peso al nacer y puntajes bajos en el examen APGAR. Se reconoce que la morbi-mortalidad materna e infantil en las adolescentes es igual o menor a la reportada en adultas y la escasez de información y registros de seguimiento. (6)

Se sabe que es posible prevenir la morbilidad si se tiene una buena alimentación y cuidados prenatales oportunos y adecuados. Sin embargo, los problemas de salud se ven influidos por el nivel socioeconómico, la educación, el acceso y calidad de los servicios de salud. (3,5)

En nuestro país se registra un avance importante en los estudios sobre los riesgos biológicos en las adolescentes embarazadas, pero es necesario realizar estudios que tomen en cuenta las condiciones sociales y culturales en que viven las madres adolescentes y la influencia de la vida emocional de la madre en el vínculo con su hijo o hija. Desde este enfoque médico, los estudios dejan de lado la influencia de factores sociales y culturales en la expresión de esta problemática, y se limitan a referirlo a un campo de la vida reproductiva.(9)

Otros estudios con enfoque social buscan ampliar la visión y establecer la vinculación entre el embarazo en adolescentes y el contexto social, las formaciones culturales, los programas de educación sexual y el impacto de los

métodos anticonceptivos en las prácticas sexuales. En este marco, la labor de las organizaciones civiles ha sido fundamental para impulsar los programas de formación de capacitadores y educadores en el ámbito de la salud sexual.(8)

El embarazo en la adolescencia representa grandes obstáculos en la vida de la pareja y en especial para la mujer. Su impacto se ve influido por el contexto social y cultural en el que la mujer y su familia viven y las grandes diferencias regionales y geográficas. En la mayoría de los casos el embarazo ocurre sin que la pareja se lo haya propuesto como producto de los primeros encuentros sexuales.(8)

Alatorre y Atkin aportan al estudio de la relación intergeneracional en el embarazo adolescente, destacando que las circunstancias desfavorables de las madres adolescentes tienden a ser repetidas con efectos más severos en la vida de sus hijas, quienes por lo regular tienen problemas escolares y resultan embarazadas a edades tempranas como sus madres. Señalan que en las familias en que se repite la maternidad adolescente pueden existir normas o creencias culturales en las que intervienen otros factores como la longevidad, el acceso a oportunidades económicas y sociales, la pertenencia a organizaciones sociales entre otros. De acuerdo a este estudio, la repetición del embarazo adolescente contribuye a la reproducción de la pobreza a través de distintos factores: las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de pertenecer a hogares más pobres en consecuencia tienen baja escolaridad y limitada capacitación para su desarrollo personal, en segundo lugar, en los hogares pobres es más frecuente que el embarazo adolescente se repita en las generaciones subsecuentes; como tercer factor refieren que las madres solteras, enfrenten problemas de inequidad con respecto a los hombres, como menor salario y escasa disponibilidad de trabajo. (6)

A partir de la década de los noventa el reconocimiento internacional del Derecho a la Salud Reproductiva propició un cambio paulatino en el enfoque de la salud juvenil y del embarazo. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) Cairo 1994, la IV Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing 1995) son el marco para intentar un replanteamiento en las investigaciones y servicios en salud reproductiva para asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. (10)

La salud sexual se define como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.(9)

Con el nuevo marco internacional, los Programas de Adolescentes impulsados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se centran en la prevención del riesgo del embarazo y enfatizan la necesidad de trabajar también con varones jóvenes. Se puntualizan cuatro líneas de trabajo: a) salud y desarrollo, b) salud mental, suicidio y drogas, c) sexualidad y salud reproductiva, d) accidentes y violencia.(14)

De acuerdo a Sherry B. Ortner, el género, la sexualidad y la reproducción son construcciones culturales simbólicas cuyos significados se entienden dentro de un amplio contexto cultural que toma en cuenta las relaciones entre los símbolos y las relaciones sociales. Para Lorber, el género implica el estudio del mundo de las mujeres como parte del mundo de los hombres en un sentido relacional y contra la idea de interpretar las diferencias como esferas separadas. La hegemonía masculina sustenta las prácticas de poder que incluye la explotación de los hombres hacia las mujeres, así como la subordinación y denigración de otros hombres. Otros estudios identifican los estilos “neomachistas” que cuestionan las desigualdades de género entre las nuevas generaciones y se muestra una actitud más abierta hacia la sexualidad sobre todo en las clases medias. Trabajos posteriores señalan que la permanencia de una sexualidad reproductiva está presente en los embarazos juveniles y la resistencia para incorporar prácticas sexuales preventivas ya que se viven como una amenaza a la identidad de género. Se sabe que el noviazgo es un antecedente en las relaciones sexuales y la decisión se ve instigada por el novio aunque muchas es negociada y pasa por el consciente deseo de las jóvenes. (9)

Una de las investigaciones etnográficas más recientes realizada por Gabriela Rodríguez con jóvenes rurales destaca que actualmente ocurren transformaciones en las prácticas y representaciones de la sexualidad en el cortejo. El tema del embarazo suele vincularse con relaciones premaritales que propician uniones conyugales y matrimonio y en algunos casos las historias se remiten al incesto de sus padrastros o hermanos mayores. El significado de ser madres y padres confirma la división tajante de las responsabilidades familiares; la maternidad implica cubrir o cuidar a otros y la paternidad con ser el sostén económico. Esto favorece la cercanía de la madre con los hijos y la distancia con el padre. También se asocian con la realización personal desde un sentido determinista al considerar que “es una ley de la vida”. (10)

En nuestro país no existe una política gubernamental que aborde articuladamente la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Múltiples instituciones han contribuido en la prevención y descenso del embarazo adolescente, destacan las campañas del Consejo Nacional de Población, los libros de texto y programas de la Secretaría de Educación Pública, los módulos para adolescentes y los Centros de Salud de los Estados, los programas de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social en el régimen ordinario y del Programa IMSS-Solidaridad, los Centros para la Prevención del SIDA, los servicios del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Instituciones académicas han realizado estudios sobre la temática y las Organizaciones Civiles han contribuido sustancialmente con la sensibilización de funcionarios y líderes del campo, la capacitación a educadores y proveedores de servicios, diseño de modelos de atención y la elaboración de materiales educativos, principalmente.(11)

Actualmente el Consejo Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CNSIA) busca impulsar estrategias que promuevan los programas educativos en educación sexual y brindar servicios de salud a los y las jóvenes a nivel nacional. Con respecto al embarazo se considera un

problema para los jóvenes en la medida que dificulta la conclusión de sus estudios u otras experiencias. Se desconoce la multiplicidad de significaciones que puede tener esta experiencia. Asimismo se sanciona y desalienta cualquier manifestación que se relacione con el deseo de interrumpir el embarazo y desalienta cualquier manifestación que se relacione con el deseo de interrumpir el embarazo. (11)

Los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes enfrentan también otros aspectos que no nos son ajenos. La Organización Mundial de la Salud reconoce entre los factores que dificultan la atención:

- Las actitudes de los profesionales de la salud que se rehúsan a brindar servicios a menores de edad a pesar de la existencia de leyes que así lo permiten.
- La incompatibilidad de horarios para que los jóvenes asistan a los servicios una vez que trabajan o estudian.
- La falta de recursos económicos para pagar los servicios.
- La renuencia de los adolescentes a centrar los servicios en ellos mismos. (3)

La Encuesta Nacional de Salud del 2000, en relación a salud sexual, incluyó adolescentes de entre 12 a 19 años de edad, con una muestra total de 15241 adolescentes, teniendo como resultados los siguientes:

- El 69.2% refirió conocer al menos un método de planificación familiar.
- El 16.4% mencionó haber tenido relaciones sexuales, iniciando los hombres su actividad sexual antes que las mujeres.
- El 37% usaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual.(15,16)

Este mismo estudio mostró que los adolescentes del sexo masculino, los de mayor escolaridad, quienes poseían información de algún método anticonceptivo y aquellos que inician esta actividad a una edad mayor tuvieron mayor probabilidad de usar anticonceptivos en su primera relación sexual. El 55.7% de las mujeres que mencionaron haber iniciado actividad sexual han estado embarazadas. El embarazo en adolescentes se asoció significativamente con un nivel bajo de escolaridad, con iniciar su vida sexual a edades tempranas y con el hecho de haber estado alguna vez unidas. Concluyendo que la población adolescente que ha tenido relaciones sexuales no utilizó métodos anticonceptivos durante su primera relación, incrementando la posibilidad de embarazos.(15,16)

Otro estudio de corte cualitativo realizado por el Programa Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (2002) aporta y recomienda a los prestadores de servicios y maestros la urgencia de una cuidadosa revisión acerca de la valoración de la sexualidad juvenil; se señala es preciso transformar su visión negativa y en particular sus demostraciones de rechazo que la reducen a “actos irresponsables” o infracción que “favorece la promiscuidad y el desorden sexual”, lo cual limita la comunicación intergeneracional. Hay una gran necesidad de abrir talleres de capacitación para brindar información confiable, que los conduzca a revisar sus propios referentes y considerar la importancia de su labor educativa. Que reconozcan

que las y los jóvenes bien informados tienen la capacidad para tomar decisiones responsables sobre su vida sexual y es más factible que recurran a prácticas preventivas basadas en información científica y en diálogos abiertos. (15)

En el estado de Guanajuato se realizó un estudio, en donde refleja la percepción de los médicos acerca del embarazo en la adolescencia, se sitúa como un problema de salud cuya prioridad es el cuidado de la salud física de la madre y el hijo, desde esta visión se excluye lo que tenga que ver con la atención emocional a la mujer y aún más, el padre adolescente queda fuera de esta dinámica y esta lejos aún de mirar a la pareja adolescente. (12)

Sin duda los prestadores de servicios de salud son actores centrales en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, por lo que es necesario focalizar la atención a los programas de formación y actualización, además de conocer las mediaciones que repercuten en la calidad del servicio tales como la institucionalización de los servicios, el status a los programas de adolescentes y la reflexión de valores y actitudes para el trabajo con adolescentes. (13)

El promedio de edad del primer coito es de aproximadamente 15–16 años para las jóvenes en muchos países de América Latina y el Caribe; para los varones el promedio es de aproximadamente 14-15 años. Los jóvenes en ciertos países del Caribe inician la vida sexual a una edad tan temprana como los 10 y 12 años (13,14). En la mayoría de los países de América Latina, entre el 15 y el 25% de todos los recién nacidos eran hijos de adolescentes (16).

El embarazo en las adolescentes es un problema que no se ha solucionado en nuestro país, los embarazos no planeados en todas las edades especialmente en adolescentes, representan una situación con grandes repercusiones psicosociales devastadoras. La mortalidad materna sigue siendo una de las causas principales de muerte entre las adolescentes. Uno de los modelos más importantes en la atención al adolescente es la importancia del correcto uso de los métodos de planificación familiar para la prevención del embarazo temprano o no deseado así como la prevención de infección de enfermedades de transmisión sexual.(18,19)

Entre el 21% y 30% de los embarazos en adolescentes en México, Colombia, Brasil, República Dominicana, Chile y Perú terminan en aborto. Existe conocimiento sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes, pero su uso no ha sido suficientemente promovido. En América Latina y el Caribe, 90 por ciento o más de las adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, excepto Bolivia (74 %), Guatemala (68 %), y Paraguay (89 %), sin embargo, los porcentajes de uso son bajos. (17)

En Perú, de las adolescentes sexualmente activas, el 27% usa métodos anticonceptivos modernos, el 42% usa métodos tradicionales (ritmo o coito interrumpido) y el 28% no usa actualmente un método anticonceptivo (18). En Colombia, los porcentajes son 50, 30 y 19, respectivamente. (19)

En El Salvador, de las mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual, solamente el 10 por ciento reportó haber usado anticonceptivos durante su primera relación sexual. (20)

El uso de condón es una forma efectiva y accesible contraceptiva en la evitación de embarazo no planeado en todas las poblaciones sexualmente activas. En adolescentes, el uso inconsistente de condón es un asunto de capital trascendencia cuando se diseñan estrategias para reducir la incidencia de los embarazos no planeados. El uso irregular de condón está relacionado con una serie de factores psicosociales un tanto incomprensibles. Es realmente deseable la promoción del uso de condón desde la primera relación sexual. Un número importante de adolescentes realiza este primer encuentro coital antes de cumplir la mayoría de edad. Este punto sugiere un proceso educativo de niños, niñas, adolescentes, padres de familia, docentes (para aquellos jóvenes escolarizados) y de todas las autoridades sanitarias con el propósito de definir y aclarar pautas realistas sobre el uso del condón y otras estrategias preventivas del embarazo no deseado en adolescentes.(10)

La prevalencia de relaciones sexuales en estudiantes entre 13 y 17 años está alrededor del 25%. Algunas investigaciones en estudiantes universitarios informan las actitudes frente al uso de condón y la percepción de riesgo de infección por el VIH así como la prevención del embarazo no deseado. Sin embargo, no se ha explorado la frecuencia de uso de condón en adolescentes estudiantes de secundaria y los posibles factores asociados con el uso y mucho menos desde una perspectiva de género. Por ejemplo, se ha observado que la intención de uso y el uso de condón es significativamente mayor en varones que en mujeres. En otro estudio más amplio que evaluó algunos comportamientos sexuales en adolescentes estudiantes de secundaria de tres colegios públicos y tres colegios privados se observó mayor prevalencia en el uso del condón en la primera relación sexual. (11)

La Organización de las Naciones Unidas ha señalado que a nivel mundial existe una crisis en el área de salud reproductiva y que para atacarla es necesario educar a los más jóvenes.(17)

La Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior del Consejo Nacional de Población, exploró en más de 10 000 jóvenes de 14 a 25 años de edad sus actitudes sexuales, medios de información, conocimientos, actitudes ante las relaciones sexuales y uso de anticonceptivos. La conducta sexual y reproductiva de los adolescentes registró cambios importantes en los últimos tres años.(8)

La encuesta Gente Joven aplicada a 3 mil 275 adolescentes de entre 13 y 19 años, y presentada por la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar en el foro Jóvenes Promoviendo sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, muestra que en muchos casos los adolescentes no ponen en práctica la información que tienen sobre sus derechos sexuales, dando como resultado lo siguiente: adolescentes que tenían conocimientos sobre métodos anticonceptivos y su uso correcto pasó de 82% en 1999 a 86% en 2002; los que tenían información sobre el uso correcto del condón aumentaron de 90% a

97.3% en el mismo periodo, y los adolescentes informados acerca del empleo adecuado de la anticoncepción de emergencia creció de 15.1% a 45.4%.(14)

Existe un porcentaje de adolescentes entre los 12 y 19 años de edad que conocen al menos un método anticonceptivo según la Encuesta Nacional de Salud del Adolescente 2000 (ENSA) en nuestro país, con un porcentaje del 32.4 % que corresponde al desconocimiento por parte de varones y un 67.6 % de conocimiento de métodos anticonceptivos en varones. Con respecto a las mujeres respondieron a no conocer ningún método de planificación familiar un 29.4% y con una respuesta afirmativa comprendió un 70.6% de la población femenina encuestada.(16)

En esta misma encuesta cabe mencionar que la escolaridad influye mucho como variante importante en el conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar ya que los adolescentes sin escolaridad contestaron no saber sobre el tema en un 78% y conocer al menos un método anticonceptivo el 21.7%. Los adolescentes con escolaridad primaria respondieron no saber sobre el tema 56.3% y un 43% menciona si conocer sobre los métodos anticonceptivos. En el nivel secundaria se determinó que el 19.8% desconocen sobre los métodos anticonceptivos mientras que el 80% respondió afirmativamente conocer los métodos anticonceptivos. Finalmente los adolescentes en el nivel preparatoria el 3.8% respondió negativamente conocer los métodos de planificación familiar y el 96.2% respondió afirmativamente conocer acerca de estos.(16)

La Unidad de Medicina Familiar No. 33 (UMF 33) "El Rosario" cuenta con una pirámide poblacional total de 125,162 derechohabientes, con un total de 9431 adolescentes de entre 12 a 19 años de edad, que representa el 7.53% de la población total de la UMF 33, de los cuales 4450 (3.55%) pertenecen al turno matutino y 4981 (3.97%) pertenecen al turno vespertino.(26)

