



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSI

COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 DE SAN LUIS POTOSI, SAN LUIS
POTOSI

FRECUENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
ADOLESCENTES EN LA U.M.F. No. 5 SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

ANTONIO FONSECA ROMERO

SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FRECUENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
EN ADOLESCENTE EN LA U.M.F. No. 5 DE SOLEDAD DE GRACIANO
SÁNCHEZ, SAN LUIS POTOSI

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ANTONIO FONSECA ROMERO

AUTORIZACIONES
DR. CARLOS RODRÍGUEZ PÉREZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 45 DE SAN LUIS POTOSI, SAN LUIS POTOSI

ASESORES:

DR. HÉCTOR DE JESÚS ANDRADE RODRÍGUEZ
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DR. HIPÓLITO JÍMENEZ RUÍZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. JOSÉ FERNANDO VELASCO CHÁVEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

FRECUENCIA DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN
ADOLESCENTES EN LA U.M.F. No. 5 DE SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ,
SAN LUIS POTOSI
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ANTONIO FONSECA ROMERO

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M

DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

A MI PADRE” DIOS”.

POR LA VIDA, LA SALUD,

POR SU INFINITO AMOR, SABIDURIA

Y COMPRESION EN LOS MOMENTOS

BUENOS Y DIFICILES.

A MI ESPOSA

LA COMPAÑERA IDEAL, POR SU

COMPRESION Y PACIENCIA EN

LOS MOMENTOS DIFICILES.

A TODOS MIS HIJOS

QUIEN CON SU SONRISA DIARIA ME

ALIENTAN A SEGUIR ADELANTE

SIN IMPORTAR BARRERAS.

A TODAS AQUELLAS PERSONAS

QUE DE UNA U OTRA MANERA,

COLABORARON EN FORMACION

MEDICA Y ELABORACION DE

ESTA TESIS.

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

	PAGINA
1.- TITULO	
2.- INDICE GENERAL	
3.- MARCO TEORICO	1
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
5.- JUSTIFICACION	20
6.- OBJETIVOS	22
- GENERAL	22
- ESPECIFICO	22
7.- METODOLOGIA	23
- UNIVERSO DE TRABAJO	23
- POBLACION DE ESTUDIO	23
- TIPO DE ESTUDIO	23
-TECNICA MUESTRAL	23
- MUESTRA	23
-CALCULO DE LA MUESTRA	24
- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	25
- VARIABLES DE ESTUDIO	26
- METODO DE RECOLECCIONDE DATOS	27
- ANALISIS DE RESULTADOS	29
- ETICA	30
8.- RESULTADOS	31
- ANALISIS ESTADISTICOS	32
- TABLAS Y GRAFICAS	32
9.- DISCUSION	33
10.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	35
11 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
12.- ANEXOS	40

MARCO TEORICO

Durante la adolescencia acontecen cambios que afectan a la persona en el orden psicológico, biológico y social. Uno de esos cambios que impacta en los 3 órdenes mencionados es el referente a la sexualidad de los jóvenes. Este tema es común hoy en día y cada vez es más frecuente escuchar a las personas hablar sobre este tema.

La etapa y los cambios a que se enfrentan los jóvenes y el desconocimiento sobre aspectos básicos de la sexualidad humana les generan en alguna medida confusión, duda, temor y culpabilidad con respecto a su sexualidad.¹ Ellos no siempre tienen con quién, ni cómo hablar y dónde ir para compartir, discutir y reflexionar en forma conveniente y sana al respecto y que por lo general recurren a gente con vida sexual activa o de su misma edad para ello. Esto propicia que cuando inician vida sexual activa, lo hagan sin una información y protección adecuada en relación a enfermedades de transmisión sexual y embarazo.

La sexualidad en el adolescente enfrenta actualmente riesgos graves, por la desinformación de iniciar prematuramente vida sexual activa, por enfrentarse a enfermedades de transmisión sexual como el SIDA y por la nula prevención de embarazos no deseados.

A pesar de que las experiencias sexuales de los adolescentes a menudo provocan angustia en los padres, éstas en realidad representan una necesidad biológica en ésta edad.² Formando parte del desarrollo de la independencia del adolescente, así como también representan un modo de hacer descubrimientos en el mismo campo sexual. Estas se dan desde practicas masturbatorias, solitarias o mutuas, pudiendo ser, en este caso, con compañeros de su sexo o del contrario o bien en los continuos intercambios de pareja que se hacen, en las caricias, besos y coito en si.

Si bien esta búsqueda del joven de su identidad y sexualidad debe ser vista como algo normal y parte del desarrollo del ser humano, también es cierto que

representa una preocupación no solo para los padres, sino también para las autoridades, la sociedad y para nosotros como profesionales de la salud.

Las Enfermedades de transmisión sexual principalmente algunos tipos del virus del papiloma humano (V.P.H.), desempeñan un papel importante en la presencia de los cánceres de ano, vagina y pene. Ciertos tipos aumentan definitivamente el riesgo de cáncer del cuello uterino. Constituyendo un problema sanitario mundial. Las ETS's se propagan frecuentemente a través de las relaciones sexuales con personas infectadas, tener más de una pareja sexual y Mantener relaciones sexuales a temprana edad (Antes de los 16 años).

La mayor parte de casos de cáncer de cuello uterino están relacionados con una infección por el VPH. Su asociación con el SIDA, el consumo de drogas y otras enfermedades virales insidiosas, hacen que este tema entre en las prioridades de los programas de prevención y tratamiento para esta franja poblacional.

La utilización de preservativos la monogamia mutua la abstinencia contribuye a prevenir la transmisión de este virus.

Se tiene un dato sobre la iniciación sexual en EEUU, donde más de la mitad de los jóvenes de dieciocho años de edad iniciaron su actividad sexual ³. De acuerdo a esta fuente, la precocidad en la iniciación sexual se asocia con un rendimiento bajo en los estudios y se relaciona con el alejamiento de los adolescentes del hogar. La inmadurez emocional se evidenció cuando 40% de los estudiantes del 2° ciclo cambiaron pareja sexual en el curso de un año y sólo 35% de ellos usaba preservativos. Por otro lado, este tipo de protección era relacionado con prácticas sexuales por ellos consideradas de riesgo, como en el caso de las relaciones anales que practican 20% de estos estudiantes.

Los embarazos entre las adolescentes que usan o no usan métodos anticonceptivos son muy comunes a nivel mundial, donde se registran 15 millones de casos en el orbe lo cual representa casi el 10% del total de nacimientos;

el mayor porcentaje de los mismos se presenta en África América Latina y el Caribe.⁴

En América del sur el 16 % del total de alumbramientos se registraron en adolescentes. Nuestro país registra un promedio de 14.5% de embarazos en mujeres menores de 19 años.⁵

Probablemente nos encontremos por abajo del promedio de la región Sudamericana, pero el porcentaje alcanzado preocupa tanto a autoridades como a personal de salud por las tendencias demográficas pronosticadas. Según el gobierno mexicano la población adolescente de México en el 2000 representaba el 21.3 por ciento de la población mexicana. Y se espera que entre el 2000 y el 2020 sea el grupo de edad más grande de la población.