En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de elecciones anticonceptivas. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a los adolescentes. Aunque se han expresado algunas preocupaciones con respecto al uso de ciertos métodos anticonceptivos en adolescentes (por ejemplo, el uso de inyectables de progestina sola en menores de 18 años), estas preocupaciones deben sopesarse con las ventajas de evitar el embarazo. Está claro que muchos de los mismos criterios de elegibilidad que se aplican a personas mayores también se aplican a personas jóvenes. No obstante, algunos trastornos (por ejemplo, las alteraciones cardiovasculares) que pueden limitar el uso de algunos métodos en mujeres mayores no afectan generalmente a las mujeres jóvenes, debido a su baja frecuencia en los grupos jóvenes. (16)

Los aspectos sociales y conductuales deben ser consideraciones importantes en la elección de los métodos anticonceptivos para los adolescentes. Por ejemplo, en algunos ámbitos, los adolescentes también están expuestos a un riesgo mayor de Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Aunque las adolescentes

pueden elegir cualquiera de los métodos anticonceptivos disponibles en sus comunidades, en algunos casos, el uso de métodos que no requieren un régimen diario puede ser más apropiado. También se ha demostrado que las adolescentes, casadas o no, son menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, tienen altas tasas de discontinuación. La elección del método también puede estar influenciada por factores como patrones de relaciones sexuales esporádicas, la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, las adolescentes sexualmente activas que no están casadas tienen necesidades muy diferentes de aquéllas que están casadas y desean posponer, espaciar o limitar el embarazo. (16)

La ampliación de la cantidad de opciones de métodos ofrecidos puede conducir a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos. La educación y el asesoramiento apropiados, tanto antes como en el momento de la selección del método, pueden ayudar a las adolescentes a tratar sus problemas específicos, y a tomar decisiones informadas y voluntarias. Es preciso hacer todo lo posible para evitar que el costo de los servicios y el método limite las opciones disponibles. (16)

La Organización Mundial de la Salud, en colaboración con expertos del área de la medicina y representantes de la salud reproductiva de la mujer de todo el mundo, desarrolló y revisó los criterios médicos de elegibilidad, los que proporcionan una orientación sólida respecto de la seguridad de los métodos anticonceptivos para usuarios/as de diferentes categorías. Estos criterios basados en la evidencia científica han sido diseñados para ampliar el acceso al uso de anticonceptivos por parte de los candidatos apropiados, manteniendo los niveles de seguridad exigidos.(17)

Los criterios de elegibilidad clasifican la idoneidad de los diversos métodos anticonceptivos para individuos que presentan enfermedades o afecciones de salud específicas, para aquellos de edad más avanzada, y para aquellos cuya conducta representa riesgos (por ejemplo, las mujeres que fuman y los hombres que tienen múltiples parejas sexuales). Los criterios de elegibilidad pretenden garantizar un margen de seguridad adecuado con el fin de proteger a mujeres y hombres de los posibles efectos adversos de los anticonceptivos y, al mismo tiempo, asegurar que no se les están negando opciones adecuadas.(17)

Los Criterios de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud clasifican los problemas de salud en cuatro categorías:

- Categoría 1 *Se puede usar el método siempre*
- Categoría 2 *Casi siempre*
- Categoría 3 *Uso con precaución*
- Categoría 4 *No se puede usar*

La anticoncepción en la adolescencia debe reunir una serie de requisitos por las circunstancias y características de esta edad:

- Se debe tener en cuenta el grado de maduración biológica y no interferir en el desarrollo y crecimiento.

- Debe ser reversible salvo en casos excepcionales, como enfermedades o deficiencias psíquicas que aconsejen lo contrario.
- Debe ser adecuado a su actividad sexual, valorando el tipo y frecuencia, y la existencia de compañero monógamo o cambios frecuentes de pareja.
- Debe ser de fácil realización. Los métodos cuyo uso requieren mayores cuidados pueden ser rechazados o mal utilizados por los adolescentes.(17)

Por lo que se establecieron estos requisitos, en la clasificación de Rosenfield y Fathalla (FIGO, 1990), modificada por Triguero y Bolaños, estableciendo cuatro categorías de métodos anticonceptivos para la adolescencia:

- Recomendables: incluyen preservativos y anticonceptivos orales
- Aceptables: Incluyen diafragma, esponjas, espermicidas y anticonceptivos inyectables.
- Poco aceptables: Incluyendo el Dispositivo Intrauterino (DIU), anticoncepción quirúrgica y métodos naturales.
- De emergencia: Anticoncepción postcoital.(17)

En ausencia de un método anticonceptivo ideal, es importante poner a disposición del adolescente la gama más amplia posible de métodos anticonceptivos, analizando detalladamente cada uno de ellos en relación a las variables biológicas, psicoafectivas, socioeconómicas y los valores del entorno en que se desenvuelve. Por lo que, la edad, las situación familiar, el entorno social, el nivel educacional, las características de la actividad sexual y el grado de maduración psicológica, deben de ser evaluados sistemáticamente, individualizando la indicación anticonceptiva y tratando de promover que el/la adolescente se sienta partícipe en la elección. (21)

Los métodos anticonceptivos se dividen en temporales y definitivos además de que los encontramos en diversas presentaciones, que son las siguientes:

- Métodos Anticonceptivos Temporales:

- Anticoncepción Natural:
 - Abstinencia continua
 - Abstinencia periódica o método de conocimiento de la fertilidad
 - Coito interrumpido
 - Método de la amenorrea de la lactancia
- Anticonceptivos de Barrera:
 - Condón masculino
 - Condón femenino
 - Diafragma o Capuchón cervical
 - Anillo vaginal hormonal
 - El Dispositivo Intrauterino de cobre (DIU)
 - DIU con progesterona
 - SIU (sistema intrauterino)

- Anticonceptivos Hormonales Orales:
 - Tabletas Combinadas (estrógeno con progesterona)
 - Tabletas Sólo de progesterona
 - De emergencia (píldora de emergencia)
 - Anticonceptivos Hormonales Inyectables:
 - Mensuales (esteroide con progesterona) y
 - Bimensuales (medroxiprogesterona)
 - Anticonceptivos Hormonales:
 - Implante Subdérmico
 - Parche Dérmico
- Métodos Anticonceptivos Definitivos:
- Salpingoclasia
 - Vasectomía
 - Esterilización sin el uso de cirugía (Essure)

Abstinencia continua: Esto significa no tener relaciones sexuales nunca. Es la única forma segura de prevenir el embarazo. Este método es 100% eficaz en la prevención del embarazo.

Abstinencia periódica o método de conocimiento del período de fertilidad: Una mujer con ciclos menstruales regulares tiene aproximadamente nueve o más días fértiles, o días en los que puede quedar embarazada, cada mes. Abstinencia periódica significa que la mujer no tiene relaciones sexuales en los días en los que podría ser fértil. El método de conocimiento del período de fertilidad significa que se abstiene o que tiene relaciones sexuales pero utiliza un método anticonceptivo de "barrera" para evitar que el espermatozoide llegue al óvulo. Entre los métodos de barrera se encuentran los condones, diafragmas o capuchón cervical, que se usan junto con espermicidas para matar el espermatozoide. Estos métodos tienen una eficacia del 75 al 99% en la prevención del embarazo.

Para practicar estos métodos, es necesario aprender acerca del ciclo menstrual (o la frecuencia con que tiene sus periodos). Se debe tomar nota de la fecha en que tiene la mujer su periodo, de sus características (flujo abundante o ligero) y de cómo se siente (dolor en los senos, cólicos.) También puede examinar el moco vaginal y tomar su temperatura elemental corporal diariamente y registrar esta información en una tabla. De esta forma se aprende a pronosticar, o identificar, cuáles son sus días fértiles o "inseguros."

Coito interrumpido: Es un método de planificación familiar tradicional en el que el hombre retira el pene completamente de la vagina antes de eyacular. A consecuencia de ello, los espermatozoides no entran en la vagina y se impide la fertilización.

Método de la amenorrea de la lactancia: (MELA) es el uso de la lactancia como método anticonceptivo. Este se basa en el efecto fisiológico de amamantar para suprimir la ovulación. Con el fin de utilizar la lactancia como método anticonceptivo eficaz, se requiere que la madre alimente a su bebé sólo

leche materna o, que por lo menos, amamante en casi todas comidas. Además, el/la bebé debe tener menos de seis meses de edad y la madre esté en amenorrea.

El condón (preservativo) masculino: Los condones se denominan métodos anticonceptivos de barrera porque bloquean o ponen una barrera, lo cual evita que el espermatozoide llegue al óvulo. Se ha comprobado que sólo los condones de látex o poliuretano (debido a que algunas personas son alérgicas al látex) ayudan a proteger contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). También están disponibles condones "naturales" o de "corderina" (lambskin.) Sin embargo, no se recomiendan los condones de corderina para la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual porque tienen poros muy pequeños y podrían permitir el paso de virus como el Virus de Inmunodeficiencia Humana, la hepatitis y el herpes. El condón masculino tiene una eficacia del 86 al 98% en la prevención del embarazo. El condón sólo puede utilizarse una vez. Los condones vienen con lubricante (lo que hace la relación sexual más cómoda y placentera) y sin lubricante, pero se recomienda que se use, como el KY jelly o uno basado en agua. Los lubricantes basados en aceite como los aceites para masaje, aceite de bebé o vaselina (petroleum jelly) debilitarán el condón y ocasionarán que se rasgue o rompa. Es importante mantener siempre los condones en un lugar fresco y seco. Si se guardan en un lugar caliente (como la billetera, cartera o guantera), el látex se romperá y ocasionará que el condón se rasgue o rompa.

El condón femenino: Este método de barrera evita que el espermatozoide se introduzca al cuerpo de la mujer. Está hecho de poliuretano, viene lubricado y puede proteger contra las Enfermedades de Transmisión Sexual, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Puede insertarse hasta 8 horas antes del contacto sexual. Los condones femeninos tienen una eficacia del 79 al 95% en la prevención del embarazo. Sólo existe una clase de condón femenino y la marca es Reality. Puede comprarse en la farmacia.

Diafragma o capuchón cervical: Estos son métodos anticonceptivos de barrera en los que se bloquea al espermatozoide para evitar que llegue al óvulo. El diafragma tiene la forma de una taza poco profunda y es de látex. El capuchón cervical es una taza de látex con forma de dedal. Ambos vienen en tamaños diferentes y es necesario que un médico ayude a encontrar el "tamaño" adecuado para cada paciente. Antes del contacto sexual, deberá utilizarlos junto con un espermicida (para bloquear o matar el espermatozoide) y colocarlos dentro de la vagina para cubrir el cuello del útero. Puede comprar espermicida en gel o espuma en la farmacia. Si el espermicida contiene nonoxinol-9 también ayuda a protegerse contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) como la gonorrea y clamidia. Algunas mujeres pueden tener sensibilidad al nonoxinol-9 y necesitarán usar espermicidas que no lo contengan. El diafragma tiene una eficacia del 80 al 94% en la prevención del embarazo. El capuchón cervical tiene una efectividad del 80% al 90% en la prevención del embarazo, en mujeres que no han tenido hijos, y del 60% al 80% en mujeres que sí los han tenido.

El anillo vaginal hormonal anticonceptivo (NuvaRing): Es un anillo que libera las hormonas progestina y estrógeno. Se coloca el anillo dentro de la vagina, alrededor del cérvix. El anillo se usa durante tres semanas, se quita durante la semana que se presenta el período y después se vuelve a poner un nuevo anillo. El anillo tiene una eficacia del 98 al 99% en la prevención del embarazo. La Administración de Drogas y Alimentos aprobó este método en 2001. Es necesario visitar al médico para su colocación y asegurar que no existen problemas

DIU T de cobre (dispositivo intrauterino): Un DIU es un pequeño dispositivo que tiene la forma de una "T." El médico lo coloca dentro del útero. El DIU libera una pequeña cantidad de hormona que evita el embarazo. Las extremidades del DIU T de cobre contienen cierta cantidad de cobre, el cual detiene la fertilización al evitar que el espermatozoide se abra paso por el útero y llegue a las trompas de Falopio. Si ocurriera la fertilización, el DIU evita que el óvulo fertilizado se implante en el revestimiento del útero. El DIU T de cobre puede permanecer en el útero hasta por 10 años. No protege contra las Enfermedades de Transmisión Sexual incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Este DIU es 99% eficaz en la prevención del embarazo.

DIU T Progestasert (dispositivo intrauterino): Este DIU es un pequeño dispositivo de plástico que tiene la forma de una "T" y es colocado por un médico dentro del útero. Contiene la hormona progesterona. La progesterona ocasiona que el moco cervical se adelgace tanto que el espermatozoide no pueda llegar al óvulo, y por tanto, que un óvulo fertilizado no pueda implantarse satisfactoriamente en el revestimiento del útero. El DIU Progestasert puede permanecer en el útero hasta por un año. Este DIU es 98% eficaz en la prevención del embarazo. No protege contra las Enfermedades de Transmisión Sexual, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Sistema intrauterino o SIU (Mirena): Este SIU es un pequeño dispositivo de plástico que tiene la forma de una "T" y es colocado por un médico dentro del útero. Libera una pequeña cantidad de hormona todos los días para evitar el embarazo. El SIU puede permanecer en el útero hasta por cinco años. No protege contra las Enfermedades de Transmisión Sexual incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana. El SIU tiene una eficacia del 99%. La Administración de Drogas y Alimentos aprobó este método en diciembre de 2000. Es necesario visitar al médico para su colocación y asegurar que no existen problemas.

Anticonceptivos orales combinados: También conocidos como la "píldora", contienen hormonas de estrógeno y progestina. Se toma una píldora diariamente para evitar la ovulación. También hace que el flujo de su periodo sea más ligero y protege contra enfermedades pélvicas inflamatorias (EPI), cáncer de ovario y de endometrio. No protege contra las Enfermedades de Transmisión Sexual incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana. La píldora puede incrementar su riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas, incluyendo hipertensión y trombosis. Estas tabletas están contraindicadas en personas mayores de 35 años, con hábito tabáquico o con antecedentes de

trombosis, cáncer de mama o de endometrio. Si se usa correctamente, la píldora tiene una eficacia del 95 al 99.9% en la prevención del embarazo.

Anticonceptivos orales “La mini-píldora”: A diferencia de la píldora, la mini-píldora sólo contiene una hormona, la progestina. Se toma diariamente y su efecto es el de reducir y adelgazar el moco vaginal para evitar que el esperma llegue al óvulo. También evita que el óvulo fertilizado se implante en el útero. La mini-píldora también disminuye el flujo de la menstruación y protege contra la Enfermedad Pélvica Inflamatoria y el cáncer de ovario y de endometrio. Pueden usarla las madres que amamantan porque no afecta el suministro de leche. También es una buena opción para las mujeres que no pueden tomar estrógeno o que tienen un riesgo de desarrollar trombosis. No protege contra las Enfermedades de Transmisión Sexual incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana. La mini-píldora tiene una eficacia del 95 al 99.9% en la prevención del embarazo, si se usa correctamente.

Anticoncepción de emergencia: Este NO es un método anticonceptivo convencional, y nunca deberá usarse como tal. La anticoncepción de emergencia o los anticonceptivos de emergencia se utilizan para evitar que la mujer quede embarazada después que ha tenido relaciones sexuales sin protección. "Sin protección" quiere decir que no se utilizó un método anticonceptivo. También significa que se usó un método anticonceptivo pero éste no funcionó, como la ruptura de un condón. O que la mujer olvidó tomar sus píldoras anticonceptivas, o que pudo haber sido violada u obligada a tener relaciones sexuales. La anticoncepción de emergencia consiste en tomar dos dosis de píldoras hormonales a intervalos de 12 horas cada una, a más tardar tres días después de haber tenido relaciones sin protección. A estas píldoras algunas veces las llaman equivocadamente la "píldora del día siguiente." Tienen una eficacia del 75% al 89% en la prevención del embarazo. Otro tipo de anticoncepción de emergencia es que se inserte en el útero el Dispositivo Intrauterino T de cobre, hasta siete días después de la relación sexual sin protección. Este método es 99.9% eficaz en la prevención del embarazo. Ningún método de anticoncepción de emergencia protege de las Enfermedades de Transmisión Sexual incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Píldora de emergencia: La píldora postcoital no es un método anticonceptivo sino un remedio de emergencia. Se trata de un combinado de hormonas que altera el ciclo reproductor femenino, impidiendo que si se ha producido un embarazo, éste se lleve a término. La "píldora del día después" actúa inhibiendo la ovulación e impidiendo la fertilización. Su eficacia es casi del 100% cuando se toma en las 24 horas posteriores al coito de riesgo.

Este medicamento carece de los indeseables efectos secundarios de los anticonceptivos tomados habitualmente para evitar el embarazo. La contracepción de emergencia debe administrarse en las 72 horas desde el momento del coito de riesgo (es decir, sin ningún tipo de protección). Posteriormente a esta primera dosis, se administra otra a las 12 horas. Sólo se puede administrar con receta médica.

Es útil con una eficacia de aproximadamente el 90% de casos. No se recomienda como método anticonceptivo habitual. Ha de ser considerado como un método sólo de EMERGENCIA, es decir, para ser utilizado de forma excepcional y ante situaciones no previstas. Lo ideal es utilizar normalmente otros métodos más efectivos.

Cuando se necesite hay que acudir con premura al médico, a un centro de planificación familiar o a la consulta del ginecólogo. Se vende en las farmacias y es necesaria una receta médica. Puede que la regla siguiente llegue normalmente o se adelante algunos días. Sin embargo, si se retrasa algo hay que realizar un análisis de embarazo, pues es posible que se haya producido éste.

Apenas tiene efectos secundarios. Si se dan, son sobre todo por mala tolerancia (vómitos o diarreas). Si a pesar de la utilización del método de la anticoncepción de emergencia no se produce un embarazo, ya que los estudios epidemiológicos indican que los progestágenos como el levonorgestrel que contiene la píldora del día después, no tienen efectos adversos sobre el feto.(23)

Anticonceptivos Hormonales Inyectables de aplicación mensual: Los anticonceptivos inyectables combinados son inyecciones de estrógeno y progestina, las cuales son administradas una vez al mes.

Anticonceptivos Hormonales Inyectables de aplicación bimensual: Los anticonceptivos inyectables sólo de progestina son administrados cada 2 ó 3 meses. Funcionan espesando el moco cervical, cambiando el endometrio, reduciendo el transporte de los espermatozoides al tracto genital superior y suprimiendo la ovulación. Es importante mencionar que el día de administración debe ser el mismo cada mes para así lograr su máxima eficacia.

Implante subdérmico (Norplant y Norplant 2): Este sistema consiste de pequeños dispositivos tipo bastón, o "bastoncillos" que se colocan debajo de la piel. El bastoncillo libera un nivel constante y muy reducido de esteroides que evitan el embarazo hasta por cinco años. No obstante, los bastoncillos pueden retirarse en cualquier momento y entonces quedar embarazada. Este método es 99.9% eficaz en la prevención del embarazo. No protege contra las Enfermedades de Transmisión Sexual incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Es necesario visitar al médico para su colocación y asegurar que no existen problemas.

Parche Dérmico (Depo-Provera): Al usar este método las mujeres reciben inyecciones de la hormona progestina, en los glúteos o el brazo, cada 3 meses. No le protege contra las Enfermedades de Transmisión Sexual, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Tienen una eficacia del 99.7% en la prevención del embarazo. Es necesario visitar al médico para su colocación y asegurar que no existen problemas.

El parche (Ortho Evra): Este es un parche para la piel que se usa en la parte baja del abdomen, los glúteos o la parte superior del cuerpo. Libera las

hormonas progestina y estrógeno en el torrente sanguíneo. Se coloca un parche nuevo una vez a la semana durante tres semanas, después no se usa en la cuarta semana para que pueda tener su período menstrual. El parche tiene una eficacia del 99% en la prevención del embarazo, pero al parecer es menos efectivo en mujeres que pesan más de 198 libras (90 Kg.) No protege contra las Enfermedades de Transmisión Sexual, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana. La Administración de Drogas y Alimentos aprobó este método en 2001.

Esterilización quirúrgica (Salpingoclasia o vasectomía): Estos métodos quirúrgicos son para personas que desean un método anticonceptivo definitivo. En aquellas parejas que tienen su paridad satisfecha o no desean tener un hijo. La ligadura de trompas uterinas se practica en las mujeres para evitar que los óvulos bajen al útero, en donde pueden ser fertilizados. El hombre se somete a la vasectomía para evitar que el espermatozoide llegue al pene; de este modo su eyaculación nunca contendrá espermatozoides. Estos métodos tienen una eficacia del 99 al 99.5% en la prevención del embarazo. No protege contra las Enfermedades de Transmisión Sexual ni del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Esterilización sin el uso de cirugía (Sistemas anticonceptivos permanentes Essure): Este es el primer método de esterilización sin cirugía para la mujer, y fue aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos en noviembre de 2002. Se utiliza un tubo pequeño para pasar un diminuto dispositivo con forma de resorte a través de la vagina y el útero, hasta cada trompa de Falopio. Unas espirales flexibles lo anclan temporalmente dentro de las trompas de Falopio. Un material de malla parecido al Dacron que se encuentra incrustado en las espirales, irritará el revestimiento de las trompas de Falopio para provocar el crecimiento del tejido cicatrizal y finalmente tapar las trompas de forma permanente. Este proceso puede tomar hasta tres meses, por lo que es importante utilizar otro método anticonceptivo durante este tiempo. Posteriormente es necesario visitar al médico para que se realicen los estudios correspondientes y determinar si el tejido cicatrizal ha obstruido completamente las trompas. En estudios practicados después de un año en más de 600 mujeres, hasta esa fecha no se habían reportado embarazos en aquellas a quienes se les implantaron exitosamente los dispositivos Essure. No protege contra las Enfermedades de Transmisión Sexual, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Actualmente en nuestro país observamos una elevada incidencia de embarazos en la adolescencia acompañados de enfermedades de transmisión sexual, que implican múltiples complicaciones, es de relevancia identificar aquellos factores que influyen en la presentación de estos embarazos a temprana edad, para así poder incidir en ellos previniendo dichos embarazos con la finalidad de impedir se presenten alteraciones de tipo biológico, psicológico, económico y social.

Por lo anterior primero debemos de evaluar el nivel de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar con los que cuentan los adolescentes, y así determinar la implementación de modelos educativos para el mejor

entendimiento de esta área y así ellos puedan realizarse plenamente en su ambiente sexual y no poner en riesgo a embarazos no deseados, amenazas de abortos o de partos prematuros, infecciones de transmisión sexual y muertes maternas debido a abortos o complicaciones durante el embarazo y parto.

JUSTIFICACION.

El presente estudio se enfocará a identificar el nivel de conocimientos con los que cuentan los adolescentes, con respecto a los métodos de planificación familiar.

Con el propósito de identificar a la población que se encuentra dentro del área de afluencia de la unidad de medicina familiar no. 33 “El Rosario”, para incrementar las acciones en relación a educación sexual en donde se incluya el asesoramiento anticonceptivo para adolescentes y de esta forma dar información de calidad, para que así mismo el adolescente los haga parte de su vida sexual y consecutivamente disminuir el alto índice de embarazos no deseados a temprana edad.

Además, por medio de este estudio se expondrá a la población adolescente sobre los resultados del nivel de conocimientos que tienen acerca de los métodos de planificación familiar e incidir en ellos con reforzadores por medio de la ayuda de los padres de familia y profesores.

Actualmente a los adolescentes, la sociedad les concede el derecho a estar informados sobre aspectos de sexualidad, dentro de los cuales se incluyen los métodos anticonceptivos, deseando que con una adecuada información cuenten con mayores perspectivas a futuro y así desarrollarse en el campo de la materia sexual sin mesura, con objetividad y responsabilidad ante su rol en la sociedad contemporánea.

Los jóvenes del país han comenzado a tomar conciencia de sus derechos sexuales y reproductivos, pero aún no los asocian con la eliminación de la violencia de género y la construcción de una sociedad más equitativa.

La conducta sexual y reproductiva de los adolescentes registró cambios importantes en los últimos tres años. Estudios realizados por organizaciones no gubernamentales muestran que este sector de la población tiene mayor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos pero, la gran contradicción es

que casi la mitad sigue sin utilizarlos en su primera relación sexual, principalmente por falta de planeación.

Actualmente nos damos cuenta del incremento en la proporción de adolescentes en la pirámide poblacional de la UMF 33, por lo que la población de jóvenes crecerá notablemente motivo por el cual consideramos pertinente dar prioridad a los adolescentes en materia de servicios de salud con calidad y otorgar orientación anticonceptiva oportunamente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La información disponible en México sobre el conocimiento de los métodos anticonceptivos proviene de censos, encuestas sociodemográficas y epidemiológicas principalmente.

De acuerdo a la Encuesta Gente Joven realizada en el año 2002 el porcentaje de adolescentes que tenía conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su uso correcto pasó de 82%, en 1999, a 86%, en el 2002; los que tenían información sobre el uso correcto del condón aumentaron de 90% a 97.3% en el mismo periodo, y el porcentaje de adolescentes informados en el empleo adecuado de la anticoncepción de emergencia creció de 15.1% a 45.4%.

La utilización de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual entre jóvenes de 13 a 15 años registró una variación importante respecto de 1999, en este año apenas 19.4% de los adolescentes reconoció haber empleado algún método anticonceptivo, tres años después el porcentaje se incrementó a 54.8%.

Hasta la fecha no existen estudios relacionados a los conocimientos de los métodos de planificación familiar en los adolescentes que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No.33 "El Rosario", motivo por el cual, es de interés en el primer nivel de atención y para el grupo etáreo.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el nivel de conocimientos que poseen los adolescentes, inscritos en escuelas afluentes a la unidad de medicina familiar No. 33, acerca de los métodos de planificación familiar?

OBJETIVOS

Objetivo General.

- Determinar cual es el nivel de conocimientos con los que cuentan los adolescentes de las escuelas de afluencia a la unidad de medicina familiar No. 33 “El Rosario”, acerca de los métodos de planificación familiar.

Objetivos Específicos.

- Identificar el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes acerca del preservativo o condón masculino y femenino.
- Identificar el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre el dispositivo intrauterino.
- Identificar el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre los hormonales en sus distintas formas de presentación: pastillas, inyecciones, implantes subdérmicos o dérmicos (parches).
- Identificar el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre las pastillas de emergencia
- Identificar el nivel de conocimientos sobre los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad
- Identificar el nivel de conocimientos sobre el método de la amenorrea de la lactancia
- Identificar el nivel de conocimientos sobre el coito interrumpido.
- Identificar el nivel de conocimientos acerca de la esterilización femenina y masculina.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio:

Es un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional.

- Los estudios descriptivos son aquellos que estudian situaciones que ocurren en condiciones naturales, más que aquellos que se basan en situaciones experimentales, conciernen y son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo. De ellos se derivan frecuentemente eventuales hipótesis de trabajo susceptibles de ser verificadas en una fase posterior.
- Estudios prospectivos posee una característica fundamental, es la de iniciarse con la exposición de una supuesta causa, y luego seguir a través del tiempo a una población determinada hasta determinar o no la aparición del efecto.
- Transversal: La medición de una enfermedad puede efectuarse transversalmente en una población, asumiendo que la medición se efectuará con la intención de medir el número existente de casos, independientemente cuando éstos se hayan iniciado.
- Observacional: Disciplina que se basa en la observación de eventos sin mayor participación en cuanto a la forma, cantidad y oportunidad en que las personas se relacionan o exponen a estos factores. El investigador que utiliza un enfoque observacional toma cuidadosa nota de lo que ocurre, sin intervenir de modo alguno en la decisión de los sujetos respecto de su exposición a factores determinados.(24)

Sujetos, Material y Métodos:

La investigación se llevó a cabo en dos escuelas del área de afluencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS: Secundaria No. 192 “Vicente Riva Palacio Guerrero” turno matutino y el Colegio de Ciencias y Humanidades “Azcapotzalco” de la Universidad Nacional Autónoma de México, durante el periodo comprendido de los meses enero y febrero del año 2007, con el objeto de identificar el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes acerca de los métodos de planificación familiar.

La población estudiada fueron todos los estudiantes de 12 a 18 años de edad, quienes se encontraron en los planteles de afluencia mencionados, a la unidad de medicina familiar No. 33 “El Rosario”. Con los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Alumnos inscritos en las dos escuelas de afluencia a la unidad de medicina familiar No. 33.
- Alumnos entre los 12 a 18 años de edad
- Que acepten participar en el estudio
- Que se encuentren en el turno matutino
- Alumnos que se encuentren en el aula al momento de la encuesta

Criterios de Exclusión:

- Alumnos no inscritos a alguno de los planteles de afluencia de la unidad de medicina familiar No. 33
- Adolescentes que no acepten participar en el estudio.

Criterios de Eliminación

- Adolescentes que contesten la encuesta en forma incompleta

Tamaño de la muestra.

- Se utilizó la siguiente fórmula:
$$n = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{d^2}$$

Para un cálculo de muestra (n) para un estudio descriptivo, con un nivel de confianza (Z α) de 1.96, con un nivel de significancia del estudio (d²) de (0.05) con una p de 0.692 (prevalencia del conocimiento de métodos de planificación en adolescentes) y q de 0.308.

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.692)(0.308)}{(0.5)^2} = \frac{(3.8416)(0.0692)(0.308)}{(0.0025)} = \mathbf{328}$$

Con la obtención de la siguiente población de 328 alumnos de 12 a 18 años de edad de las escuelas de afluencia a la Unidad de Medicina Familiar No 33 en turno matutino, se llevará a cabo el estudio.

RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional para determinar cual es el nivel de conocimientos con los que cuentan los adolescentes de las escuelas de afluencia a la unidad de medicina familiar No. 33 “El Rosario”, escuela secundaria No. 192 “Vicente Rivas Palacio Guerrero” y el Colegio de Ciencias y Humanidades “Azcapotzalco” ambos del turno matutino, en donde se llevó a cabo la encuesta, aplicándose 328 cuestionarios a adolescentes con edad promedio de 15 años, dentro de los cuales participaron 136 hombres y 192 mujeres de entre los 12 a 18 años de edad. Ver grafica 1 y tabla 1.

Los resultados obtenidos con buen nivel de conocimientos acerca de métodos de planificación familiar, fue en porcentaje del 64.21 y de 35.79% en mal nivel de conocimientos acerca de métodos de planificación familiar en adolescentes de entre 12 a 18 años de edad.

Los resultados de acuerdo a género fueron en porcentaje de 68.15 en mujeres de entre 12 a 18 años de edad, con buen nivel de conocimientos acerca métodos de planificación familiar y de 31.85% en mal nivel de conocimientos acerca de métodos de planificación familiar en el mismo grupo, en cambio los hombres obtuvieron cifras inferiores en donde el buen nivel de conocimientos se demostró con un 56.92%, siendo más elevado el porcentaje en mal nivel de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar en el grupo de hombres de 12 a 18 años de edad, obteniendo el 43.08%. Ver Gráfica 2.

En el estudio participaron sujetos de diferente grados académicos, desde el primer grado de secundaria hasta el tercer grado de bachillerato, siempre y cuando se encontraran dentro del rango de 12 a 18 años de edad, su distribución se observa en el gráfico 3, en donde notamos que predominan las mujeres, siendo en su mayoría de segundo grado de bachillerato, con un total de 61 mujeres, que corresponde al 18.59% del total de la población estudiada y al 31% del total de mujeres en estudio; en cambio, el porcentaje de hombres en

el segundo grado de bachillerato correspondió al 9.06% (29 hombres), que representan al 21.32% del total de hombres que fueron encuestados; siendo el tercer grado de bachillerato, el más pequeño de los grupos encuestados, en donde nuevamente observamos un predominio de mujeres que correspondió al 7.31% del total de la muestra estudiada y el 12.5% del total de mujeres, otra vez encontrando en minoría a los hombres con el 1.82% del total de la muestra estudiada, representando al 4.41% del total de hombres dentro de este grupo. Como se muestra en la gráfica número 3.

Encontramos que en el grupo de 17 años, entre hombres y mujeres, obtuvieron el 78.97% de buen nivel de conocimientos acerca de métodos de planificación familiar, porcentaje más elevado por grupo de edad en buen nivel de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar. Ver gráfica 4

Nuestro estudio revela que hubo un mejor nivel de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar en los adolescentes de 17 años de edad, en relación a los grupos de menor edad. También observamos que la mediana corresponde al 55.16% que se agrupa en adolescentes de 14 años de edad con buen nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Ver gráfica 5.