En la actualidad una forma de prevenir las ETSs y los embarazos no deseados es el uso de preservativos. Estos han sido empleados desde que el hombre es hombre y desde 1850 antes de Cristo en Egipto se tiene referencia en papiros usados en variadas y múltiples formas y creencias. Pero no fue hasta el siglo pasado cuando se hizo popular su uso a partir de la llamada revolución sexual en la segunda mitad del siglo pasado.

Existen en la actualidad muchos tipos de anticonceptivos para evitar el embarazo no deseado así como las ETSs. Hoy en día se puede acceder a ellos en cualquier farmacia, o centro de salud ya que forman parte del cuadro básico.

Desde hace varias décadas el IMSS ha apoyado a la población proporcionando anticonceptivos de forma gratuita. Miles de derechohabientes en la actualidad los emplean dentro de su planificación familiar y cuidado de la salud.

Sin embargo no se cuenta con cifras reales acerca de su uso en los adolescentes, pues las cifras en su mayoría provienen de los controles ginecológicos cuando se reportan embarazos. No así, sobre su uso en los jóvenes. Lo anterior es parte del propósito de la presente investigación, pues se pretende vislumbrar el uso de los anticonceptivos en nuestros adolescentes, y obtener datos fidedignos que puedan

ser de utilidad en la zona urbana donde laboramos, buscando la frecuencia en el uso de métodos anticonceptivos usados en adolescentes en nuestra población adscrita.⁶

ANTICONCEPTIVOS

La Real Academia de la Lengua Española especifica que un anticonceptivo es un medio, una práctica o un agente que evita la preñez⁷. La enciclopedia Wikipedia lo conceptualiza como cualquier forma de impedir la fecundación o concepción tras un coito. También se llama contracepción o anticoncepción. Los métodos anticonceptivos son una forma de control de natalidad.⁸

Una definición más completa se obtiene del glosario que la organización Gente Joven presenta, en el cual se dice que los anticonceptivos son objetos, sustancias, procedimientos cuyo fin es impedir de forma temporal y reversible la fecundación y se dividen en naturales, mecánicos, químicos y hormonales. Existen también procedimientos quirúrgicos que impiden de forma definitiva el embarazo y se conocen como salpingoclasia (oclusión tubaria bilateral en mujeres) y vasectomía (hombres).⁹

A continuación se desglosa los anticonceptivos de acuerdo a la norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar.

Dentro de la existencia de productos anticonceptivos con que cuentan los almacenes del IMSS se tienen los siguientes métodos.¹⁰

Tipo de método		Efectividad	Mecanismo de acción	Modo de uso	Efectos secundarios
H O R M O N A L E S	Orales Levonogestrel 150 mcg. Y etinilestradiol 30 mcg. Cl/3504. Desogestrel 150 mcg. Y etinilestradiol 30 mcg. Cl/3505	99% con uso adecuado	*Inhibe la ovulación (LH/FSH) *aumenta la densidad del moco cervical, impidiendo el paso de espermatozoides.	*iniciar durante los primeros 5 días del ciclo. *tomar diariamente a la misma hora. *reiniciar el siguiente ciclo después del periodo de 7 días de descanso.	Algunas mujeres pueden presentar: *cefalea *mareo. *nauseas. *vomito *mastalgia. *cloasma. *irregularidades menstruales o amenorrea con los inyectables habitualmente se presentan habitualmente se presentan en los primeros 3 meses de uso.
	Inyectable mensual. Acetato de medroxiprogesterona 25 mg. Y cipionato de estradiol 5 mg. Cl/3509. Enantato de norestisterona 50 mg. Y valeraniato de estradiol 5 mg. Cl/3515.	99% con uso adecuado		La primera iny. Se aplica im. En cualquiera de los primeros 5 días del ciclo. En post-aborto se aplica en forma inmediata. *las subsecuentes iny. Se aplican cada 30 días mas menos 3 días.	
	Inyectable de progestina sola: Bimestral: norestisterona 200 mg. Cl/3503. Trimestral: acetato de medroxiprogesterona 150 mg. Cl/3045.	Mayor al 99%		*la primera inyección se aplica I.M. en cualquiera de los 5 primeros días del ciclo. *las iny. Subsecuentes deben aplicarse cada 2 meses Cl/3503 o cada 3 meses Cl 3045.	Algunas mujeres pueden presentar: *irregularidades menstruales. *amenorrea. *cefalea. *mastalgia. *aumento de peso.
	Implante subdérmico: Etonogestrel 68 mg. Cl/3510. Duración 3 años.	Mayor al 99%		Aplicación subdérmica en la cara interna del brazo no dominante, en los primeros 5 días del ciclo. Uso continuo por 3 años.	Algunas mujeres pueden presentar: *hematoma local. *infección local. *dermatitis. *irregularidades menstruales. *cefalea. *mastalgia.
	Anticonceptivo hormonal postcoito o de emergencia. *levonogestrel 150 mcg. Y etinilestradiol 30 mcg. Cl/3504. Levonogestrel 750 mcg. Cl/2210.	90% en las primeras 24 hrs. De la relación no protegida, disminuye al 60% dentro de los siguientes 5 días.	Inhibición o retraso de la ovulación. Puede alterar el moco cervical y el transporte de los espermatozoides.	Tomar lo antes posible, pero no después de 120 hrs. Del coito no protegido. Cl/3504 4 grageas como primera dosis, repetir la dosis de 4 grageas 12 hrs. Después *levonogestrel 750 mcg. Cl/2210 una tableta como primera dosis y repetir a las 12 hrs.	Algunas mujeres pueden presentar: *nauseas. *vomito. *Sangrado intermenstrual. *mastalgia. *cefalea. *fatiga.
	Dispositivo intrauterino: Liberador de levonogestrel 52 mg. Cl/2208.	Mayor al 99 % durante 5 años de uso.	*impide la unión ovulo-espermatozoide. *aumenta la densidad del moco cervical. *puede interferir con la ovulación.	Aplicación intrauterina en los primeros 5 días del ciclo. Uso continuo por 5 años.	Algunas mujeres pueden presentar: *irregularidades menstruales. *amenorrea. *acne. *mastalgia. *quistes funcionales del ovario.
Dispositivo intrauterino con cobre: (t y	Mayor al 98 % durante 10	Efecto espermicida local por: *infiltración	Aplicación intrauterina en los primeros 5 días del ciclo. En el post-parto, transcesarea	Algunas mujeres pueden presentar: *dolor pélvico durante la menstruación aumento de la	

U	brazos curvos). Standard cl/ 0029 y 0169. *nulípara cl/ 0193 y o151.	años cl/0029 y 0193 y durante 5 años cl/	leucocitaria *aumento de enzimas lisosomales. *interferencia del cobre con la respiración del espermatozoide. *aumento de la motilidad tubaria.	o post-aborto.uso continuo de 5 a 10 años sin necesidad de cambio.	cantidad y duración del sangrado menstrual. Habitualmente limitados a los 3 primeros meses de uso.
	Condón o preservativo. Cl/0177	Previene infecciones de transmisión sexual	Impide el deposito de espermatozoides en la vagina	Cada condón se usa una sola vez.+se coloca en el pene erecto evitando la formación de burbujas. *se retira del pene aun erecto inmediatamente después de la eyaculación.	Algunos usuarios pueden presentar alergia al látex o al espermicida que lo lubrica.
D E F I N I T	Oclusión tubaria bilateral.	Mayor al 99%	Impide el paso de espermatozoides a través de las trompas de Falopio, lo que impide la fecundación del ovulo.		Algunas mujeres pueden presentar: Complicaciones del procedimiento quirúrgico o anestésico.
I V O S	Vasectomía.	98-99%	Impide el paso de espermatozoide por los conductos deferentes.		Algunas mujeres pueden presentar: Complicaciones del procedimiento quirúrgico o anestésico.