En lo que respecta a género observamos que en el grupo de mujeres se encuentra el porcentaje más alto en buen nivel de conocimientos acerca de métodos de planificación familiar con un 81.84% que corresponden a la edad de 16 años, en cambio los hombres de 17 años cuentan con un 77.14% como porcentaje más alto en nivel de conocimientos acerca de métodos de planificación familiar.

Los conocimientos que observamos en los adolescentes acerca del método de planificación de barrera, en este caso preservativo o condón son satisfactorios debido a que la mayoría de los adolescentes de los diferentes grupos de edad se encuentran por arriba del 90%, siendo muy escasos los adolescentes que ignoran este tipo de anticonceptivo, siendo más específico, notamos que el 96.29% de los adolescentes de 12 años de edad, que

contestaron el cuestionario, tienen un nivel de conocimiento bueno siendo sólo el 0.27% de los adolescentes que tienen un nivel de conocimientos malo. En el grupo de 13 años el 96.72% tuvo un buen nivel de conocimientos quedando solo el 3.27% con un mal nivel de conocimientos, el grupo de 14 años de edad, descendió un poco en nivel de conocimientos, en comparación con los grupos de menor edad, resultando con un 91.37% de buen nivel de conocimientos teniendo un porcentaje más elevado en mal nivel de conocimientos siendo de 8.63, resaltando que este grupo fue el que menor nivel de conocimientos tiene acerca del método de planificación familiar de barrera preservativo o condón, siguiéndole el grupo de 15 años quienes mostraron un ligero aumento del nivel de conocimientos del condón, en relación al grupo de 14 años, con un 93.1% de buen nivel de conocimientos, mientras que el 6.9% tuvo un malo nivel de conocimientos, en el grupo de 16 años obtuvimos un porcentaje de 95.71 con buen nivel de conocimientos acerca del preservativo o condón con un menor porcentaje de 4.29 con mal nivel de conocimientos acerca del preservativo o condón, y finalmente los 2 últimos grupos de edad, 17 y 18 años, ambos obtuvieron el 100% de buen nivel de conocimientos acerca de métodos de planificación familiar de barrera preservativo o condón, resultados que se muestran en la tabla 2-3 y en la gráfica 6.

Se puede apreciar que los conocimientos sobre métodos de planificación familiar acerca del tipo de hormonales, observamos que existe mayor ignorancia, ya que obtuvimos más resultados malos del nivel de conocimientos que buenos, iniciando con el grupo de 12 años, los más pequeños, que obtuvieron un pobre 22.2% de buen nivel de conocimientos, siendo muy elevado el porcentaje de mal nivel de conocimientos de 77.8%, continuando con el grupo de 13 años quienes también tienen un mal nivel de conocimientos acerca de este tipo de método de planificación familiar, resultando un 44.26%, en este grupo, de buen nivel de conocimientos y un 55.74% de mal nivel de conocimientos, continuando con el grupo de 14 años que obtuvieron el 44.82% de buen nivel de conocimientos y un 55.18% de mal nivel de conocimientos; observando que el nivel de conocimientos acerca de este tipo de método de planificación familiar hormonal, es inversamente proporcional a la edad del adolescente, encontrando que el grupo de 15 años obtuvo el 55.17% de buen

nivel de conocimientos con un porcentaje menor de mal nivel de conocimientos, siendo de 44.83%, teniendo mejor nivel de conocimientos los adolescentes de 16 años en adelante quienes obtuvieron el 84.28% de buen nivel de conocimientos disminuyendo mucho el mal nivel de conocimientos siendo solo de 15.72% en este grupo de edad, observamos una ligera disminución en el buen nivel de conocimientos del grupo de 17 años teniendo un 80.95% de buen nivel de conocimientos incrementándose un poco el mal nivel de conocimientos siendo este de 19.05%, en relación al grupo anterior de menor edad, y por último el grupo de 18 años tuvo un excelente resultado ya que obtuvo el 100% de buen nivel de conocimientos de los anticonceptivos hormonales. Ver tablas 4 y 5, gráfica 7.

El nivel de conocimientos en adolescentes acerca de los métodos de planificación familiar como en el caso del dispositivo intrauterino, nuestra investigación arrojó que la mayoría de los adolescentes de 12 a 15 años demostraron un mal nivel de conocimientos del dispositivo intrauterino, iniciando con el grupo de 12 años que obtuvo un 40.74% de buen nivel de conocimientos siendo más elevado el mal nivel de conocimientos con un porcentaje de 59.26%, el grupo de 13 años demostró el más bajo nivel de conocimientos en relación este método obteniendo un resultado de 39.34% con buen nivel de conocimientos y por ende obtuvieron el porcentaje más elevado en mal nivel de conocimientos siendo de 66%, el grupo de 14 años obtuvo igualmente un porcentaje bajo en el buen nivel de conocimientos de 44.82%, siendo también elevado el porcentaje con mal nivel de conocimientos de 55.18%, continuando con bajos porcentajes en buen nivel de conocimientos el grupo de 15 años obtuvo un 43.1% y 56.9% de mal nivel de conocimientos; enseguida tenemos al grupo de 16 años, quienes mejoraron bastante los resultados obteniendo el 80% buen nivel de conocimientos y solo el 20% resultó con mal nivel de conocimientos, mejorando un poco el grupo de 17 años, de los cuales el 83.33% obtuvieron buen nivel de conocimientos y un porcentaje bajo el 16.67% tuvieron mal nivel de conocimientos; y por último con resultados menos satisfactorios tenemos al grupo de 18 años, obteniendo de éstos el 75% buen nivel de conocimientos y el 25% mal nivel de conocimientos. Ver tablas 6 y 7, gráfica 8.

En el apartado de nivel de conocimientos en los adolescentes acerca de los métodos basados en la fertilidad, encontramos que existe mayor ignorancia acerca de los métodos basados en la fertilidad, debido a que encontramos gran diversidad de resultados sin tener relación la edad con el nivel de conocimientos, así encontramos que el grupo de 12 años de edad se encuentra en este rubro dentro de los más elevados en nivel de conocimientos obteniendo el 70.37% de buen nivel de conocimientos en los métodos basados en la fertilidad, resultando sólo el 29.63% de mal nivel de conocimientos, en contraste con el grupo de 13 años que obtuvo sólo el 52.45% de buen nivel de conocimientos y dejando al 47.55% con mal nivel de conocimientos, elevándose un poco el nivel de conocimientos en el grupo de 14 años en comparación al grupo anterior con un 67.24% de buen nivel de conocimientos y el 32.76% con mal nivel de conocimientos, aunque este grupo tuvo mejor nivel de conocimientos que el grupo anterior, el resultado es muy pobre en conocimientos de este tipo de método de planificación familiar, ya que nuevamente en el grupo de 15 años tenemos cifras bajas en buen nivel de conocimientos, en este grupo fue de 53.44% y 46.56% en mal nivel de conocimientos, en cambio con el grupo de 16 años observamos una marcada diferencia ya que su buen nivel de conocimientos ascendió al 84% disminuyendo hasta el 16% el mal nivel de conocimientos, continuando con el grupo de 17 años observamos incremento en buen nivel de conocimientos con un 88.09%, sólo dejando al 11.91% con mal nivel de conocimientos, siendo este grupo de edad el más sobresaliente en buen nivel de conocimientos en relación al método de planificación familiar basados en el método de la fertilidad, resultado que contrasta rotundamente comparándolo con el grupo de 18 años quienes obtuvieron solamente el 58% de buen nivel de conocimientos y el 42% con mal nivel de conocimientos. Ver tablas 8 y 9, gráfica 9.

El nivel de conocimientos acerca de los métodos basados en la amenorrea de la lactancia materna, es del que menor nivel de conocimientos tienen los adolescentes, ya que obtuvimos los siguientes resultados: en el grupo de 12 años se obtuvo solo el 40.74% de buen nivel de conocimientos, con un porcentaje mayor del 59.26% con mal nivel de conocimientos, en el

grupo de 13 años también obtuvimos un resultado muy bajo en buen nivel de conocimientos 40.98% con un 59.02% de mal nivel de conocimientos, continuando con el grupo de 14 años que también demostró bajo porcentaje en buen nivel de conocimientos con un 48.27%, aunque es bajo en comparación con los grupos de menor edad tuvieron un porcentaje ligeramente más elevado, y 51.73% resultaron con mal nivel de conocimientos, sin embargo continuamos con el grupo de 15 años en donde tuvimos solo que el 37.93% resultó con buen nivel de conocimientos elevándose el porcentaje con mal nivel de conocimientos siendo este de 62.07%, siguiendo con el grupo de 16 años se obtuvo el 43% de buen nivel de conocimientos y el 57% con mal nivel de conocimientos, continuando con el grupo de 17 años quienes obtuvieron un el porcentaje más elevado en buen nivel de conocimientos en este tipo de método de planificación familiar, con un 54.76% y 45.24% de mal nivel de conocimientos, siendo aún así un porcentaje muy bajo en buen nivel de conocimientos y ni que decir del grupo de 18 años que fue el más bajo en buen nivel de conocimientos de todos los grupos de edad de adolescentes estudiados, obteniendo sólo 33% de buen nivel de conocimientos, obteniendo en mayor porcentaje con 67% mal nivel de conocimientos. Ver tablas 10-11 y gráfica 10.

Los resultados obtenidos en el método de planificación coito interrumpido fueron de la siguiente manera: en el grupo de 12 años se observó un porcentaje muy bajo en buen nivel de conocimientos con 25.92% y 74.08% con mal nivel de conocimientos, resultados que pone a este grupo de edad muy abajo en nivel de conocimientos en comparación con los demás grupos de edad como en este caso el siguiente grupo de edad que es el de 13 años no tuvo resultados muy sobresalientes, sin embargo estuvieron por encima de los del grupo de 12 años, con un buen nivel de conocimientos de 37.7% y mal nivel de conocimientos de 62.3%, siguiéndole el grupo de 14 años con el 43.1% de buen nivel de conocimientos y con un 56.9% de mal nivel de conocimientos, continuamos con el grupo de 15 años quienes tuvieron mejores resultados en buen nivel de conocimientos con un 62.06% y 37.94% de mal nivel de conocimientos, superándolos en gran porcentaje el grupo de 16 años con un resultado sobresaliente de 91.42% en buen nivel de conocimiento acerca de

este método de planificación familiar, dejando solo al 08.58% en mal nivel de conocimientos, grupo que obtuvo el mejor resultado en este método de planificación familiar, siguiéndolo el grupo de 17 años quienes obtuvieron un porcentaje de 78.58% en buen nivel de conocimientos y un 21.42% con mal nivel de conocimientos, siendo el segundo grupo en obtener los mejores resultados en nivel de conocimientos acerca de coito interrumpido, contrastando con el último grupo de edad de 18 años, quienes obtuvieron solo el 66.66% en buen nivel de conocimientos, porcentaje mucho más bajo que en los grupos anteriores de menor edad, por consiguiente resultando con un 33.34% de mal nivel de conocimientos. Ver tablas 12-13, gráfica 11.

El nivel de conocimientos en adolescentes acerca de la esterilización masculina y femenina, observamos también muy bajo porcentaje en buen nivel de conocimientos ya que los resultados fueron así: en el grupo de 12 años se obtuvo el 51.85% en buen nivel de conocimientos con un 48.15% en mal nivel de conocimientos, en el grupo de 13 años se obtuvo un porcentaje de 34.43% en buen nivel de conocimientos y el 65.57% en mal nivel de conocimientos, en el grupo de 13 años no damos cuenta de que se obtuvo un porcentaje más bajo en buen nivel de conocimientos en relación al grupo previo, con un 34.43% en buen nivel de conocimientos y un porcentaje de 65.57% en mal nivel de conocimientos, incrementándose ligeramente el porcentaje en buen nivel de conocimientos en el grupo de 14 años obteniendo un 46.56% de buen nivel de conocimientos dejando en 53.44% de mal nivel de conocimientos, encontrando un porcentaje menor de buen nivel de conocimientos en el grupo de 15 años siendo de 39.78% y el 60.22% en mal nivel de conocimientos, siendo este grupo de edad el más bajo en porcentaje de buen nivel de conocimientos en este tipo de método de planificación familiar, coito interrumpido, continuamos con el grupo de 16 años quienes tuvieron el mejor porcentaje en este rubro con un 80% en buen nivel de conocimientos, dejando solo el 20% con mal nivel de conocimientos, siguiéndole el grupo de 17 años con un porcentaje de 73.8% en buen nivel de conocimientos y el 26.2% de mal nivel de conocimientos, y por último tenemos al grupo de 18 años que tuvo un desempeño regular obteniendo el 75% en buen nivel de conocimientos y 25% en mal nivel de conocimientos. Ver tablas 14-15, gráfica 12.

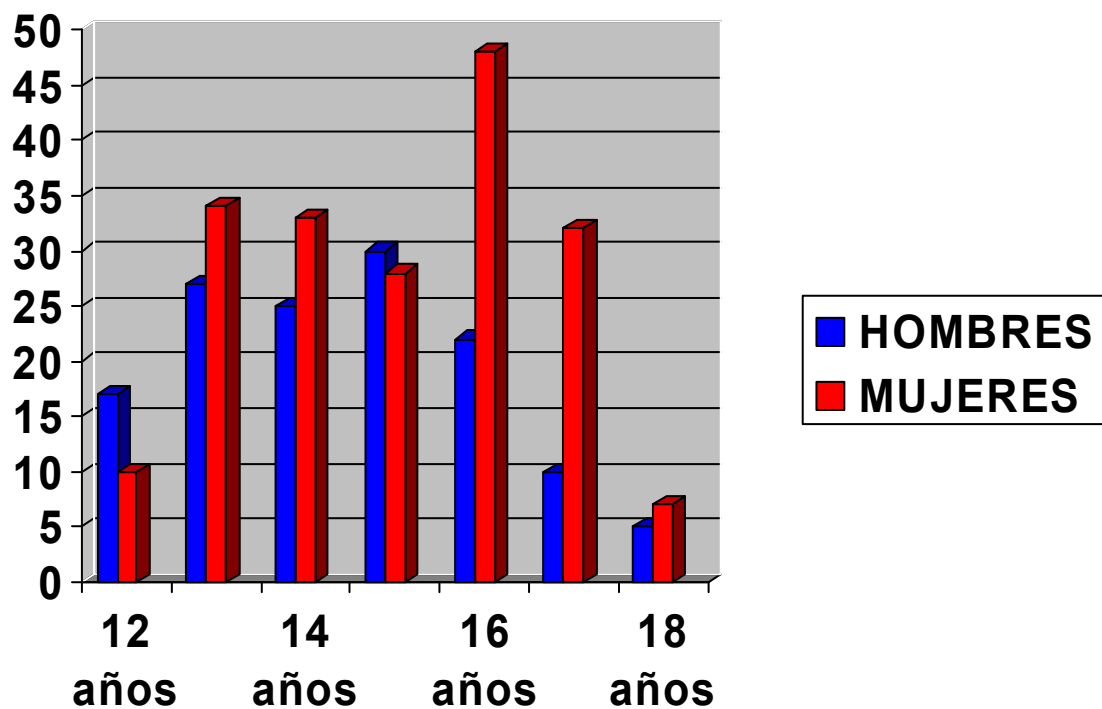
TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Adolescentes que participaron en el estudio por grupo de edad.

	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
HOMBRES	17	27	25	30	22	10	5
MUJERES	10	34	33	28	48	32	7

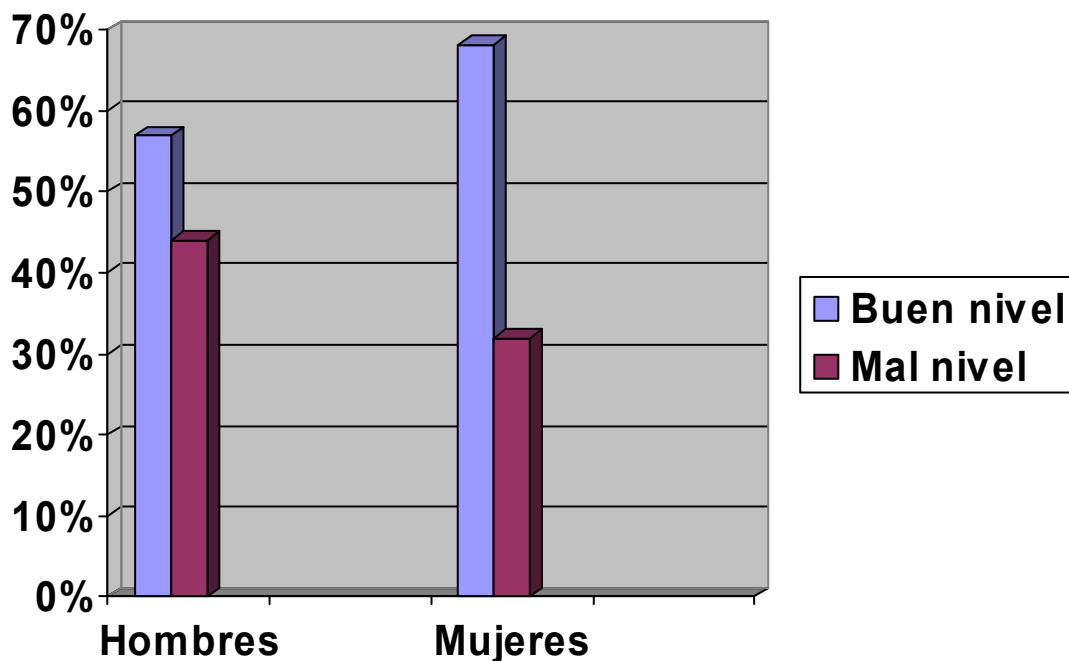
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Gráfica 1. Adolescentes que participaron en el estudio por grupo de edad.



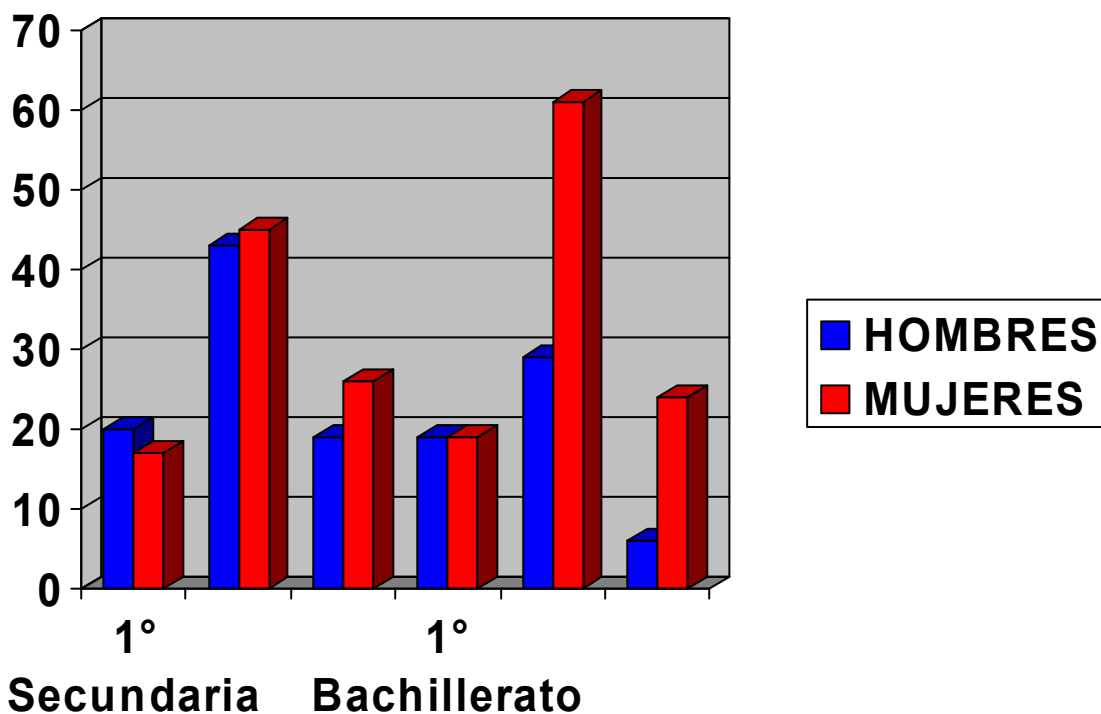
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Gráfica 2 Nivel de conocimientos acerca de métodos de planificación familiar por género.



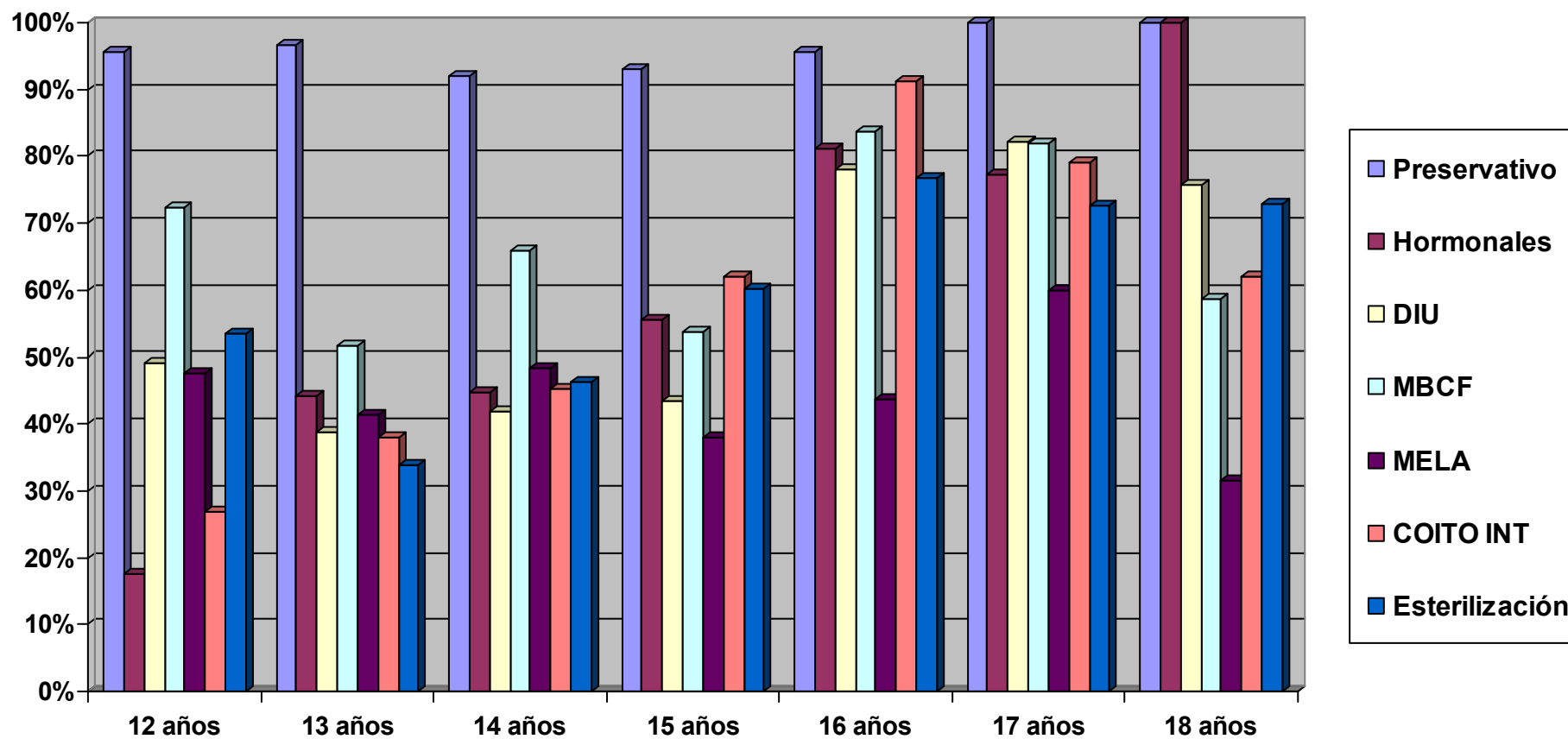
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Gráfica 3. Número de sujetos por género y grado escolar



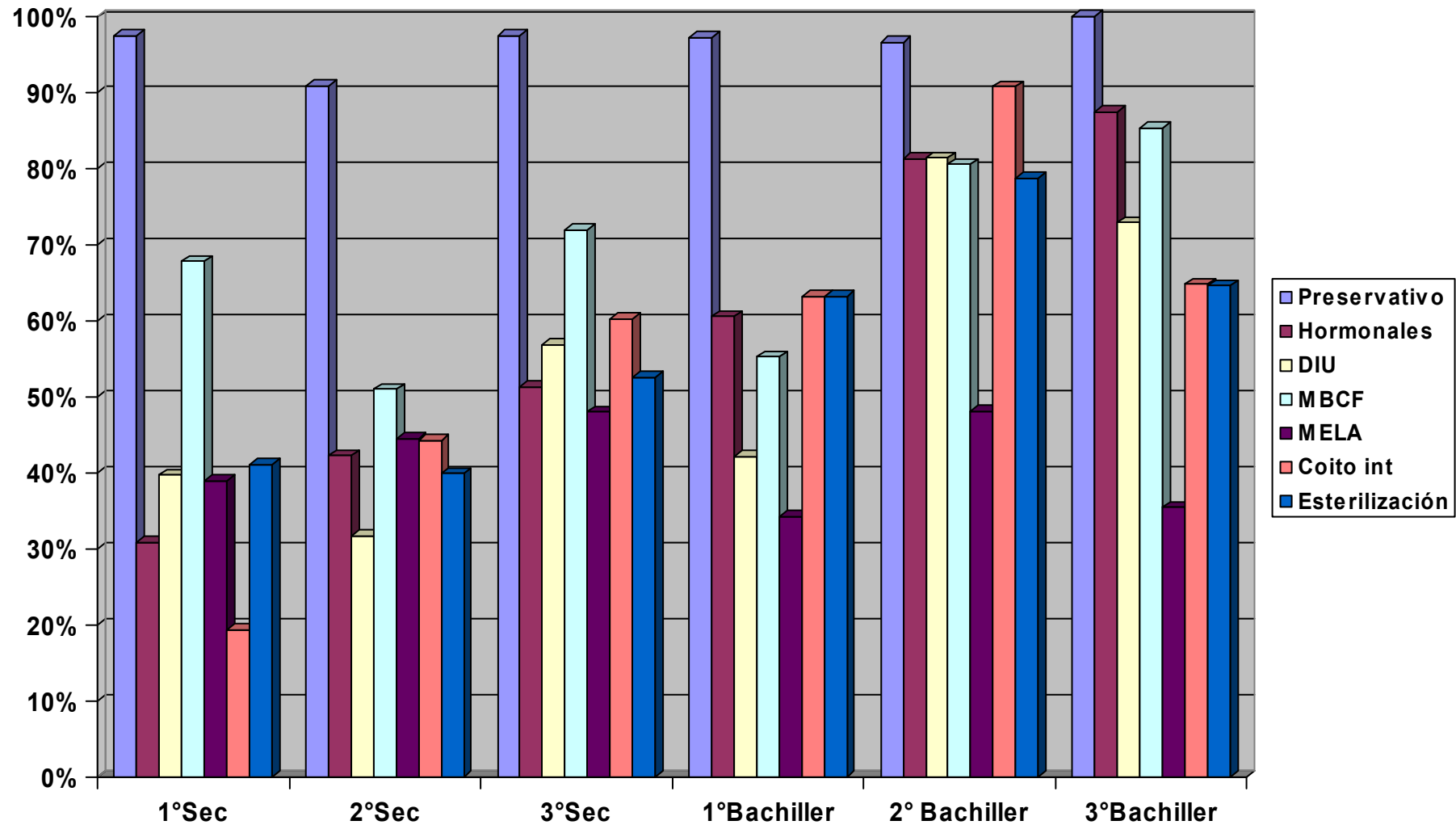
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Gráfico 4. Porcentajes de nivel de conocimiento entre edad y método de planificación familiar.



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Gráfica 5. Nivel de conocimientos entre grado escolar y método de planificación familiar.



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Tabla 2. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca del preservativo o condón por grupos de edad.

Nivel de conocimientos	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Bueno	96.29%	96.72%	91.37%	93.1%	95.71%	100%	100%
Malo	0.27%	3.27%	8.63%	6.9%	4.29%	0%	0%

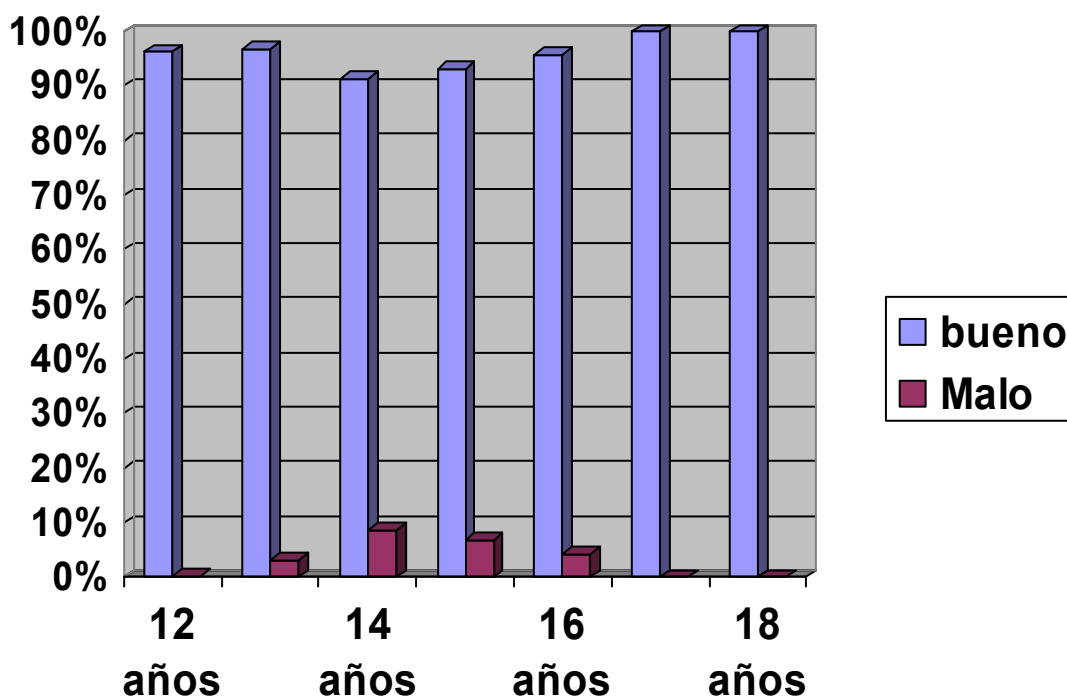
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Tabla3. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca de métodos de planificación familiar de barrera preservativo o condón.

Nivel de conocimientos	Media	Mediana	Moda
Bueno	96.17%	96.72%	100%
Malo	3.83%	3.27%	0%

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Gráfica 6. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca del preservativo o condón por grupos de edad.



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Tabla 4. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca de los hormonales por grupos de edad.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
BUENO	22.20%	44.26%	44.82%	55.17%	84.28%	80.95%	100%
MALO	77.80%	55.74%	55.18%	44.83%	15.72%	19.05%	0%

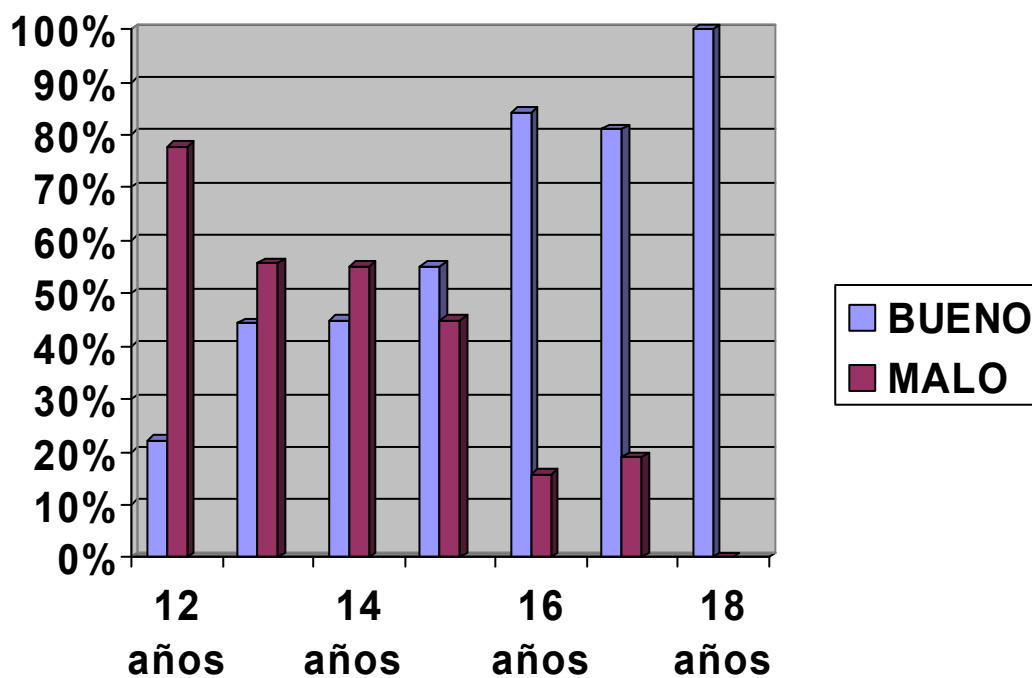
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Tabla 5. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca de métodos de planificación familiar de tipo hormonales.