ADOLESCENCIA

Al intentar definir esta palabra nos podemos encontrar con un sinfín de ideas y conceptos pero por lo general están relacionados unos a otros. Generalmente nos dirigimos a esta etapa para decir que hay cambios o que falta madurar.

Al respecto la Real Academia de la Lengua española¹¹ indica que el término proviene del vocablo latino *adolescencia* y que normalmente se refiere a la edad que sigue a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. En la misma se indica que hay diferentes etimologías aparte de la anterior para este término. Como el caso de *olescere*, que significa crecer o de *adoleceré* que implica adolecer o tener el defecto de algo.

Esta palabra ha sido definida como una fase específica en el ciclo de la vida humana y no apareció sino a fines del siglo XIX. En la misma obra¹² se indica que aun cuando la concepción de que la adolescencia es un estadio perturbado parece ser exagerada, la adolescencia es todavía un período de rápidos cambios físicos, sexuales, psicológicos, cognoscitivos y sociales a los que tiene que ajustarse el joven.

La Organización Mundial de Salud define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Este organismo clasifica a la población adolescente de 10 a 19 años de edad.

Por las diferencias en las diversas etapas de desarrollo y en consecuencia, por las distintas necesidades y percepciones es conveniente subdividir el grupo de 10 a 19 años en los subgrupos de 10 a 14 (adolescencia temprana) y de 15 a 19 (adolescencia tardía), y juventud propiamente dicha se considerará al grupo de 20 a 24 años.¹³

Para la Organización Panamericana de la Salud la adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales

muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.¹⁴

MARCO LEGAL PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES.

Los servicios de anticoncepción para adolescentes se enmarcan dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006 y en el Programa de Acción: Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, SS, y tienen sus fundamentos jurídicos en los artículos 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el 3º de la Ley General de Población, en el 3º de la Ley General de Salud y en los criterios y recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar (NOM), cuya resolución, publicada en enero de 2004, modifica los contenidos de la misma para incluir la anticoncepción de emergencia y el condón femenino como métodos anticonceptivos que tienen que estar disponibles para la población en general.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Este documento superior en su jerarquía jurídica protege por igual a hombres y mujeres, y contiene garantías individuales, sociales y principios básicos, incluyendo el derecho de cada persona a la protección de su salud. En México, el individuo, por el solo hecho de ser persona, tiene derechos que la propia Constitución reconoce y protege. Los derechos consignados y su protección pertenecen a todos los individuos, sin distinción de nacionalidad, sexo, edad, raza o creencia.

El Artículo 4º Constitucional indica: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos." La reglamentación de este artículo se encuentra en la Ley General de Población; y los aspectos específicos de los temas de planificación familiar en la Ley General de Salud.¹⁵

La Ley General de Población

En el Artículo 3º, párrafo segundo de esta Ley se indica que: “La Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará, o en su caso promoverá ante las dependencias componentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para: Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas, y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre (sic) y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país.”¹⁶

La Ley General de Salud

Esta Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud descrito en el artículo 4º Constitucional. Las disposiciones de dicha Ley son aplicables en toda la República y son de orden público e interés social.

El Artículo 27º de la Ley General de Salud reconoce que la planificación familiar es parte de los servicios básicos de salud y expresión del ejercicio del derecho a la protección de la salud del individuo y de la sociedad en general.

El Artículo 67º, indica que: la planificación familiar es prioritaria e incluye información y orientación educativa para las y los adolescentes y jóvenes e información a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años de edad y la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser proporcionada de manera oportuna, eficaz y completa a la pareja.¹⁷

La Ley Federal de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.

Esta Ley señala, en su artículo 4º, párrafo segundo, que: "los derechos de los adultos no serán tomados como pretexto para obstruir el ejercicio pleno de los

derechos de los niños, las niñas y adolescentes." Y el uso de anticonceptivos por el menor es cuestionable si es un adulto el que induce a esta practica en los menores y adolescentes.

El Programa Nacional de Salud y el Programa de Acción: Salud Reproductiva 2001-2006.

Estos programas representan el marco de política pública que orienta los programas y acciones de promoción y atención a la salud en los niveles municipal, estatal y federal en México. En estos documentos, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, consideran a las y los adolescentes como un grupo prioritario de atención de la salud sexual y reproductiva, porque "las decisiones que se tomen durante esta etapa de la vida tienen una gran trascendencia individual y social."

En estos documentos se reconoce que los embarazos no planeados, el aborto inseguro y las infecciones de transmisión sexual se han convertido en un problema de salud pública que afecta a un mayor número de adolescentes, situación que demanda de esfuerzos multisectoriales con un enfoque integral, que den respuesta inmediata a sus necesidades insatisfechas de salud sexual y reproductiva. Para tal efecto, se marcan como objetivos:

- "Promover el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos tomando en cuenta su diversidad cultural;
- Disminuir la incidencia de embarazos no planeados, de abortos inducidos y de infecciones de transmisión sexual entre las personas de estas edades;
- Disminuir la demanda insatisfecha de los servicios de planificación familiar mediante la oferta sistemática de metodología anticonceptiva, de información veraz y oportuna, de la identificación y eliminación de barreras culturales y la mejoría de la calidad de los servicios."

La Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar (NOM) ¹⁰

En este documento normativo se encuentran tanto disposiciones generales como especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de anticoncepción en México. La NOM tiene como objetivo: "uniformar los criterios para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basado en la aplicación del enfoque integral de la salud reproductiva."

FAMILIA Y USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES.

El uso de anticonceptivos en edades tempranas afectan de buena o mala manera las relaciones de la familia en que se desenvuelve el o la joven. Esta bipolaridad sobre el tema aún hoy en día se encuentra en conflicto. Por una parte se ha visto que los adolescentes cuyos padres y madres les recomendaron la anticoncepción o métodos, se encontraban más propensos a tener relaciones sexuales pero, al mismo tiempo, más propensos a utilizar anticonceptivos. Se ha demostrado que las recomendaciones de los padres y las madres para el uso de anticonceptivos no se encontraban relacionadas con una mayor probabilidad de tener relaciones sexuales.¹⁹

Uno de los rasgos que sobresalen de lo anterior es que la comunicación y la apertura de los padres son importantes al comunicar o tratar este tema con los jóvenes. De ello resulta que la falta de comunicación en su familia, no sólo en relación al sexo, sino en general, puede orillar a una adolescente a considerar el no cuidarse y correr riesgos como el embarazo, buscando una opción para salir de su casa. Por esta razón es importante que los padres les proporcionen una atmósfera de confianza a los hijos y traten de hablar con ellos y darles información acerca de las formas de proteger su salud.²⁰

Pero la comunicación y la confianza en el hogar no son los únicos factores asociados en este tema. Varios factores familiares están fuertemente asociados al uso de anticonceptivos en adolescentes mujeres, sexualmente activas. Entre los más importantes están nivel educacional de los padres, buena comunicación familiar, apoyo y control parental.

Las actitudes de los padres y las discusiones acerca de anticoncepción parecen tener poco impacto en el uso de anticonceptivos en las hijas adolescentes, sin embargo se ha observado que el uso de anticonceptivos fue mayor entre adolescentes que discutían sexualidad y anticoncepción con sus madres que en aquellas que no lo hacían.²¹

El hablar con los hijos acerca del tema no inhibe el uso de los anticonceptivos pero sí ayuda en gran medida a que los jóvenes se protejan más desde la primera vez que tienen relaciones en comparación con los jóvenes cuyos padres no han hablado con ellos²¹.

Se considera que el afecto, el cariño, la comunicación, la información y la educación familiar son básicos para cuidar la salud sexual en adolescentes.

Evitar que se convierta en un tabú el tema del sexo y hablar con sus hijos y decirle que lo mejor es posponer las relaciones sexuales lo más posible, hasta encontrar una pareja estable y que ya hayan conocido durante un tiempo previo.

Lo más importante es prepararlos, hablarles sobre los métodos anticonceptivos, el riesgo de las ETS como el SIDA, V.P.H, Ca. CU. y herpes entre otras. Además del tema del aborto, que independientemente de las creencias de cada familia, puede ser un riesgo que corren las adolescentes. No sólo basta informar, sino educar. Es necesario que los jóvenes, no sólo conozcan los métodos anticonceptivos, sino además sepan usarlos. Una buena opción puede ser informar a los adolescentes acerca de instituciones que imparten cursos sobre sexualidad y metodología anticonceptiva.²²

El ámbito familiar es de suma importancia en las decisiones que tome el joven sobre el uso de anticonceptivos y en consecuencia sobre el tener o no relaciones sexuales. Se demostró en estudios las formas en que el ámbito familiar afecta esa cuestión, para ello los padres, madres y las familias afectan el comportamiento y decisiones sexuales de los adolescentes.

Por ejemplo, los padres y madres son ejemplo del comportamiento sexual responsable o irresponsable. Así, si la madre de un adolescente tuvo relaciones sexuales e hijos a temprana edad, es soltera y tiene citas y cohabita con alguien, o si una hermana mayor tiene relaciones sexuales o ha tenido hijos a una edad temprana, entonces es más probable que la adolescente más joven inicie las relaciones sexuales a una edad temprana.

Del mismo modo, si la hermana de la adolescente tuvo hijos en la adolescencia, entonces es más probable que la adolescente quede embarazada o tenga hijos. Los padres y las madres también pueden influir en el comportamiento sexual de sus hijos si los supervisan en forma adecuada. Muchos estudios han revelado que el inicio de las relaciones sexuales, la frecuencia de las mismas, el uso de condones, el uso de anticonceptivos y el embarazo se efectúan adecuadamente cuando los adolescentes son vigilados y supervisados apropiadamente.²³

Si bien los padres y la familia son un factor decisivo en el cuidado de la salud sexual de los jóvenes y junto con la escuela deberían de ser la primera fuente de información acerca del uso de anticonceptivo también es cierto que cuando la familia está renuente a ayudar en el tema hay repercusiones que impactan para toda la vida no solo en lo físico sino en lo emocional y psíquico de los jóvenes.

La falta de información y de acceso a los anticonceptivos son factores que también contribuyen al embarazo precoz. Hay quien afirma que "el embarazo es el precio que pagan los adolescentes por desconocer los métodos anticonceptivos". Sin embargo, más allá de la información y el acceso, el uso de los anticonceptivos entre los adolescentes ocurre rodeado de complejas condiciones culturales y psicológicas.

En un estudio cualitativo acerca de las barreras para utilizar anticonceptivos se encontró que hay una visión reproductiva de la sexualidad que hace que ésta aparezca como una amenaza a la feminidad y a la masculinidad. Las mujeres deben ser frágiles y dependientes, por lo que el hecho de cuidarse a sí mismas se interpreta como egoísmo. En tanto, la maternidad y la dedicación a los demás es su valor más importante como mujeres. El hecho de que sus novios les propongan el uso del condón tiene un significado ambivalente: quiere decir que ellos las quieren cuidar y proteger, pero también que no las toman en serio y sólo quieren "satisfacer su placer". Los varones deben ser valientes y seductores ante las mujeres "fáciles", arriesgarlo todo y demostrar su potencia sexual; perder la castidad es dejar de ser niño; con las mujeres que no tienen experiencia ellos

pueden desplegar sus dotes como instructores sexuales, fuertes y protectores varones.²⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El adolescente, en el transcurso propio de su formación, se enfrenta a transformaciones que revolucionan en forma conceptual y práctica su comportamiento sexual. Estas transformaciones van desde rompimientos de esquemas con una iniciación sexual a temprana edad hasta el uso de anticonceptivos (principalmente el preservativo) que actualmente se utilizan para prevenir las ETSs y los embarazos no deseados.

La Encuesta Nacional de la Juventud 2005 indicó que en México, la edad de inicio de las relaciones sexuales esta entre los 12 y 14 años (11 por ciento de hombres y 17 por ciento de mujeres) y entre 15 y 19 años, No utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual lo que preocupa tanto a la sociedad como a los involucrados en salud pública.

El inicio temprano de las relaciones sexuales y la falta de uso de métodos anticonceptivos, han generado, entre otras cosas, un aumento en el índice de embarazos en adolescentes así como enfermedades de transmisión sexual.

Cifras de la Secretaría de Salud señalan que el 21 por ciento del total de partos atendidos en el país corresponde a embarazos en adolescentes y en el año 2000, el 3% de las muertes en mujeres entre 15 y 19 años, se relacionaron con el embarazo.

De ahí que surja la interrogante acerca de si los adolescentes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar no. 5 de Soledad de Graciano Sánchez S.L.P emplean algún método anticonceptivo.

Los jóvenes de México manifiestan conocer algún método anticonceptivo. 84.9% reconocen para prevención de enfermedades el uso del condón, 23% dice que la forma de un solo compañero sexual (23%) y sólo 11% señala la abstinencia.²⁵

Creo que si se puede detectar la frecuencia en el uso de anticonceptivos de parte de los adolescentes que asisten a la clínica de mi adscripción se pueden aportar muchos datos que coadyuven a la mejor información del personal de salud que laboramos en dicha clínica. De aquí que surja la siguiente pregunta de

investigación ¿Cual es la frecuencia del uso de anticonceptivos entre los adolescentes atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 5 de Soledad de Graciano Sánchez S.L.P. entre el 1 de noviembre del 2006 a 28 de febrero del 2007.

JUSTIFICACIÓN.

Para muchos adolescentes, la educación en países en vías de desarrollo ha cambiado sus relaciones tradicionales, particularmente en la familia, y en la sociedad en su conjunto.