Nivel de conocimientos	Media	Mediana	Moda
Bueno	61.67%	55.17%	Sin moda
Malo	38.33%	44.83%	Sin moda

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Gráfica 7. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca de los hormonales por grupos de edad.



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Tabla 6. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca del dispositivo Intrauterino por grupos de edad.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
BUENO	40.74%	39.34%	44.82%	43.10%	80%	83.33%	75%
MALO	59.26%	60.66%	55.18%	56.90%	20%	16.67%	25%

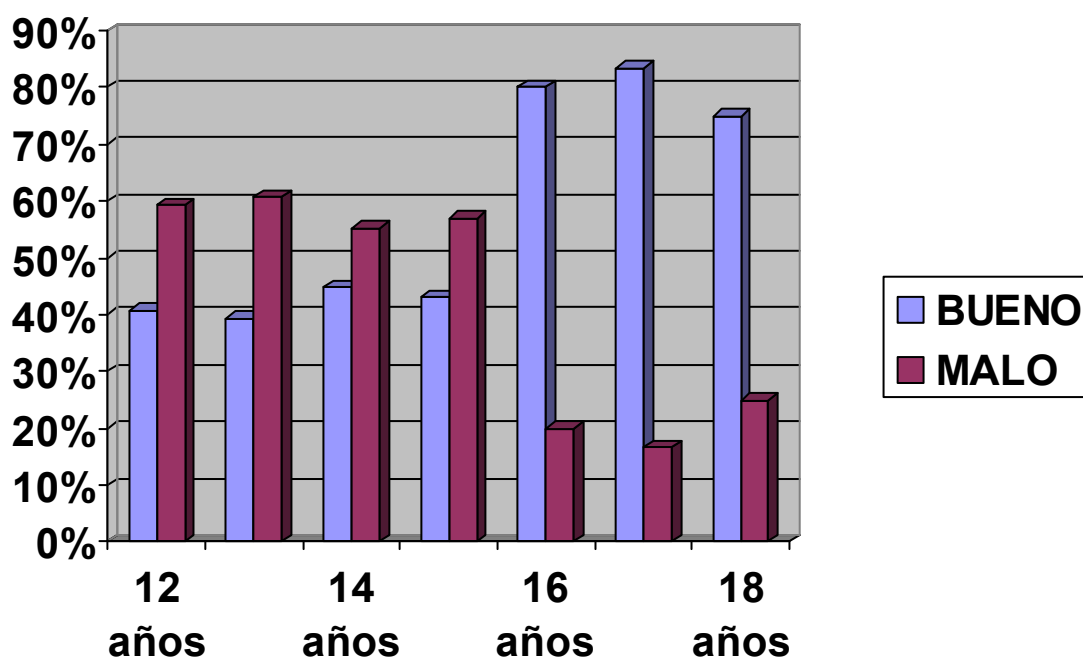
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Tabla 7. Nivel de conocimiento en adolescentes acerca métodos de planificación familiar, dispositivo intrauterino.

Nivel de conocimientos	Media	Mediana	Moda
Bueno	58.05%	44.82%	Sin moda
Malo	41.95%	55.18%	Sin moda

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Gráfica 8. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca del dispositivo Intrauterino por grupos de edad.



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Tabla 8. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca de los métodos basados en la fertilidad por grupos de edad.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
BUENO	70.37%	52.45%	67.24%	53.44%	84.00%	88.09%	58.00%
MALO	29.63%	47.55%	32.76%	46.56%	16.00%	11.91%	42.00%

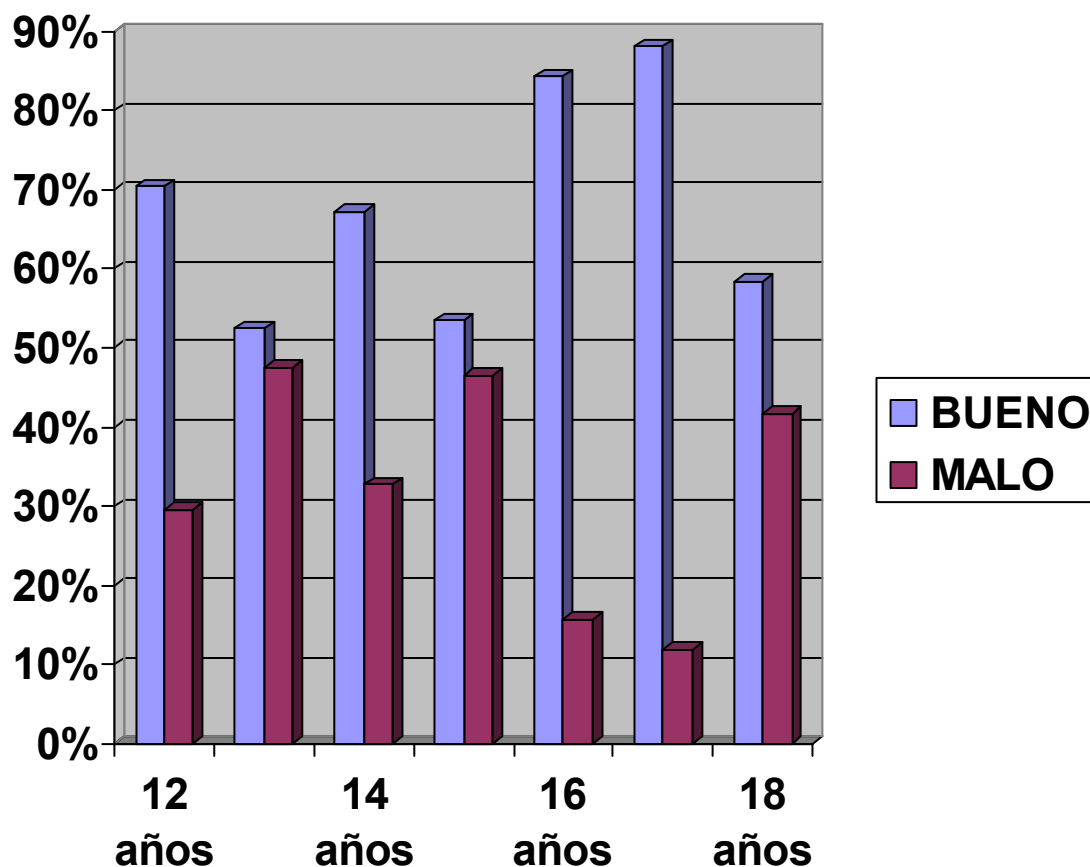
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Tabla 9. Nivel de conocimiento en adolescentes acerca de los métodos basados en la fertilidad.

Nivel de conocimientos	Media	Mediana	Moda
Bueno	67.67%	67.24%	Sin moda
Malo	32.33%	47.55%	Sin moda

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Gráfica 9. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca de los métodos basados en la fertilidad por grupos de edad.



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Tabla 10. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca del Método de la Amenorrea de la Lactancia Materna por grupos de edad.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
BUENO	40.74%	40.98%	48.27%	37.93%	43.00%	54.76%	33.00%
MALO	59.26%	59.02%	51.73%	62.07%	57.00%	45.24%	67.00%

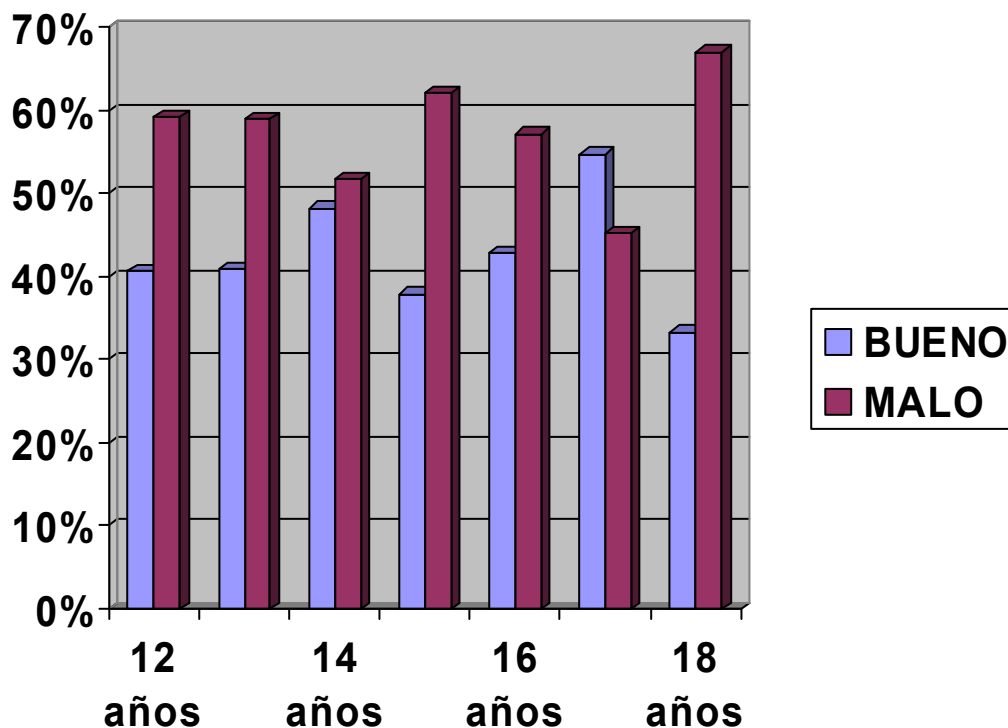
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Tabla 11. Nivel de conocimiento en adolescentes acerca de los métodos de la amenorrea de la lactancia materna.

Nivel de conocimientos	Media	Mediana	Moda
Bueno	42.67%	40.98%	Sin moda
Malo	57.33%	59.26%	Sin moda

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Gráfica 10. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca del Método de la Amenorrea de la Lactancia Materna por grupos de edad.



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Tabla 12. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca del coito interrumpido por grupos de edad.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
BUENO	25.92%	37.70%	43.10%	62.06%	91.42%	78.58%	66.66%
MALO	74.08%	62.30%	56.90%	37.94%	08.58%	21.42%	33.34%

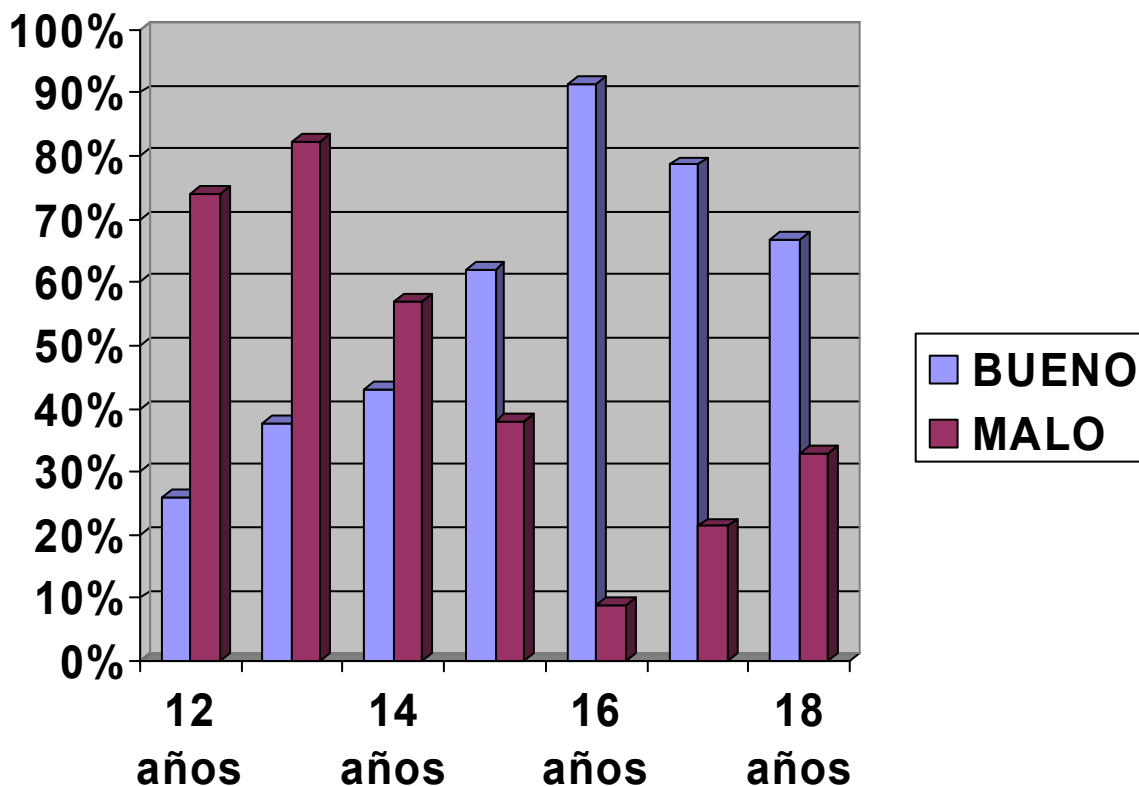
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Tabla 13. Nivel de conocimiento en adolescentes acerca del coito interrumpido.

Nivel de conocimientos	Media	Mediana	Moda
Bueno	57.92%	62.06%	Sin moda
Malo	42.08%	37.94%	Sin moda

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Gráfica 11. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca del coito interrumpido por grupos de edad



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Tabla 14. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca de la esterilización masculina y femenina por grupos de edad.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
BUENO	51.85%	34.43%	46.56%	39.78%	80.00%	73.80%	75.00%
MALO	48.15%	65.57%	53.44%	60.22%	20.00%	26.20%	25.00%

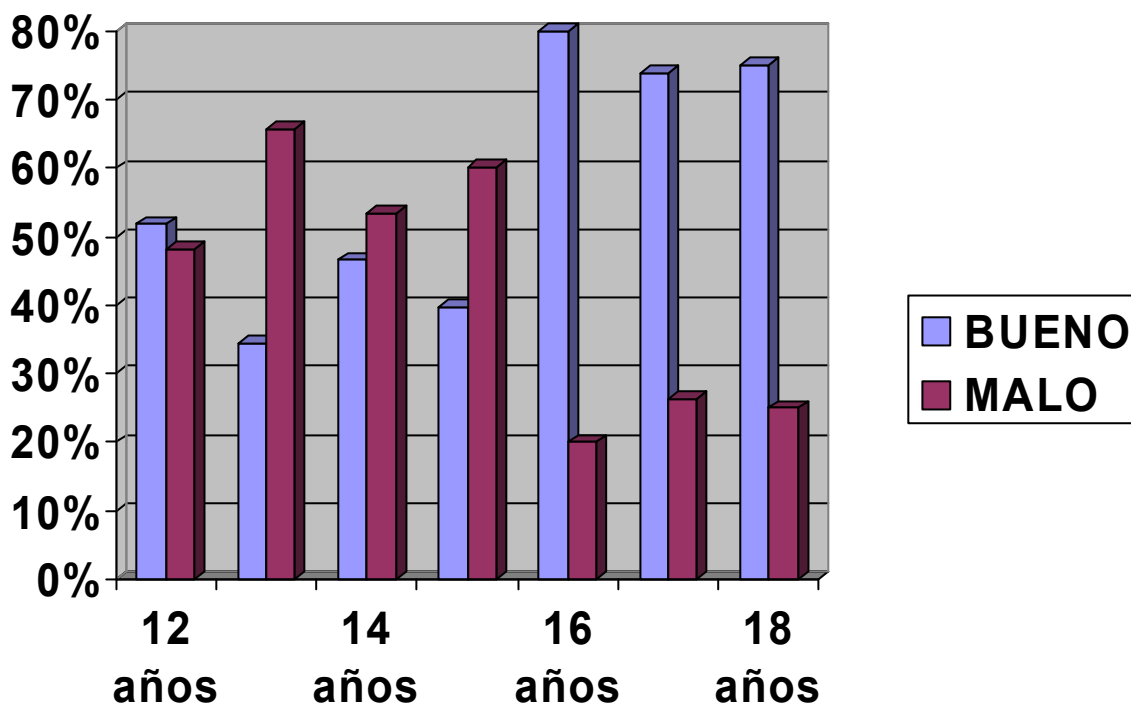
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Tabla 15. Nivel de conocimiento en adolescentes acerca de la esterilización masculina y femenina.

Nivel de conocimientos	Media	Mediana	Moda
Bueno	57.35%	51.85%	Sin moda
Malo	42.65%	48.15%	Sin moda

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

Gráfica 12. Nivel de conocimientos en adolescentes acerca de la esterilización masculina y femenina por grupos de edad.



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes de las escuelas de afluencia a la UMF 33 en 2007.

DISCUSIÓN

El presente estudio demostró que los adolescentes inscritos en escuelas afluentes a la unidad de medicina familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social, secundaria diurna No. 192 “Vicente Riva Palacio” y el Colegio de Ciencias y Humanidades “Azcapotzalco” de la UNAM, de los turnos matutinos, obtuvo un promedio de 64.21% en buen nivel de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar, contra un 35.79% en un mal nivel en conocimientos sobre este rubro.

González-Garza C y col, en el estudio del “Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la Encuesta Nacional en Salud 2000”, revelan que un 69.2% de los adolescentes refirió al menos conocer un método de planificación familiar. En contraste con nuestro estudio el nivel de conocimientos acerca de métodos de planificación familiar en adolescentes, fue de 64.21%, cifra similar a la Encuesta nacional en Salud 2000. (13)

Para el año 2000 la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ2000) destaca que 81.5% de los hombres y 76% de las mujeres de entre 15 a 19 años de edad mencionaron conocer sobre métodos de planificación familiar. (15). En nuestra población de estudio encontramos que un buen nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar en mujeres fue de 68.15%, en comparación al 56.92% de los hombres, siendo un resultado inverso al de la ENJ200.

Según el Consejo Nacional de Población en el 2000, notificó que las mujeres de 15 a 19 años de edad tienen, en general, menor nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar; en 1976, el 79.8% de las mujeres conocía algún método de planificación familiar; para 1992, 90.9%, lo que ascendió a 93.4% en 1997.(9) La Encuesta Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación familiar (Mexfam), aplicada en 1999 a adolescentes de 13 a 19 años de edad, indica que 93.4% de los hombres y

80.9% de las mujeres declararon tener conocimiento formal o informal de métodos de planificación familiar. (13)

González-Garza y Col, advierten un incremento en el porcentaje conforme aumenta la edad, observando diferencias significativas: 54.2% de los de 12 a 14 años de edad dijeron conocer al menos un método de planificación familiar, el mayor porcentaje estuvo en los de 18 a 19 años de edad. El 51.6% de los hombres de 12 a 14 años declararon conocer al menos un método de planificación familiar, 5.1% menor al de las mujeres, mientras que no se observaron diferencias significativas en los de 15 a 19 años de edad en uno y otro sexo.

En el presente estudio contamos con que el mayor nivel de conocimientos acerca de métodos de planificación familiar en adolescentes, por grupo de edad sobresale el grupo de 17 años con un 78.97% de buen nivel de conocimientos en comparación al estudio de González-Garza y Col, mencionado anteriormente

En lo que respecta a nuestro estudios, observamos que el índice porcentual más elevado de buen nivel de conocimientos en métodos de planificación familiar por grado escolar fue de 82.67%, el cual corresponde al grupo de segundo año de bachillerato, siendo el promedio porcentual menor en el grupo de segundo grado de secundaria con un 47.17%.

En comparación con la Encuesta Nacional de Salud 2000 en donde describen diferencias significativas en el conocimiento de acuerdo con la escolaridad, 31.9% de los adolescentes sin escolaridad en el grupo de edad de 12 a 14 años mencionaron conocer algún método de planificación familiar y se apreció un aumento en la proporción de conocimientos conforme se incrementó la escolaridad; de la misma manera, se observó una tendencia significativa entre mayor escolaridad mayor conocimiento de métodos de planificación familiar en los jóvenes de los 15 a los 19 años de edad. (15)

Estudiando a los adolescentes con respecto a sus conocimientos acerca de métodos de planificación por tipo de método encontramos lo siguiente: existe un nivel elevado de conocimientos acerca del condón o preservativo representado por el 96.32% en respuestas contestadas de forma correcta para este método, seguido de un 66.81% en buen nivel de conocimientos en el método basado en el conocimiento de la fertilidad, siguiéndole con un 60.06% que corresponde a un buen nivel de conocimientos acerca de hormonales, le continua un 56.91% sobre un buen nivel de conocimientos acerca del dispositivo intrauterino, con respecto al buen nivel de conocimientos acerca de esterilización masculina y femenina con un 59.43%, continuándole un 58.16% de nivel de conocimientos acerca del coito interrumpido y por último, con un porcentaje menor, tenemos un 40.86% que corresponde al buen nivel de conocimientos acerca del método de la lactancia materna.

En comparación con lo anterior, los resultados de la Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los adolescentes y Jóvenes en el Área Metropolitana, realizada en la Ciudad de México en 1988, destacan que entre los métodos anticonceptivos usados por los adolescentes, el condón se reporta con mayor frecuencia (87.7%), y le siguen en importancia los hormonales orales (6.9%), el coito interrumpido (3.4%), y el método del ritmo (2.5%). Por otra parte, este estudio permite caracterizar al adolescente capaz de utilizar algún método anticonceptivo en su primera relación sexual: ser adolescente hombre, que cuenta con alta escolaridad, posee información sobre anticoncepción e inicia su vida sexual a una mayor edad. (28)

Se han llevado acabo investigaciones en adolescentes con respecto a su comportamiento sexual pero no se ha indagado específicamente acerca del nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar con los que cuentan. La mayoría de las investigaciones se centran en el inicio de vida sexual, y acerca de si utilizan algún método de planificación familiar en su primera relación sexual, ya sea como método anticonceptivo o para evitar enfermedades de transmisión sexual.

Por ejemplo, Adriana Florencia Martínez Ramírez et al, realizaron un estudio en la ciudad de Guadalajara Jalisco México, para indagar acerca del condón masculino y su eficacia, información y creencias. Su investigación reveló que el 85.7 % de los adolescentes conocían el momento durante el cual debe utilizarse el condón. El uso del condón en cada relación sexual independientemente de que la persona se vea sana, fue admitido por el 79.6 % de los adolescentes; el 75.5 % sabían que debe utilizarse un condón diferente para cada relación sexual, en contraste, la pertinencia del uso del preservativo en las relaciones no vaginales (oral, anal) fue reconocida sólo por 34.7% de los adolescentes. En cuanto a la importancia de revisar la fecha de caducidad, 75.5 % contestó correctamente. (29)

Los métodos anticonceptivos naturales como el coito interrumpido o la abstinencia periódica, y otros métodos como del ritmo, temperatura basal o moco cervical, son los menos recomendados para los adolescentes por tener un alto porcentaje de falla; además, de no protegerlos contra las enfermedades de transmisión sexual, a las que son altamente susceptibles. La selección de un método anticonceptivo específico depende de los factores que rodeen al adolescente.

En este estudio se observó que los preservativos, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, los anticonceptivos hormonales orales y los anticonceptivos hormonales inyectables mensuales, son los métodos más conocidos por los adolescentes, aunque la mayoría de las veces existe un desconocimiento acerca de su adecuado uso o aplicación.

Existe una gran discrepancia en los resultados de las encuestas para investigar el comportamiento sexual en este sector de la población; no son comparables, principalmente por la inclusión de diferentes intervalos de edad, por la variación en la conceptualización de las variables, por los instrumentos para recolectar la información y por el tipo de muestreo.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se demostró lo siguiente:

1. Los adolescentes estudiados cuentan con un 64.21% de nivel adecuado de conocimientos acerca de métodos de planificación familiar.
2. El grupo de mujeres obtuvo el mayor porcentaje en nivel de conocimientos de métodos de planificación familiar representado por un 81.84% el cual correspondió al grupo de mujeres de 16 años de edad. Mientras que los hombres obtuvieron un 77.14% correspondiente a la población de 17 años.
3. En relación al grado académico el estudio reveló un notable aumento entre un buen nivel de conocimiento siendo el pico máximo estimado en el segundo grado a nivel bachillerato con un 82.67% y un nivel mínimo en el primer grado de secundaria con 47.87%.
4. En relación con todos los métodos de planificación familiar encontramos que el preservativo obtuvo un 96.32%, seguido del método basado en el conocimiento de la fertilidad con un 66.81%, seguido del conocimiento de los hormonales con 60.06%, continuándole el dispositivo intrauterino con 56.91%, la esterilización masculina y femenina contribuyó al 59.43%, en el penúltimo lugar se observa al coito interrumpido con un nivel de conocimientos del 58.16% y finalmente el método basado en la lactancia materna con un nivel adecuado de conocimientos con un 40.86%
5. Se obtuvo un promedio de 96.17% en buen nivel de conocimientos acerca del preservativo o condón.

RECOMENDACIONES

En todo el mundo, los hombres y las mujeres jóvenes se ven afectados por un porcentaje desproporcionado de embarazos no planificados, enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, y otros problemas graves de salud de la reproducción.

Aproximadamente la mitad de las infecciones por HIV ocurren en menores de 25 años y de cada tres enfermedades de transmisión sexual ocurren entre los menores de 24 años.

Más del 10% de todos los nacimientos anuales se registran entre mujeres de 15 a 19 años.

Las adolescentes embarazadas tienen mayores factores de riesgo de morbi-mortalidad, de dos y cuatro veces más alto, que en mujeres adultas (mayores de 20 años de edad) que se encuentren embarazadas. Además la mortalidad infantil es de 30 veces más elevada en los recién nacidos de las madres entre los 15 a 19 años de edad. Y algo aún más preocupante es que aproximadamente 2 millones de adolescentes en países de desarrollo se someten a abortos en condiciones deplorables atentando a su salud e incluso a su propia vida.

Las y los adolescentes tienen mayor predisposición a embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, pero para ayudarlos es necesario reducir sus riesgos y consecuencias, fortaleciendo la educación sexual, ofreciéndoles educación e información de calidad, y facilitar su acercamiento a las unidades de salud de primer nivel de atención con empatía y profesionalismo.

Por lo que sugerimos las siguientes recomendaciones hacia la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del IMSS:

1. Capacitar a los profesionales de la salud acerca de cómo establecer vínculos que atraigan la atención de los adolescentes, para educarlos acerca de los métodos de planificación familiar e incitarlos a la toma de decisiones en la práctica sexual, para que el adolescente tenga los suficientes conocimientos y ejerza su sexualidad libremente y con responsabilidad, permitiéndole elegir la opción que más se adapte a sus circunstancias y necesidades, evitando riesgos innecesarios en su comportamiento sexual.
2. Trabajar con líderes comunitarios, profesores, directores de escuelas y padres de familia para ayudar a reducir los temores o los conceptos erróneos acerca de los mitos y tabúes acerca de la sexualidad, y orientarlos en materia de educación sexual.
3. Fomentar programas sobre sexualidad en las escuelas desde preescolar hasta nivel medio superior, con el fin de que el niño y adolescente obtengan el conocimiento a través de su trayectoria académica, integrando conceptos como género, diferencias entre sexos, parte de la fisiología, que comprenda lo que sucede en sí mismo y en su entorno, usando reforzadores en cada uno de los niveles de educación en diversas dinámicas.
4. Es fundamental realizar asesorías y supervisiones por parte del equipo de salud en el área de fomento a la salud para estar monitorizando y reforzando los conceptos acerca de los métodos anticonceptivos en los adolescentes de las escuelas de afluencia a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”.
5. Hay que fortalecer los lazos entre las unidades médicas con los centros educativos, a través de mayor colaboración y realizar planeaciones estratégicas encaminadas a la educación sexual con información de calidad, para que el adolescente se acerque con confianza a sus profesores o al equipo de salud en el primer nivel de atención. En un sentido de orientación y reflexión para el adolescente.

Entender que el médico no es exclusivo de una unidad de salud de primero, segundo o tercer nivel de atención, sino que también la labor del médico es orientar y ofrecer apoyo a las unidades o estancias educativas para que así un grupo de maestros y médicos encargados en los temas de sexualidad puedan dar mejores conocimientos y tener impacto en los adolescentes sobre aspectos de sexualidad, por lo tanto ofrecer un buen nivel de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar disponibles.

Sabemos y estamos de acuerdo en que un adolescente educado con bases sólidas de conocimientos en educación sexual, retardará su inicio de vida sexual y al momento en que la inicie tendrá la libertad y conocimientos suficientes para poder elegir de una manera eficaz el método de planificación familiar que mejor le convenga.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONAPO, La población de México en el nuevo siglo, México 2001
2. Dirección General de Epidemiología, Encuesta sobre sexualidad y SIDA en estudiantes universitarios, Secretaria de Salud, 2002.
3. Román Rosario et al. Riesgos biológicos del embarazo en adolescentes: una Paradoja social y biológica en sexualidad y salud reproductiva del adolescente y jóvenes en México. Aportaciones para la investigación acción.
4. Claudio Stem y Elizabeth García. Colegio de México, cuadernos de trabajo No.6, México 2001.
5. Molina CR, Jara GG. La sexualidad en la adolescencia y sus riesgos. En: Hidalgo-San Martín A, Editor. Salud, sexualidad y adolescencia. Seminario internacional. México: Organización Panamericana de la salud/universidad de Guadalajara/Instituto Mexicano del Seguro Social; 1996 p 74-75.
6. CONASIDA, Evaluación de la campaña de prevención de VIH/SIDA, Fase III. México, 1998.
7. Alatorre J y Atkin L. De abuela a madre, de madre a hijos; repetición intergeneracional del embarazo adolescente y la pobreza en familias y relaciones de género. Cambios Trascendentales en América Latina y el Caribe. Population Council, México 1998.
8. CONAPO, Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior, México 1988.
9. CONAPO, La Población de México en el nuevo siglo, México, 2000.
10. Dirección General de Epidemiología, Encuesta sobre sexualidad y SIDA en estudiantes universitarios, Secretaría de Salud, 1989.
11. Yarber W.L. Past, Present and Future Perspectives on Sexuality Education” in Drolet J and Clark Kay. The Sexuality Education Challenge, ETR Associates, Sta. Cruz, CA. 1994.
12. Ellsberg, M. (2001),”Violencia contra las mujeres” PATH, Washington DC.

13. Cueva AV, Olvera GJF, Chumacera LRM, Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Rev Med IMSS 2005; 43(3): 267-271
14. Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, AC. Encuesta para el programa Gente Joven 1999. México, DF: Mexfam;1999
15. Consejo Nacional de Población. Cuadernos de Salud Reproductiva. México DF: Conapo; 2000.
16. Encuesta Nacional de la Juventud 2000. Resultados Generales. México, DF: Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de la Juventud; 2002.
17. OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, Organización mundial de la Salud, 2005
18. Blanc AK, Way AA. Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. Studies in Family Planning 1998;29:106-116.
19. Reyes J, Ochoa LH. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; Calverton, MD: Macro International, 2001.
20. Ojeda G et al. Salud Sexual y Reproductiva: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2000. Santafé de Bogotá, Colombia: PROFAMILIA, 2000.
21. Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar: FESAL-98: Informe Final. San Salvador, El Salvador: La Asociación, 2000.
22. Lopis PA, Anticoncepción en la adolescencia la consulta joven, en Manual de salud reproductiva en la adolescencia, España 2000 Cap 21 pp 705-732.
23. Enciclopedia Salvat Diccionario. Barcelona. Salvat editores s.a,1971:vol. 5:1137-1240
24. http://www.tnrelaciones.com/anexo/sexo/pildora_despues/index.html
25. Epidemiología Moderna. K. Rothman.1987. Ediciones Díaz de Santos S.A. Diseños de estudios epidemiológicos. Hernández M, Garrido M, López M. salud pública de México 2000: 42: 144-54.

26. Base de datos en la Unidad de Medicina Familiar #33 "El Rosario", Encuesta 2005, México, D.F.
27. Corona VE, Ortiz MG (compiladoras). Modulo 4. La salud reproductiva y sus componentes. En: Hablemos de salud sexual. Manual para profesionales de atención primaria de la salud. Información, herramientas y recursos. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C. Asociación Mexicana de Educación Sexual A.C. Instituto mexicano del Seguro Social.
28. García- Baltazar J, Figueroa-Perea JG, Reyes-Zapata H, Brindis C, Pérez-Palacios G. Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México. Salud Publica Mex 1993; 35: 682-691.
29. Martinez RA, Villaseñor FM, Celis DA. El condón masculino y su eficacia, México, Rev Med IMSS 2002;40 (1): 35-41

ANEXOS

ANEXO I



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE UMF 33
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION
MEDICA

FOLIO
[____]

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES**” registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC _____

El objetivo del estudio es: Determinar cuales son los conocimientos con los que cuentan los adolescentes de las escuelas de afluencia a la unidad de medicina familiar No. 33 “El Rosario”, sobre los métodos de planificación familiar.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar el cuestionario que el investigador me proporcionará y llenaré todos los espacios con los datos solicitados.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: ayudar a obtener una evaluación más comprensiva, integral y válida que nos encamine a conocer el grado de conocimiento de los adolescentes sobre los métodos de planificación familiar. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que otorga en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del alumno

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigos

CLAVE 2810-003-002

ANEXO II

Encuesta para el adolescente

Usted está participando en una investigación que estudia diversos aspectos sobre los métodos de planificación familiar que usted conoce. El estudio es completamente confidencial y anónimo, nadie sabrá lo que usted diga. Sus respuestas serán de gran valor y nos ayudará a entender más sobre los problemas acerca de los conocimientos que tienen los adolescentes sobre métodos de planificación familiar. Gracias por su cooperación

Instrucciones: Marque con una cruz en la casilla que usted considere correcto. Marque **SI** cuando la afirmación sea **correcta** y marque **NO** cuando la aseveración sea **incorrecta**. No deje de contestar ninguna aseveración y lea con mucho cuidado.

I. Aspectos Generales

- a. Sexo Hombre () Mujer ()
- b. Edad: _____ años
- c. Escuela: _____
- d. Grado Escolar: 1° Secundaria () 2° Secundaria () 3° Secundaria ()
 1 año de Bachillerato () 2 año de Bachillerato ()
 3 año de Bachillerato ()

II. Conocimientos sobre anticonceptivos

a. CONDON o PRESERVATIVO

Pregunta	SÍ	NO
1. El condón impide el contacto de secreciones sexuales con los genitales		
2. Los condones se pueden reutilizar.		
3. La utilización del condón es la medida más eficaz para disminuir el riesgo de adquirir enfermedades sexualmente transmisibles en quienes tienen relaciones sexuales.		
4. El uso del condón <u>permite</u> el embarazo.		
5. Los pasos para colocar un condón es colocarlo cuando el pene este erecto, se coloca presionando la punta del condón para que no tenga aire y se baja hasta la base del pene, se realiza la penetración y se desecha.		
6. Los condones <u>permiten</u> el paso de microorganismos.		
7. Existen condones para mujeres.		
8. El condón femenino funciona igual que el condón masculino al impedir el paso del espermatozoide al tracto reproductor femenino.		
9. El condón es un método de planificación familiar <u>definitivo</u> .		
10. Los preservativos nunca caducan sirven por siempre.		

b. Dispositivo Intrauterino (DIU)

Pregunta	SÍ	NO
1. El DIU es un método de planificación familiar que se coloca en el útero		
2. El DIU es una “T” de cobre		
3. El DIU se debe de revisar cada año en la mujer		
4. El DIU no evita embarazos.		
5. El DIU protege contra enfermedades de transmisión sexual		
6. El DIU es un método de planificación familiar de tipo quirúrgico o definitivo .		

c. Anticonceptivos Hormonales

Pregunta	SÍ	NO
1. Las pastillas anticonceptivas también las deben tomar los hombres todos los días		
2. Las pastillas anticonceptivas son hormonas femeninas que impiden la eyaculación		
3. Las pastillas anticonceptivas no sirven para prevenir embarazos no deseados		
4. Las pastillas anticonceptivas no previenen enfermedades de transmisión sexual		
5. Los hormonales inyectables se aplican al mes y cada dos meses		
6. El uso de anticonceptivos hormonales provocan alteraciones en la menstruación		
7. Otros anticonceptivos hormonales son el implante subdérmico y el parche anticonceptivo		
8. Las pastillas de emergencia solo se deben tomar antes de haber tenido relaciones sexuales sin protección		
9. Las pastillas de emergencia se toman después de la relación sexual sin protección antes de las 72 hrs.		
10. La píldora anticonceptiva de emergencia es un método anticonceptivo habitual		

d. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

Pregunta	SÍ	NO
1. “Conocimiento de la fertilidad” se refiere a que una mujer aprende a reconocer cuándo comienza y cuándo termina el periodo fértil de su ciclo menstrual. (El periodo fértil es cuando ella puede quedar embarazada).		
2. Cálculo por calendario: La mujer cuenta los días del calendario para identificar el comienzo o el final de su periodo fértil.		
3. Secreciones cervicales: Una mujer puede estar en una etapa fértil cuando no observa o no siente secreciones cervicales.		
4. Temperatura basal: La temperatura de una mujer en reposo aumenta ligeramente cerca del momento de la ovulación, que es cuando puede quedar embarazada.		
5. Estos métodos funcionan sin el compromiso ni la cooperación tanto de la mujer como del hombre.		
6. Estos métodos no son reversibles de forma inmediata		

e. Método de la amenorrea de la lactancia.

Pregunta	SÍ	NO
1. El método de la amenorrea (ausencia de la menstruación) de la lactancia (MELA) es usado en mujeres que amamantan.		
2. Previene el embarazo en los primeros 6 meses después del parto.		
3. Se debe utilizar siempre y cuando se halla reiniciado la menstruación.		
4. El bebé debe de tener más de 6 meses y menos de 2 años de edad.		
5. El 80% de la alimentación del bebé debe ser la leche materna.		
6. Es irreversible y tiene efectos secundarios.		

f. Coito Interrumpido

Pregunta	SÍ	NO
1. Implica que el hombre retire el pene de la vagina de su compañera justo antes de la eyaculación.		
2. No hay restricciones de edad		
3. Te previene de enfermedades de transmisión sexual		
4. Evita que el espermatozoides entre a la vagina		
5. Tiene alteraciones en el hombre		
6. es el método de planificación familiar más confiable.		

g. Esterilización masculina y femenina

Pregunta	SÍ	NO
1. Son métodos quirúrgicos y considerados como permanentes.		
2. A la esterilización femenina se le conoce como oclusión tubárica bilateral (OTB) o salpingoclasia		
3. En la mujer se desea realizar un bloqueo de las trompas de falopio con el objetivo de evitar que el óvulo y los espermatozoides se encuentren.		
4. A la esterilización masculina se le conoce con el nombre de circuncisión.		
5. En el hombre se desea bloquear los conductos deferentes (conductos de eyaculación) con el fin de evitar que los espermatozoides se unan a la orina.		
6. Te protege contra enfermedades de transmisión sexual		

ANEXO III

NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DEL PRESERVATIVO O CONDON

Preservativo			12	13	14	15	16	17	18	1°Sec	2°Sec	3°Sec	1°bach	2°bac	3°bach													
o																												
Condón	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀												
100%	30	63	4	3	2	3	6	5	6	8	7	26	4	15	1	3	3	4	6	2	7	6	3	7	10	35	1	9
90%	38	49	5	2	8	8	3	7	9	10	9	11	3	9	1	2	4	4	11	10	4	8	7	6	12	12	0	9
80%	30	38	4	4	7	8	8	6	4	5	3	6	3	7	1	2	8	6	10	10	2	4	3	4	4	9	3	5
70%	20	21	2	0	6	9	4	8	7	1	0	3	0	0	1	0	3	2	7	11	6	5	3	0	0	3	1	0
60%	13	11	1	1	3	5	3	3	3	1	2	0	0	1	1	0	1	1	6	7	0	2	3	0	2	0	1	1
50%	2	4	1	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0
40%	1	3	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0
30%	1	3	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0
20%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10%	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	136	192	17	10	27	34	25	33	30	28	22	48	10	32	5	7	20	17	43	45	19	26	19	19	29	61	6	24

NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS HORMONALES

			12		13		14		15		16		17		18		1° Sec		2° Sec		3° Sec		1° Bach		2° Bach		3° Bach		
HORMONALES	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	
	100%	2	12	0	0	0	0	0	0	1	1	7	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	10	0	1	
	90%	3	29	0	0	1	1	0	1	0	3	2	9	0	10	0	0	0	1	2	0	1	0	2	2	11	0	8	
	80%	21	25	1	0	3	4	1	0	4	5	8	6	3	6	1	4	1	0	3	3	2	1	3	5	11	8	1	8
	70%	16	27	1	0	3	4	4	3	4	1	0	12	2	5	2	2	2	1	4	6	3	0	3	2	3	15	1	3
	60%	29	37	4	0	5	6	6	11	6	8	5	9	1	3	2	0	7	1	6	11	5	11	4	3	4	9	3	2
	50%	25	35	3	4	2	8	5	13	9	4	3	2	3	4	0	0	2	5	7	11	3	10	7	3	5	5	1	1
	40%	21	16	2	5	7	5	5	2	6	3	1	0	0	1	0	0	2	8	12	3	4	2	2	2	1	0	0	1
	30%	8	14	5	1	0	4	2	3	0	3	1	3	0	0	0	0	4	2	3	7	1	1	0	1	0	3	0	0
	20%	7	1	1	0	3	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3	1	1	0	0	0	1	0	0	0
10%	3	1	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
0%	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	136	192	17	10	27	34	25	33	30	28	22	48	10	32	5	7	20	17	43	45	19	26	19	19	29	61	6	24	

NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

			12		13		14		15		16		17		18		1° Sec		2° Sec		3° Sec		1° Bach		2° Bach		3° Bach	
HORMONALES	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
100%	10	25	0	0	1	1	0	2	1	2	5	14	1	4	2	2	0	0	2	2	0	1	0	3	6	18	2	1
83.3%	28	55	3	1	5	4	4	9	3	6	7	16	4	18	2	1	5	3	6	4	4	11	1	3	12	21	0	13
66.6%	22	46	5	2	3	10	1	10	6	7	4	10	3	5	0	2	5	5	4	10	3	8	3	6	5	12	2	5
50%	44	40	5	5	6	10	15	6	11	6	4	6	2	5	1	2	6	7	15	15	10	1	7	4	4	8	2	5
33.3%	18	14	2	2	5	3	3	2	7	5	1	2	0	0	0	0	2	2	7	6	2	1	6	3	1	2	0	0
16.6%	9	8	2	0	2	5	2	3	2	0	1	0	0	0	0	0	2	0	4	7	0	1	2	0	1	0	0	0
0%	5	4	0	0	5	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	3	0	0	0	0	0	0
TOTAL	136	192	17	10	27	34	25	33	30	28	22	48	10	32	5	7	20	17	43	45	19	26	19	19	29	61	6	24

NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

		12		13		14		15		16		17		18		1° Sec		2° Sec		3° Sec		1° Bach		2° Bach		3° Bach			
MBCF	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	
	100%	8	16	1	0	1	4	2	1	1	0	2	5	1	6	0	0	2	1	1	3	2	1	0	0	2	6	1	5
	83.3%	31	62	5	3	2	7	2	8	8	7	7	17	4	17	3	3	4	5	4	5	6	10	4	5	10	27	3	10
	66.6%	39	68	5	5	9	9	10	16	4	11	9	19	2	7	0	1	7	6	13	19	4	10	4	8	10	19	1	6
	50%	26	23	4	1	6	5	4	3	7	5	1	6	3	2	1	1	4	2	8	7	6	2	3	3	4	7	1	2
	33.3%	22	16	1	0	3	6	5	3	9	4	3	1	0	0	1	2	2	2	8	7	1	1	7	3	3	2	0	1
	16.6%	4	6	0	0	2	3	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	2	1	0	0	0	0	0	0
	0%	6	1	1	1	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	136	192	17	10	27	34	25	33	30	28	22	48	10	32	5	7	20	17	43	45	19	26	19	19	29	61	6	24

NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DEL MÉTODO DE LA AMENORREA DE LA LACTANCIA MATERNA

			12		13		14		15		16		17		18		1° Sec		2° Sec		3° Sec		1° Bach		2° Bach		3° Bach		
MELA	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	
	100%	5	6	0	0	0	0	1	1	0	0	2	4	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	4	0	1
	83.3%	16	22	0	2	3	4	3	3	4	4	3	5	3	4	0	0	0	3	6	4	4	3	0	3	6	6	0	3
	66.6%	36	58	5	4	9	9	8	12	6	8	5	11	3	11	0	3	5	6	14	13	4	11	6	4	6	15	1	9
	50%	41	57	7	2	8	12	4	6	13	11	5	14	3	11	1	1	7	5	10	15	8	4	8	7	5	20	3	6
	33.3%	26	31	3	2	4	4	6	9	7	4	5	5	0	4	1	3	6	3	6	6	3	7	5	3	5	8	1	4
	16.6%	5	8	2	0	0	4	1	1	0	1	2	2	0	0	0	0	2	0	1	4	0	1	0	1	2	2	0	0
	0%	7	10	0	0	3	1	2	1	0	0	0	7	0	1	2	0	0	0	5	2	0	0	0	1	1	6	1	1
	TOTAL	136	192	17	10	27	34	25	33	30	28	22	48	10	32	5	7	20	17	43	45	19	26	19	19	29	61	6	24

NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DEL COITO INTERRUPTO

		12		13		14		15		16		17		18		1º Sec		2º Sec		3º Sec		1º Bach		2º Bach		3º Bach		
Coito																												
interrumpido	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
100%	14	25	0	0	4	0	1	1	5	5	4	13	0	6	0	0	0	0	6	1	1	2	3	3	4	14	0	5
83.3%	24	46	1	1	3	6	2	9	4	4	11	16	2	6	1	4	0	2	5	6	2	9	4	3	12	19	1	7
66.6%	36	53	3	2	4	6	6	8	10	8	5	15	6	13	2	1	3	2	7	11	6	8	7	4	11	21	2	7
50%	33	38	6	4	10	12	6	7	9	6	1	2	1	6	0	1	9	6	13	14	6	4	3	5	1	4	1	5
33.3%	20	22	4	3	4	6	7	5	2	5	1	1	1	1	1	1	5	5	7	8	4	3	2	3	1	3	1	0
16.6%	7	6	3	0	2	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
0%	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0
TOTAL	136	192	17	10	27	34	25	33	30	28	22	48	10	32	5	7	20	17	43	45	19	26	19	19	29	61	6	24

NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA Y FEMENINA

Coito interrumpido			12		13		14		15		16		17		18		1° Sec		2° Sec		3° Sec		1° Bach		2° Bach		3° Bach	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
100%	10	24	0	0	1	0	1	1	2	4	3	10	2	8	1	1	0	0	2	0	0	2	2	3	6	13	0	6
83.3%	20	48	2	0	2	5	3	8	6	6	4	17	2	9	1	3	1	1	6	5	3	9	3	4	7	21	0	8
66.6%	41	50	6	6	5	8	7	7	11	6	8	14	3	7	1	2	6	7	11	11	6	4	7	5	8	18	3	5
50%	31	35	3	2	11	7	3	9	5	5	5	4	3	7	1	1	5	4	10	10	4	5	3	4	7	7	2	5
33.3%	19	26	2	1	2	9	7	7	6	6	2	2	0	1	0	0	3	3	7	13	4	6	4	2	1	2	0	0
16.6%	8	7	1	1	5	5	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	4	5	2	0	0	0	0	0	0	0
0%	7	2	3	0	1	0	2	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	0	3	1	0	0	0	1	0	0	1	0
TOTAL	136	192	17	10	27	34	25	33	30	28	22	48	10	32	5	7	20	17	43	45	19	26	19	19	29	61	6	24