La adolescencia se había considerado como una etapa relativamente exenta de problemas de salud, pero hoy en día se está haciendo evidente que los adolescentes y jóvenes enfrentan serios problemas como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, accidentes y suicidios, entre otros.²⁵

Dentro de esos problemas que amenazan a los adolescentes sobresalen los embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, en especial el SIDA.

Estos dos problemas están estrechamente relacionados con la actividad sexual de los jóvenes y ello es una preocupación para toda la sociedad en general y para los profesionales de la salud. En México, la edad de inicio de las relaciones sexuales ha disminuido en los últimos años. La Encuesta Nacional de la Juventud 2005 indicó que la mayoría de los(as) adolescentes inician su vida sexual entre los 15 y 19 años; sin embargo, se encuentran casos de inicio de la vida sexual en la etapa de 12 a 14 años, y este porcentaje va en aumento.²⁶

En el 2005, el 33 por ciento de los hombres y el 22 por ciento de las mujeres adolescentes de 15 a 19 años, declararon ya haber tenido relaciones sexuales. De ellos(as), la mayoría tuvo su primera relación sexual durante dicho rango de edad (69 por ciento de hombres y 58 por ciento de mujeres), pero un alto porcentaje inició su vida sexual entre los 12 y 14 años (11 por ciento de hombres y 17 por ciento de mujeres). Asimismo, sólo el 42 por ciento de las mujeres y el 74 por ciento de los hombres, entre 15 y 19 años, utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.²⁷

El inicio temprano de las relaciones sexuales y la falta de uso de métodos anticonceptivos, han generado, entre otras cosas, un aumento en el índice de embarazos en adolescentes. Según la encuesta nacional de la dinámica

demográfica (E.N.A.D.I.D) 2006, la edad promedio para el inicio de relaciones sexuales es de 15.9 años y la proporción de adolescentes que mantienen relaciones sexuales es de 19%. Asimismo, la primera unión y el nacimiento del primer hijo ocurren en un lapso muy corto posterior al inicio de las relaciones sexuales, a los 16.4 años de edad en promedio.²⁸

Se ha observado en México que mientras la edad de inicio de la vida sexual activa se registra a edades más tempranas, la edad del matrimonio se ha postergado; de esta manera el lapso de fecundidad no marital se ha incrementado.²⁹

Con lo anterior en mente se puede vislumbrar la importancia que reviste el uso de los anticonceptivos entre los adolescentes, lo cual aunado a una buena educación sexual puede en primera instancia salvarlos a ellos. Pero también se puede contribuir a que los problemas de salud pública y demográfica no se incrementen.

Considero que como agentes de salud directamente involucrados podemos conocer la realidad referente a la frecuencia de anticonceptivos que los adolescentes de nuestra clínica, comunidad u hospital usan. Y así podemos contribuir a la prevención de estos problemas.

OBJETIVO

GENERAL

Identificar la frecuencia del uso de anticonceptivos en adolescentes atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 5 de Soledad de Graciano Sánchez S. L. P. entre el 1 de noviembre del 2006 al 28 de febrero del 2007.

ESPECIFICO.

Determinar la frecuencia que existe entre el género y el uso de anticonceptivos entre adolescentes.

Determinar la relación que existe entre la edad y el uso de anticonceptivos entre jóvenes adolescentes.

METODOLOGIA

Universo de trabajo:

Lo conforma todos los jóvenes adolescentes entre los 10 y los 19 años de edad Atendidos en la UMF No.5. IMSS, Soledad de Graciano Sánchez, San Luís Potosí.

Población de estudio

110 adolescentes de 10 a 19 años de edad, adscritos a UMF No.5. IMSS, Soledad de Graciano Sánchez, San Luís Potosí.

Tipo de Estudio.

Observacional, Descriptivo. Transversal.

Técnica Muestral

Muestreo por conveniencia de Participación voluntaria.

Muestra

La muestra correspondió a 90 adolescentes pero se tuvo oportunidad de ampliarla en un 20 % más, buscando con ello un resultado más confiable, Esto dio como resultado una muestra de 110 adolescentes a encuestar de los 4604 derechohabientes en el rango de 10 a 14 años y de 15 a 19 años de edad que según la Pirámide de Población de Junio 2006 de la UMF No.5, IMSS Soledad de Graciano Sánchez S. L. P. fueron atendidos en las fechas del estudio. Todos los sujetos de la muestra reunieron los criterios selección.

Cálculo del tamaño de muestra:

Cálculo de tamaño de muestra para población finita o sin reemplazo.

Fórmula:

$$n = \frac{N(Z)^2PQ}{(d)^2(N-1)+Z^2PQ}$$

N = 4604 Representa el total de individuos que componen una población y se emplea para población finita o sin reemplazo.

Z = 1.96. Nivel de significancia. Este valor define el riesgo de error que se va a tolerar.

P = 0.40 Proporción esperada en la población.

Q = (1-P)=0.6 Es la contraparte del porcentaje de observaciones en una categoría.

(d)²=0.10 Margen de error.

$$n = \frac{N(Z)^2PQ}{(d)^2(N-1)+Z^2PQ}$$

$$n = \frac{4604 (3.84) ((0.24))}{0.01 (4604)+3.84 (0.24)}$$

$$n = \frac{4604(0.9216)}{3.79+0.9216} = \frac{4243}{46.9515} = 90$$

$$n = 90$$

De acuerdo a la fórmula se requiriere de 90 adolescentes para lograr el objetivo de la investigación, se amplio un 20 % más para un total de 110 adolescentes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a) Adolescentes de 10 a 19 años de edad, derechohabientes de la U.M.F. No.5 del periodo del 1 de noviembre del 2006 al 28 de febrero del 2007.
- b) adolescentes que aceptaron colaborar en el estudio.
- c) adolescentes de sexo masculino y femenino que no estuvieron en el programa de planificación familiar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Adolescentes:

- a) Que no aceptaron participar en el estudio.
- b) Que estuvieran participando en un programa de planificación familiar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- a).- cuestionarios mal llenados y/o incompletos.

VARIABLES EN ESTUDIO.

LA VARIABLES INDEPENDIENTES DE ESTE ESTUDIO ES:

a.- Edad.

b.- Género.

LA VARIABLE DEPENDIENTES ES:

El uso de anticonceptivos en adolescentes.

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Variable.	Definición conceptual.	Definición operacional.	categorización	Fuente de información.	Escala de medición
Anticonceptivos Dependiente	Impedir de forma temporal y reversible la fecundación	Usa No usa	Nominal	Encuesta	Nominal 1.-usa 2.- no usa
Edad Independiente	Tiempo de una persona que ha vivido desde su nac. Hasta el momento de la entrevista en años.	Años cumplidos	De 10 a 19 años	Encuesta	Cuantitativa Años cumplidos.
Genero independiente	Condición biológica por la que se diferencian los hombres de las mujeres.	Masculino Femenino.	Masculino Femenino	Encuesta	Nominal

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO (anexo 1)

INSTRUMENTO A UTILIZAR (Anexo 2)

El instrumento que se utilizó para detectar la frecuencia en la muestra de estudio, es un cuestionario validado, cuyas respuestas fueron si, no fue llenado por los encuestados

PROCEDIMIENTO:

1. Se conformó la muestra en estudio, en base a los criterios de selección.
2. Se informó a los participantes, la importancia de contestar con veracidad el cuestionario aplicado.
3. Firmarón los participantes el consentimiento informado.
4. Se realizó la entrevista en forma individual.
5. Contestaron los participantes cada una de las preguntas del cuestionario, el cual fue anónimo, para conservar la privacidad, de esta.
6. Se les dio las gracias por participar en el estudio.
7. Se procedió a capturar las respuestas emitidas por cada uno de los participantes, para su procesamiento estadístico.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para este estudio se empleo estadística descriptiva mediante análisis de tendencia central y así como frecuencia simple en números absolutos y relativos.

ÉTICA.

Respetando los criterios éticos de la declaración de Helsinki de junio de 1964 y enmendada por 52ª asamblea general de Edimburgo, Escocia en octubre del 2000 (principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos, declaración de Helsinki de la asociación medica mundial).³⁰

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud).³¹

RECURSOS

Recursos Humanos.

- Un asesor clínico.
- Un asesor metodológico.
- Un entrevistador (que en este caso fue personal de enfermería capacitado en el tema) de la U.M.F. No 5 de soledad de Graciano Sánchez, San Luís Potosí.

Recursos Materiales.

- Cuestionarios
- Lápices
- Goma
- Hojas de papel blanco Tamaño Carta.
- Equipo de cómputo:
Computadora con procesador Intel Celeron M 350 (1.3 GHz)
Software: Editor de texto "word" Para windows xp Microsoft.
- Impresora

Recursos Financieros.

- Todos los gastos requeridos para el estudio, fueron financiado por el Investigador.

RESULTADOS

El objetivo principal de esta investigación es determinar la frecuencia en el uso de anticonceptivos por los adolescentes atendidos en la U.M.F. No 5 de Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí. Al respecto, se puede observar en la Tabla 1 que todos los jóvenes entrevistados manifestaron hacer uso de diversos anticonceptivos. Sin embargo existe una diferencia marcada según el rango de edad de los mismos, ya que se denota una mayor frecuencia en su uso en el rango de edad de 15 a 19 años con el 90% del total en ambos sexos. La incidencia mayor se localiza entre los 17 y los 19 años. El restante 10% se ubica en los adolescentes entre los 10 y los 14 años.

Respecto a la distribución de género se observa en la Tabla 1 que el 47.3% de los encuestados son del sexo femenino y el restante 52.7% del sexo masculino.

Un objetivo específico de este trabajo es determinar la diferencia en el uso de anticonceptivos según el género de los encuestados. Como se puede observar en la gráfica 3, las mujeres presentan una variación considerable respecto a los hombres. La incidencia principal en las mujeres se obtuvo con el uso de la píldora en un 32% de las mismas; le sigue el uso de anticonceptivos inyectables con un 26%; mientras que el DUI y otra opción muestran porcentajes iguales con un 13% los implantes presentan 11%; por último el uso del anticonceptivo es manifestado por el 5% de las mujeres.

Los hombres no tienen una variación como las mujeres, ellos solo manifestaron usar dos métodos; el uso del preservativo indica un 96% y el restante 4% corresponde a otro método.

El segundo objetivo específico del presente trabajo es determinar la relación entre la edad y el uso de anticonceptivos en los adolescentes. Acorde al concentrado de la tabla 1, se puede puntualizar que entre los 17 y los 19 años hay una mayor

incidencia en su uso. Sin embargo al analizar la tabla 1 se puede determinar que a los 17 años los hombres usaron más el anticonceptivo y en la misma edad las mujeres prefirieron inyectables. Los jóvenes manifestaron una incidencia igual en el uso de preservativos en los 18 y 19 años. En las mujeres si hay cambios pues la moda en el uso de anticonceptivos por las jóvenes se sitúa a los 18 años con el empleo de inyectables, siguiéndole de cerca el uso de píldoras a los 19 años.

En la gráfica 1 se observa que en el grupo de 10 a 14 años solo se presenta el uso de preservativos y por su parte en el siguiente grupo edad existe el empleo de todos los métodos.

En general los principales métodos utilizados por los adolescentes de ambos sexos son: preservativos en un porcentaje del 50.9 %, hormonales orales, con 15.42 %, inyectables, con 12.78 %, DIU, con 6.38 %, implante 5.48 %, y otros con el 9.03 %.(Gráfica 2)

DISCUSION.

Una vez concluido el presente trabajo y analizados los datos varios datos resaltan. Primero, se ve una diferencia marcada según la edad pues solo existe un método empleado por los jóvenes de 10 a 14 años: el preservativo. Al no presentarse uso de anticonceptivos de parte de las mujeres nos indica que; o si bien no quisieron contestar por temor al cuestionario adecuadamente, ellas no usan anticonceptivos en caso de tener relaciones. Este dato es relevante pues se puede presentar un factor de riesgo en las jóvenes ya que de acuerdo a la Encuesta Nacional de la Juventud 2005 la edad de inicio en las relaciones sexuales se da entre los 12 y 14 años⁹.

Segundo, el preservativo demostró ser el anticonceptivo más usado. Las preguntas que quedan son ver si los jóvenes hacen buen uso de el o si conocen la manera correcta de usarlo, si se le ha dado algún tipo de información acerca de su uso o si lo emplean de forma empírica y por ultimo ver donde adquieren los jóvenes los preservativos; es decir lo buscan en el sector salud o usan mayormente los comerciales. De parte de las mujeres queda claro que los métodos utilizados, excepto el preservativo, lo adquieren con guía médica en las instalaciones y clínicas del sector salud.

Tercero, se observa que la edad según el sexo es un factor determinante en el empleo de anticonceptivos. Pues los hombres comienzan a usarlos primero y esta tendencia se manifiesta en forma ascendente hasta los 17 años, después de los cuales baja considerablemente. Y el caso de las mujeres sucede a la inversa, es decir el uso general en ellas comienza a los 17 años pero en especial la mayoría se concentra a los 18 y 19 años.

Lo anterior nos lleva a pensar que si existe una relación estrecha pues los varones son los principales usuarios de anticonceptivos hasta los 17 años y las mujeres de los 18 en adelante. Que factor determina este fenómeno, no se puede ver con claridad. Pero si se puede decir que el uso mayor en las mujeres en especial el de inyectables a los 18 años y píldoras a los 19, así como, el uso de DUI e implantes es muy notorio cuando las jóvenes son mayores de edad (18 años).

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Se concluye de lo obtenido en este trabajo que si existe un uso general de anticonceptivos de parte de los adolescentes atendidos en la U.M.F. No 5 de soledad de Graciano Sánchez, San Luís Potosí.

Que dicho empleo de anticonceptivos esta influenciado por la edad de los jóvenes y que entre los 17 a los 19 años se presenta mayor incidencia. Lo que indica también que se da un mayor número de contactos sexuales en este grupo edad. Se sitúa el uso de los mismos a partir de los 11 años lo que nos lleva a replantear nuestra visión de que el inicio de la vida sexual esta presentando edades más tempranas. Por ello debemos de prestar más atención a los jóvenes entre los 11 y los 13 años (6º de primaria y 1º y 2º de secundaria).

Que el uso de anticonceptivos presenta una clara diferencia según el sexo comenzando en los hombres y posteriormente en las mujeres. Pero al encontrarse una relación entre la edad y el género a los 17, 18 y 19 años, donde el uso es inversamente proporcional, ya que los hombres usan más anticonceptivos a los 17 pero después baja su empleo mientras que las mujeres aumenta cuando el de los hombres baja a los 18 y 19 años respectivamente.

Respecto a lo anterior queda para futuras investigaciones el ver si los adolescentes reciben información suficiente entre los 11 y los 15 años respecto al empleo correcto de los anticonceptivos principalmente el preservativo. Ver si como autoridad nosotros les proveemos los preservativos o de que forma les ayudamos.

También queda en aire la interrogante de porqué se presenta un uso inverso según la edad entre los 17 y 19 años. Qué factores se presentan para que ello ocurra, ya sea mayoría de edad por parte de las mujeres, machismo de los hombres donde sea la mujer quien tenga que cuidarse y matrimonio etc.

Se sugiere a las autoridades de la unidad programar pláticas de salud reproductiva en la que se incluya promoción de planificación familiar, métodos anticonceptivos, riesgo reproductivo y riesgo obstétrico, en forma continua en las salas de la clínica.

Programar las mismas pláticas en escuelas primarias y secundarias y bachillerato y dar pláticas de capacitación a los profesores de dichas escuelas, ya que la orientación que dan a los alumnos puede a veces ser confusa.

Se presentaran los datos obtenidos a la autoridad de la U.M.F. No 5 de soledad de Graciano Sánchez, San Luís Potosí. Para que sean incluidos como referencia en las acciones de planificación y control que se llevan a cabo.

BIBLIOGRAFIA

1. Lande R. Controlling sexually transmitted diseases. Population Reports Series L, No. 9 (22/junio de 2006).
2. Blaney C L *Sex education leads to safer sex*. Network 14 (2) (20/junio 2006).
3. Guidelines for management and treatment of sexually transmitted disease. Center for Disease Control and Prevention. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2000; 47 (RR-1): 1-3
4. Population Reference Bureau (PRB), *Cuadro de la Población Mundial*, Washington, D.C., 2002.
5. Embarazo Adolescente, Estadísticas 2005. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano – CLAP – OPS/OMS.
6. Programa Nacional de Población 2001-2006. México, DF. Consejo Nacional de Población; 2001.
7. Es.wikipedia.org/wiki/Anticonceptivo 20/06/2006
8. <http://www.rae.es/> 23ª edición diccionario de la real academia española 20/06/2006
9. www.gentejoven.org.mx/glosario.asp 11/09/2005
10. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. Febrero 2004.
11. Real Academia de la Lengua Española, 23ª edición <http://www.rae.es/> 20/06/2006
12. DAVIS, Robert. Psicología educativa. Nueva York, Editorial McGraw-Hill, 2000.
13. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie Paltex. 199 p.
14. Organización Panamericana de la Salud. Salud del Adolescente. OPS/OMS Washington. 2001. P.
15. <http://www.ddhcu.gob.mx/leyinfo/pdf/1.pdf/> 13/09/2005

16. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/LO70174.htm>
17. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>
18. Ley publicada el 29 de mayo de 2000,
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/L290500.html> 15/09/2005
19. *Blum, R.W., Mother's Influence on Teen Sex: Connections that Promote Postponing Sexual Intercourse. Center for Adolescent Health, University of Minnesota, Minneapolis, M.N. 2002.*
20. *Electra González A., Fresia Caba, Temístocles Molina, Jorge Sandoval, Adela Montero, Pamela Oyarzun, Ramiro Molina, Ruth Ménese, Factores familiares asociados al uso de anticonceptivos en mujeres adolescentes solteras sexualmente activas, FACTORES FAMILIARES REV SOGIA 2005; 12(1): 9-16*
21. Fox GL, Inazu JK. Mother-daughter communication about sex. *Family Relations*, 1980; 29:347-52.
22. Fox GL. The mother-daughter relationship and sexual socialization structure: A research review. *Family Relations*, 1980; 29: 21-28.
23. B. C. Miller, B. Benson, and K. A. Galbraith, "Family Relationships and Adolescent Pregnancy Risk: A Research Synthesis," *Developmental Review*, 2001, vol. 21, no. 1, pp. 1-38.
24. Welti Chanes Carlos, Análisis Demográfico de la Fecundidad Adolescente en México, *Papeles de Población*, octubre – diciembre, número 26, Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México; pp 43 – 87.
25. Suárez EN, Roberts E, Korin D, Cusminsky M. Adolescencia y juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos. En: *La salud del adolescente y el joven en las Américas. Publicación Científica No. 489 OPS/OMS*, 2000.
26. Blum RW. Visión general de las conductas sexuales juveniles y sus consecuencias. *Rev Sogja Chile*. 2001;(1):31-4.
27. Ruoti AM. Planificación familiar y salud. Anticoncepción en la adolescencia. Asunción: EFACIM, 1994:255-62.

28 García-Baltazar J, Figueroa-Perea JG. Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. Salud Publica Mex 1992;34:(4):413-426.

29. Secretaría de Salud. Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM 1988). México, DF: Dirección General de Planificación Familiar, 2002

30.- Lamas M, Fernández P. Metodología de la investigación. Consentimiento informado. C. Atención Primaria 2002; 599-603.

31.- <http://www.pnud.org.ve/cumbres/cumbreso4.htm> 15/01/2006

ANEXO 1

TABLAS Y GRAFICAS

TABLA NO. 1

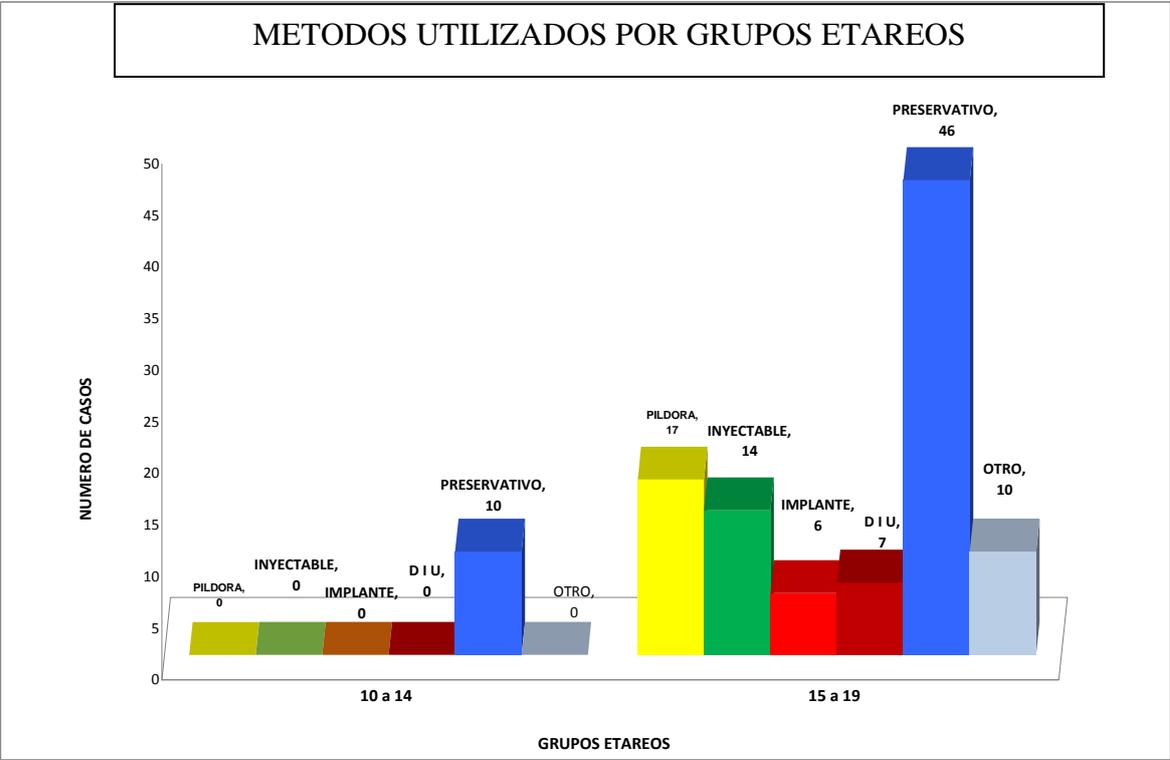
DISTRIBUCION DE FRECUENCIA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS POR EDAD Y GENERO

EDAD	GENERO		METODO						TOTAL	DISTRIBUCION	
	M	F	PILDORA	INYECTABLE	IMPLANTE	D I U	PRESERVATIVO	OTRO		PORCENTUAL	
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
11	3	0	0	0	0	0	3	0	3	3	2.7%
12	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.9%
13	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.9%
14	2	3	0	0	0	0	5	0	5	5	4.5%
15	9	1	0	0	0	1	9	0	10	10	9.1%
16	8	3	0	3	0	0	8	0	11	11	10.0%
17	17	13	2	3	2	1	17	5	30	30	27.3%
18	9	17	4	8	2	3	6	3	26	26	23.6%
19	8	15	11	0	2	2	6	2	23	23	20.9%
	58	52	17	14	6	7	56	10	110	110	100.0%
			15.4	12.7	5.4	6.3	50.9	9.09			

Fuente encuestas aplicadas a población de estudio UMF No. 5, Soledad de G.S., S.L.P. Nov. 2006-feb. 2007. N=110

GRAFICA 1

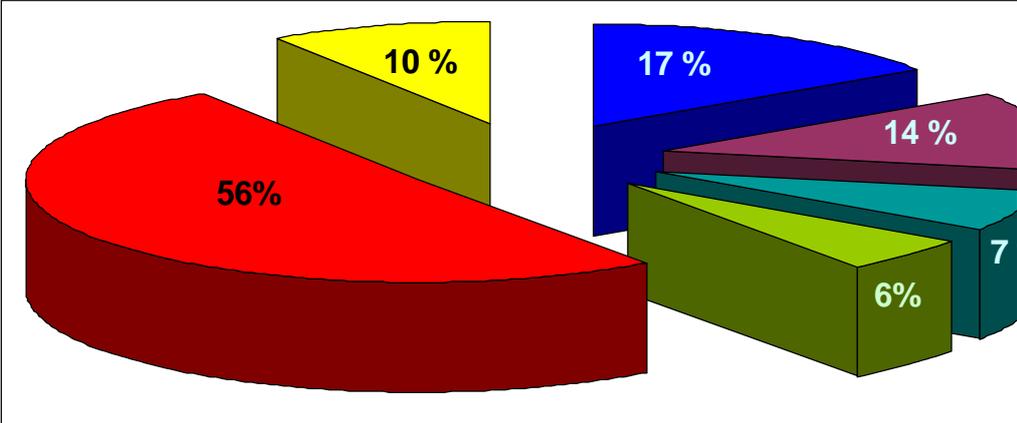
USO DE ANTICONCEPTIVO SEGÚN EDAD



GRAFICA 2

TIPOS DE ANTICONCEPTIVO USADO

TIPO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADO

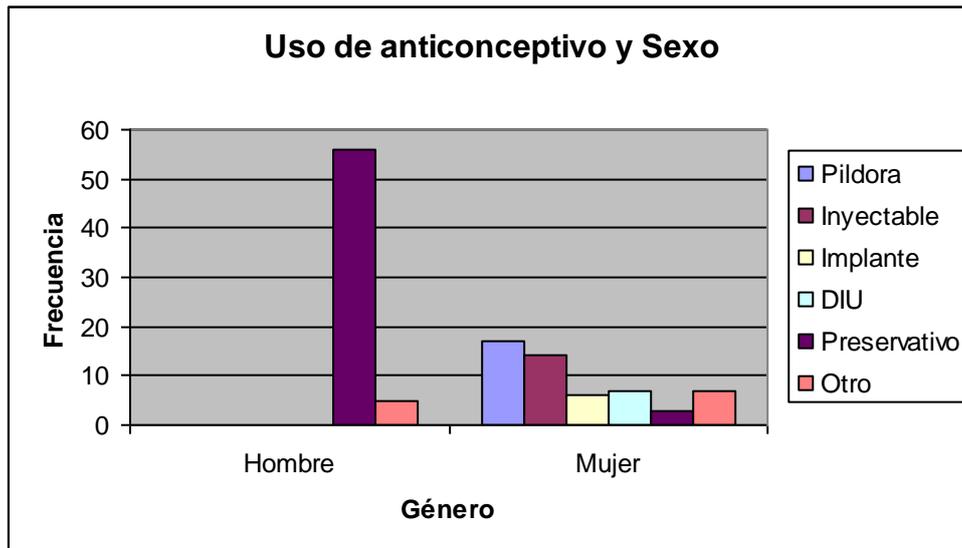


■ PILDORA ■ INYECTABLE ■ DIU ■ IMPLANTE ■ PRESERVATIVO ■ OTRO

Fuente: Encuestas aplicadas a población de estudio UMF No. 5, Soledad de G.S, S.L.P. Nov. 2006 – Feb. 2007.n= 110

Grafica 3

Relación entre el Género y el uso de anticonceptivos



ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, _____ estoy de acuerdo en participar en el estudio denominado en el proyecto de investigación titulado: "FRECUENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 5 DE SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ S.L.P.", registrado ante el comité local de Investigación Medica con el número. _____ El objetivo de este estudio es identificar La frecuencia de anticonceptivos en adolescentes.

Declaro que se me ha informado ampliamente acerca de la naturaleza y alcance de dicho estudio por lo que estoy conforme en aportar mis datos y apoyar en lo concerniente a esta investigación.

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

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y Firma de enterado.

Nombre matricula y firma del investigador.

Autorización del padre o tutor.

Testigo. _____

Clave de la norma 2800-04-032-0007 fecha actualizada septiembre 2007 numero de pagina 35

ANEXO 4

CUESTIONARIO

El siguiente formato es parte de la investigación que estamos realizando como parte de nuestros estudios de preparación. Te pedimos tu colaboración donde la información que proporcionas será estrictamente confidencial.

Por tu participación gracias.

Solo marca la opción que consideres más pertinente										Folio _____	
H											
M											
EDAD	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
¿Que método anticonceptivo es el que empleas?											
Píldoras	Inyección	Implante subdérmico			DIU	Preservativo		otro			

ANEXO 5

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES

