



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA:

BEATRIZ ELIZABETH REPISO COLUNGA

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO
REVISOR: MTRA. ANGELINA GUERRERO LUNA
ASESOR ESTADISTICO: MTRA. PATRICIA ROMERO SANCHEZ



MEXICO, D. F.

2010



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.

Índice

I. Adolescencia	
1.1 Antecedentes y definición	2
1.2 Características del desarrollo físico y mental	6
1.3 Adolescencia en la cultura mexicana	13
1.4 La actividad sexual en el adolescente	16
1.5 Adolescencia y embarazo	22
II. Métodos anticonceptivos	
2.1 Definición	28
2.2 Clasificación	29
2.3 Métodos anticonceptivos y: familia, medios de comunicación e iglesia	37
2.4 Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes	40
2.5 Estimación de consecuencias positivas y negativas	44
III. Proceso Metodológico	
3.1 Planteamiento del problema	47
3.2 Objetivos	48
3.3 Hipótesis	49
3.4 Variables	49
3.5 Definición conceptual de variables	49
3.6 Definición operacional de variables	50
3.7 Participantes	51
3.8 Tipo de muestra	51
3.9 Tipo de estudio	52
3.10 Diseño	52
3.11 Instrumentos	52
3.12 Procedimiento	52
3.13 Análisis estadístico de los datos	53
Resultados	55
Conclusiones y sugerencias	65
Referencias	71
Anexos	76

Dedicatorias

A Dios por permitirme rodearme de personas maravillosas así como ser fuente de tranquilidad en todo momento.

A mi lindo esposo por ser un gran compañero ya que con su amor y apoyo hemos logrado consolidarnos día a día como una familia. Te amo tesoro.

A mi papá, por ser un gran ejemplo a seguir, que con su trabajo, amor y respeto ha hecho de mí una mejor persona.

A mis tíos, primos y en general a toda mi familia por creer en mí y brindarme todo su apoyo en las decisiones que he tomado.

A mis amigas que con su amistad incondicional hemos compartido momentos extraordinarios.

A la facultad de Psicología, por ser quien me brindó la oportunidad de aprender y servir con mis conocimientos a la Sociedad.

A todos ustedes Muchas Gracias, con todo mi cariño y amor.

Agradecimientos

En especial al Maestro Sotero Moreno Camacho que con su compromiso, dedicación, conocimiento y sobre todo Apoyo creyó en mí e hicimos posible cerrar un círculo más en mi trayectoria académica.

A la Maestra Patricia Romero Sánchez quien con su paciencia y conocimiento colaboró en el análisis de resultados de esta investigación.

A mis sinodales: Camacho Valladares Miriam, Girón Hidalgo Blanca y Romero Sánchez Patricia.

RESUMEN

La presente investigación evaluó la participación de diversas variables: la religión, la edad de la primera relación sexual, el conocimiento de los anticonceptivos, los padres, la pareja, y la estimación de consecuencias positivas y negativas que influyen en la toma de decisiones de los adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos para evitar el embarazo. La muestra de trabajo estuvo conformada por estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria No. 1 a quienes se les aplicó un cuestionario conformado por 34 reactivos y los resultados de dicho instrumento fueron analizados por medio de: tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y análisis factorial. Se observó que los participantes estiman con mayor probabilidad de ocurrencia los eventos relacionados a tener un embarazo no deseado y su impacto en los ámbitos: personal (restricción en las fuentes de diversión), académico (abandonar los estudios), laboral (contar con menores oportunidades de empleo) y cultural (ser madre o padre soltero); además, de que los hombres tienen un mayor número de parejas sexuales comparado con las mujeres. De acuerdo a la aplicación del coeficiente V de Cramer se registró que ninguna de las variables estudiadas fue estadísticamente significativa para discriminar entre adolescentes que deciden utilizar métodos anticonceptivos y aquellos que no los utilizan.

INTRODUCCION

La presente investigación evaluó la participación de diversas variables: la religión, la edad de la primera relación sexual, el conocimiento de los anticonceptivos, los padres, la pareja, y la estimación de consecuencias positivas y negativas que influyen en la toma de decisiones de los adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos para evitar el embarazo.

En México, la adolescencia es una población que se encuentra en condiciones de desventaja en ciertos aspectos como serían: un menor acceso a los servicios de salud; un nivel de ingreso bajo; relaciones desiguales de poder, familiares y de género, entre otras (Menkes y Suárez, 2003).

Asimismo, en nuestro país el 21.3% de la población es adolescente, por lo que uno de los grandes problemas que enfrenta la salud pública es el ejercicio de la sexualidad no protegida pues involucra riesgos como el contagio de infecciones de transmisión sexual o un embarazo no deseado; y el mayor peligro lo corren los jóvenes que inician pronto la actividad sexual, que tienen parejas múltiples, que no usan métodos anticonceptivos, que tienen información inadecuada, o desinformación acerca del sexo y quienes provienen de comunidades con desventajas socioeconómicas (Welti, 2000; Moreno *et al.*, 2006; Mosquera y Mateus, 2003; Ayala y García, 2001; Genolet *et al.*, 2004; González *et al.*, 2005; Menkes y Suárez, 2003).

Así, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y del VIH-SIDA se encuentra en el grupo de 20 a 24 años de edad, seguida de los grupos de 15 a 19 y, después aquellos entre 25 y 29 años de edad.

En 1974, la OMS incorpora la *maternidad adolescente* al concepto de salud adolescente, planteándola como problema de creciente importancia. La considera como un problema desde lo económico, lo demográfico, lo psicológico, lo médico, lo ético, lo religioso y lo legal. Este organismo plantea que la maternidad y la paternidad son roles de la edad adulta y que cuando sobreviene un embarazo en una pareja adolescente, el mismo impone a los implicados una sobreadaptación a una situación nueva para la cual no están ni emocional ni socialmente preparados (Genolet *et al.*, 2004). Así mismo, se considera un problema de Salud Pública ya que en la medida en que las mujeres que inician su historia genésica antes de los 20 años, tienen al final de su periodo

reproductivo un número de hijos significativamente mayor que las mujeres que tienen su primer hijo a edades mayores (Welti, 2000).

De acuerdo con datos de la Secretaría de Educación, en México existen 9 mil 579 adolescentes, de entre 12 y 18 años, que están en riesgo de abandonar la escuela —primaria, secundaria o bachillerato— porque están embarazadas, o porque ya son madres. El diagnóstico que hizo la Secretaría para identificarlas, muestra que el Estado de México, Veracruz, Chiapas, Jalisco y el *Distrito Federal* son las entidades en las que se concentra el mayor número de adolescentes en condiciones de “embarazos tempranos”, o de las que se convirtieron en madres durante ese año escolar (2005), pues entre las cinco sumaron más de 3 mil adolescentes en tales condiciones (Recio, 2005).

Menkes y Suárez (2003) señalan que el embarazo en la adolescencia se encuentra estrechamente relacionado con la unión conyugal y marital. Al parecer en nuestro país, si bien se ha incrementado el número de madres solteras, de todas formas el embarazo adolescente sigue estrechamente relacionado con un proyecto de vida de unión familiar. Lo que confirma algunos hallazgos sobre el tema que proponen que el embarazo adolescente, más que un accidente, responde a un contexto social y cultural, que se relaciona con la valoración de ser madre y esposa sin reales perspectivas escolares, ni con perspectivas concretas de desarrollo personal.

En el análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México realizado por Welti (2000) señala que, en el país una de cada dos mujeres en edades reproductivas usa métodos anticonceptivos (51%). En el caso de las mujeres en unión conyugal el porcentaje de usuarias llega a 76% y entre las adolescentes no unidas, el uso de anticonceptivos es insignificante, lo que refiere que no usar anticonceptivos está relacionado con la práctica de relaciones sexuales no frecuentes.

Dado que la elección de un adolescente de utilizar métodos anticonceptivos –o no utilizarlos– para evitar un embarazo, se encuentra sujeta a diversas variables: la religión, la edad de la primera relación sexual, el conocimiento de de métodos anticonceptivos, los padres, la pareja y aunado a estas variables se pretendió investigar la estimación de consecuencias positivas y negativas; para así brindar información de los aspectos que influyen en dicha decisión.

Capítulo I

I. Adolescencia

1.1 Antecedentes y definición

La adolescencia es una construcción social. Antes del siglo XX, no había concepto de adolescencia; pues en las culturas occidentales los niños entraban al mundo adulto cuando maduraban físicamente o cuando empezaban como aprendices de un oficio, es decir, aproximadamente a los 11 años de edad. En la actualidad, el ingreso a la edad adulta lleva más tiempo y está menos definido (Papalia, 2005).

En la antigua Grecia, tanto Platón como Aristóteles hicieron comentarios sobre la naturaleza de la juventud. Según Platón (Siglo IV a. C.), el razonamiento no es una característica propia de los niños, sino que aparece durante la adolescencia. Platón pensaba que los niños deberían invertir su tiempo en el deporte y en la música, mientras que los adolescentes deberían estudiar ciencias y matemáticas (Santrock, 2004).

En la Edad Media los niños y adolescentes se consideraban adultos en miniatura, en el S. XVIII el filósofo francés Jean-Jacques Rousseau señala que un niño o un adolescente no es lo mismo que un adulto, creía que entre los 15 y 20 años se madura emocionalmente, lo que contribuyó a restablecer la creencia de que el desarrollo tiene fases claramente delimitadas.

Stanley Hall (1844–1924) es considerado el padre del estudio científico de la adolescencia pues fue el primero en empezar a teorizar, sistematizar y cuestionar más allá de la mera especulación filosófica. Publicó su primer libro sobre la adolescencia en 1904. Hall estuvo influido por Charles Darwin ya que creía que el desarrollo está controlado por factores fisiológicos genéticamente determinados y que el ambiente desempeña un papel mínimo en el desarrollo, sobre todo durante los primeros años de vida.

Para Hall la adolescencia es: una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas. Además, la adolescencia supone un corte profundo con la infancia, es como un nuevo nacimiento, en la que el joven adquiere los caracteres humanos más elevados; y la comprende como el período entre los 13 y 23 años de edad (Dávila, 2004).

La antropóloga Margaret Mead realizó estudios a los adolescentes de la Isla de Samoa, situada en el Pacífico Sur de los cuales concluyó que la naturaleza básica de la adolescencia no era biológica, como había señalado Hall, sino más bien sociocultural. También argumentó que cuando la cultura permite hacer una transición suave y gradual entre la infancia y la etapa adulta, este periodo se asocia a escasas turbulencias. Así mismo, señaló que las culturas que permiten que los adolescentes presencien las relaciones sexuales, cómo nacen los bebés, vean la muerte como algo natural, participen en juegos sexuales y sepan claramente en qué consistirán sus roles como adultos fomentan una adolescencia relativamente exenta de estrés.

Más de medio siglo después de su publicación, los trabajos de Mead han sido criticados como sesgados y plegados de errores (Santrock, 2004).

Fue a partir de las décadas de los 60 y los 70's, que cobró importancia en el mundo occidental la necesidad de dar una explicación de la conducta de adolescentes (Perinat *et al.*, 2003); para lo cual las psicometrías del siglo XIX y los primeros años del siglo XX apoyaron a la construcción de este concepto de *Adolescencia*. La palabra adolescencia proviene del verbo latino *adolescere*, que significa "crecer" o "crecer hacia la madurez" (Hurlock, 1980).

Por un lado, la extensión de la enseñanza secundaria contribuyó a fijar esta edad como objeto de estudio. Por otro, la eclosión de movimientos culturales juveniles que incluían nuevas *formas de expresión* (música), nuevas *formas de crítica social* (movimientos estudiantiles y pacifistas) y nuevas *formas de convivencia* (redefinición del papel del sexo en las relaciones interpersonales).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, la etapa que abarca edades entre los 10 y los 19 años. Otros autores la definen como el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta (González *et al.*, 2005).

La Psicología Psicoanalítica concibe a la adolescencia como resultado del desarrollo que se produce en la pubertad y que lleva a una modificación del equilibrio psíquico, produciendo una vulnerabilidad de la personalidad. A su vez, ocurre un despertar de la sexualidad y una modificación en los lazos con la familia de origen, pudiendo presentarse una desvinculación con la familia y de oposición a las normas, gestándose nuevas relaciones sociales y cobrando importancia la

construcción de una identidad. Desde esta perspectiva, la adolescencia es atribuida principalmente a causas internas (Dávila, 2004).

Por lo general, se considera que la adolescencia comienza con la *pubertad*, que es el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad para reproducirse; la cual aparece alrededor de los 9 y 14 años de edad.

La adolescencia es una de las etapas del desarrollo más críticas del ser humano porque es el momento anterior a asumir una responsabilidad social adulta, además de que ocurren una serie de cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales; los adolescentes se encuentran en el umbral del amor, de la vida de trabajo y de la participación en la sociedad de los adultos. No obstante, también es un tiempo en que algunos jóvenes se comprometen en conductas que cierran sus opciones y limitan sus posibilidades, tales como, beber en exceso, abuso de drogas, actividad sexual sin protección, uso de armas, entre otras; lo que implica la definición de un papel específico como hombre o como mujer en los ámbitos laboral, familiar, sexual, cultural y recreativo.

En nuestro país, la adolescencia es una población que se encuentra en condiciones de desventaja en ciertos aspectos como serían: un menor acceso a los servicios de salud; un nivel de ingreso bajo; relaciones desiguales de poder, familiares y de género, entre otras (Menkes y Suárez, 2003).

En la actualidad, el ingreso a la edad adulta lleva más tiempo así como el ingreso a una vocación tiende a ocurrir más tarde, ya que se requieren periodos más largos de educación o entrenamiento vocacional antes de que un adolescente logre asumir responsabilidades de adulto (Papalia, 2005).

Algunos especialistas en desarrollo distinguen entre la adolescencia temprana y la adolescencia tardía. La *adolescencia temprana* corresponde a grosso modo con los años de la enseñanza secundaria obligatoria e incluye a la mayoría de cambios asociados a la pubertad. La adolescencia tardía se refiere aproximadamente a la segunda mitad de la segunda década de la vida, donde se hacen presentes los intereses profesionales, las citas románticas y la exploración de la identidad (Santrock, 2004).

Entre los intentos que han tratado de explicar los fenómenos de la adolescencia podemos citar las derivaciones del psicoanálisis, como el culturalismo de Erickson, que relegó el sexo a un lugar secundario y

situó el concepto de *crisis* más nítidamente como proceso de transición en el que las relaciones familiares debían redefinirse para permitir la expresión de identidad del adolescente. O como las recuperadas teorías de Reich, muy de moda en los movimientos juveniles de izquierda, que relacionaban de manera radical la eclosión del sexo y la rebelión contra el mundo adulto, entendiendo éste como la familia patriarcal y la sociedad con la que éste se identificaba. Como se puede observar, predominó en estos enfoques la búsqueda de un modelo general de la adolescencia y de su impacto en las relaciones generacionales y familiares (Perinat *et al.*, 2003).

1.2 Características del desarrollo físico y mental

La adolescencia trae consigo diversas modificaciones, tanto en la estructura física, emocional como cognitiva; comencemos con los cambios físicos, la *pubertad* es indicador de inicio de la adolescencia y ésta es el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad -la capacidad para reproducirse-. Comienza con un incremento sostenido en la producción de hormonas sexuales, que da como resultado un rápido aumento de estatura y peso, cambios en las proporciones y formas corporales y la adquisición de la madurez sexual; se puede presentar entre los 9 y 14 años de edad, lo cual dependerá de diversos factores tales como: la alimentación, la herencia, las influencias endocrinas, el clima, la raza y la situación geográfica. Por ejemplo, los niños que son más saludables, mejor nutridos y mejor cuidados maduran antes y crecen más grandes; por ende, la edad promedio de la madurez sexual es más temprana en los países industrializados que en los menos desarrollados (Papalia, 2005; Pick *et al.*, 1995).

Los cambios fisiológicos que experimenta el adolescente se deben a que el hipotálamo actúa sobre la glándula hipófisis dando lugar a que las hormonas actúen sobre los testículos y los ovarios, dichos cambios se dividen en: características *primarias* y *secundarias*; las primeras hacen referencia a los órganos directamente relacionados con la reproducción; y las segundas a los signos fisiológicos de maduración sexual que no involucran a los órganos sexuales.

Durante los primeros años de la infancia los niveles de hormonas sexuales son bajos, no obstante, es en la pubertad cuando se elevan considerablemente. La *testosterona* es un andrógeno que participa en el desarrollo de los genitales externos, aumento de estatura y cambio de voz. El *estradiol* es un estrógeno y conforme aumentan sus niveles se desarrollan los senos, el útero y se producen cambios esqueléticos.

Los niveles de las hormonas sexuales están regulados por dos hormonas secretadas por la glándula pituitaria: la *foliculoestimulante* (FSH) y la *luteinizante* (LH). La FSH regula el desarrollo folicular en el sexo femenino y la producción de esperma en el sexo masculino. La LH regula la secreción de estrógenos y el desarrollo del óvulo y la producción de testosterona respectivamente.

La secreción de estas hormonas está regulada por un sistema de retroalimentación negativa. Esto significa que, si el nivel de las hormonas sexuales se eleva demasiado, el hipotálamo y la hipófisis

estimulan menos a las gónadas, reduciendo así la producción de hormonas sexuales.

La hormona leptina se ha propuesto como un posible marcador del inicio y el desarrollo de la pubertad; las concentraciones de esta hormona están relacionadas con la cantidad de grasa en las mujeres y con la concentración de andrógenos en los hombres (Santrock, 2004).

Los cambios puberales que ocurren en el hombre son: incremento del tamaño del pene y los testículos, aparición de vello púbico, cambios en la voz, espermaquía, aparición de pelo en las axilas y crecimiento de la barba. Mientras que en la mujer los cambios puberales son: incremento en el tamaño de los pechos, crecimiento del vello púbico, aparición de pelo en las axilas, aumento de estatura, ensanchamiento de caderas y menarquía.

El crecimiento corporal del adolescente afecta prácticamente todas las dimensiones esqueléticas y musculares. Incluso los ojos crecen más rápido, ocasionando un incremento en la miopía. La mandíbula inferior se hace más larga y más gruesa. Dado que cada uno de los cambios sigue su propio cronograma, algunas partes del cuerpo pueden parecer desproporcionadas por un tiempo.

Estos notables cambios físicos tienen ramificaciones psicológicas. La mayoría de los adolescentes están más preocupados por su apariencia física que por cualquier otro aspecto de sí mismos.

Pero, no sólo hay cambios físicos sino también emocionales ya que los estados de ánimo se vuelven más intensos durante la adolescencia, debido quizás a los eventos estresantes vinculados con la pubertad. No obstante, con el paso del tiempo las emociones suelen tornarse más estables.

La madurez emocional depende de logros como el descubrimiento de la propia identidad, independizarse de los padres, desarrollar un sistema de valores y de la formación de relaciones.

Los adolescentes no sólo se ven diferentes de los niños más pequeños, sino que también piensan de manera distinta. Aunque el pensamiento del adolescente sigue siendo inmaduro en ciertos aspectos, muchos son capaces de realizar un razonamiento abstracto y juicios morales sofisticados, además de que pueden hacer planes más realistas para el futuro (Papalia, 2005).

El desarrollo mental del adolescente ha sido explicado por diversos teóricos; entre los que citaremos se encuentran Jean Piaget, David Elkind y Lawrence Kohlberg.

La teoría de Piaget hace hincapié en que los adolescentes están motivados a entender el mundo porque es biológicamente adaptativo, construyen activamente su mundo, es decir, no se limitan a acumular en sus mentes información procedente del entorno. Para dar sentido al mundo, los adolescentes organizan sus experiencias; separan las ideas importantes de las menos importantes, conectan las ideas entre sí, adaptan su forma de pensar para incluir nuevas ideas, ya que la información adicional mejora la comprensión. Así mismo, comienza la configuración de un razonamiento social, teniendo como relevancia los procesos identitarios individuales, colectivos y sociales; donde el razonamiento social del adolescente se vincula con el conocimiento del yo y de los otros, la adquisición de las habilidades sociales, la aceptación y/o negación de los principios del orden social, y con la adquisición y el desarrollo moral (Dávila, 2004).

Piaget, distingue cuatro factores que interactúan constantemente en la integración del desarrollo intelectual:

- El factor de crecimiento orgánico y maduración del sistema nervioso
- El factor del ejercicio y de la experiencia, adquirida en la acción efectuada sobre los objetos (el medio físico) para abstraer sus propiedades y conocerlas
- El factor de la interacción y las transmisiones sociales, que va permitiendo que el sujeto se descentre de sus propias acciones individuales en la búsqueda de estructuras más equilibradas de cooperación y
- El factor de equilibración progresiva, que concilia todas las anteriores en la construcción de las estructuras (Uribe, 1993).

En su construcción activa de la comprensión, los adolescentes utilizan *esquemas*. Un *esquema* es un concepto o marco que existe en la mente del individuo para organizar e interpretar la información. El interés de Piaget por los esquemas se centraba en cómo los niños y los adolescentes organizan y dan sentido a sus experiencias; para lo cual afirmó hay dos procesos: la *asimilación* y la *acomodación*.

La *asimilación* tiene lugar cuando un individuo incorpora información nueva a un esquema preexistente –el esquema no se modifica-. La *acomodación* tiene lugar cuando un individuo ajusta sus esquemas a la información nueva.

En la teoría de Piaget, la *equilibración* es el mecanismo que explica cómo los niños y adolescentes cambian de un estadio de pensamiento al siguiente; éste cambio tiene lugar cuando experimentan un conflicto cognitivo o un desequilibrio al intentar entender el mundo. Al final, el niño o adolescente resuelve el conflicto y alcanza de nuevo el equilibrio cognitivo.

Piaget afirmó que las personas pasan por cuatro etapas de pensamiento diferentes; cada una de las cuales está relacionada con la edad y consiste en una forma diferente de pensar –es la forma de entender el mundo-. Tener más conocimientos no determina que un individuo piense de una forma más avanzada.

Las cuatro etapas de pensamiento de acuerdo a Piaget son:

1. Sensoriomotora (A partir del nacimiento a los 2 años de edad). Los bebés construyen la comprensión del mundo coordinando experiencias sensoriales con acciones físicas o motoras; se disponen de poco más que patrones reflejos. No hay representación interna de los acontecimientos externos.

2. Preoperacional (De los 2 a los 7 años de edad). Se caracteriza por la interiorización de las reacciones de la etapa anterior dando lugar a acciones mentales que aún no son categorizables como operaciones (acciones interiorizadas), por su vaguedad, inadecuación y/o falta de reversibilidad. Son procesos característicos de esta etapa: el juego simbólico, la imitación, el egocentrismo y la irreversibilidad (inhabilidad para la conservación de propiedades).

3. Operaciones Concretas (De los 7 a los 11 años de edad). Cuando se habla aquí de operaciones se hace referencia a las operaciones lógicas usadas para la resolución de problemas: clasificación, ordenamiento y seriación. El niño en esta fase es capaz de usar los símbolos de un modo lógico y a través de la capacidad de conservar, llegar a generalizaciones atinadas. Por ejemplo, en este estadio los niños pueden transferir mentalmente el líquido de un recipiente a otro y entender que el volumen permanece constante a pesar de que los dos recipientes difieran en altura y anchura.

4. De acuerdo con Piaget, es en la adolescencia cuando se entra al nivel más alto de desarrollo cognitivo, el de las Operaciones Formales, a partir de los 11 a los 15 años de edad. En esta etapa el sujeto es capaz de presentar un razonamiento hipotético–deductivo, es decir, desarrollar una hipótesis y diseñar un experimento para ponerla a prueba; además

de que se puede integrar lo que se ha aprendido en el pasado con los desafíos del presente y hacer planes para el futuro; también se desarrolla la capacidad para el pensamiento abstracto. Este cambio de razonamiento depende de una combinación de factores: por un lado la maduración del cerebro y por el otro el ambiente; ambos son esenciales, incluso si el desarrollo neurológico de los jóvenes ha avanzado lo suficiente para permitir el razonamiento formal, sólo pueden alcanzarlo mediante la estimulación temprana (Papalia, 2005).

Piaget reconoció que la cultura y la educación desempeñan un papel importante para el desarrollo del pensamiento. Por otra parte, los críticos de Piaget, señalan que el razonamiento formal no es el único y quizá ni siquiera el más importante aspecto del pensamiento maduro.

A diferencia de Piaget quien señala que el pensamiento del adolescente es formal; el psicólogo David Elkind propone que el pensamiento del adolescente es inmaduro y lo clasifica en seis formas:

1. Idealismo y carácter crítico. A medida que los adolescentes prevén un mundo ideal, se dan cuenta de lo lejos que está de serlo el mundo real, del cual hacen responsables a los adultos. Se vuelven sumamente conscientes de la hipocresía y, con su razonamiento verbal agudizado, disfrutan de revistas y animadores que atacan a las figuras públicas con sátira y parodia. Están convencidos de que saben mejor que los adultos cómo funciona el mundo y con frecuencia encuentran defectos en los padres.

2. Tendencia a discutir. Los adolescentes buscan constantemente la oportunidad de probar y demostrar sus nuevas habilidades de razonamiento formal.

3. Indecisión. Los adolescentes pueden mantener en la mente muchas alternativas al mismo tiempo, pero debido a su inexperiencia, carecen de estrategias efectivas para elegir entre ellas. De esta forma pueden tener problemas para decidir.

4. Hipocresía aparente. Los adolescentes a menudo no reconocen la diferencia entre la expresión de un ideal y los sacrificios que es necesario hacer para estar a la altura del mismo.

5. Autoconciencia. Los adolescentes ahora pueden razonar acerca del pensamiento, el suyo y el de otras personas. Sin embargo, en su preocupación por su propio estado mental los adolescentes a menudo

suponen que todos los demás están pensando en lo mismo que ellos piensan: ellos mismos.

6. Suposición de ser especial e invulnerable. Elkind usa el término *fábula personal* para denotar la creencia de los adolescentes de que son especiales, que su experiencia es única y que no están sujetos a las reglas que gobiernan al resto del mundo (Papalia, 2005).

Como se puede observar hay puntos de vista distintos, por un lado, Piaget menciona que el pensamiento adolescente es el nivel más alto de desarrollo cognitivo mientras que, Elkind nos indica que es inmaduro.

Finalmente, Kohlberg describió tres niveles de razonamiento moral, cada uno dividido en dos etapas diferentes, en el cual el adolescente estaría en el último nivel: la moralidad posconvencional, a continuación se describen brevemente cada uno de ellos:

Moralidad preconvencional: Va de los 4 a los 10 años de edad y en la cual el control es externo. Se divide en:

- *Orientación hacia el castigo*: se obedecen reglas para evitar el castigo, se ignoran los motivos de un acto y se concentran en su forma física o sus consecuencias.
- *Próposito instrumental e intercambio*: se considera un acto en términos de las necesidades humanas que satisface y se distingue este valor de la forma física y de las consecuencias del acto.

Moralidad convencional: Va de los 10 a los 13 años de edad, en la cual se interiorizan los estándares de las figuras de autoridad. Se divide en:

- *Mantenimiento de relaciones mutuas*: se evalúa un acto de acuerdo con el motivo subyacente o el desempeño de la persona y se toman en consideración las consecuencias.
- *Preocupación y conciencia social*: se considera que siempre un acto es erróneo, independientemente del motivo o las circunstancias, se viola una regla y se daña a otros.

Moralidad posconvencional: A partir de los trece años hasta la edad adulta, se basa en los principios morales sostenidos internamente y se puede decidir entre estándares morales conflictivos. Se divide en:

- *Moralidad de contrato de derechos individuales y de leyes aceptadas democráticamente*: se piensa en términos racionales, valorando la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad.
- *Moralidad de principios éticos universales*: se hace lo que se cree que es correcto como individuo, independientemente de las restricciones legales o las opiniones de otros.

No obstante, la investigación ha advertido la falta de una relación clara entre el razonamiento moral y la conducta moral, ya que las personas en los niveles posconvencionales de razonamiento no necesariamente desarrollan una conducta más moral que quienes se encuentran en niveles inferiores. Así mismo, Kohlberg reconoció que los factores no cognitivos como el desarrollo emocional y la experiencia en la vida afectan los juicios morales.

Las concepciones del pensamiento adolescente son diferentes, sin embargo se tomará la definición de Bartlett (1988) de pensamiento: "Es la ampliación de la información disponible a partir de la propia información, de tal forma que se completen los vacíos que existen en ella; y esto se realiza a través de una sucesión de pasos interconectados, cuya definición explícita puede efectuarse en el momento o dejarse para etapas posteriores". Esta definición permite visualizar al adolescente como un ser capaz de tomar decisiones, independientemente de que se consideren maduras o inmaduras.

El pensamiento implica una actividad global del sistema cognitivo con intervención de los mecanismos de memoria, atención, procesos de comprensión y aprendizaje; es una experiencia interna e intrasubjetiva; por lo que no olvidemos que estos mecanismos se van consolidando a través de la edad; por lo que, durante la adolescencia difícilmente se tendrá un pensamiento formal tal y como lo indica Piaget.

1.3 Adolescencia en la cultura mexicana

Cada cultura, al construir el marco de referencia y motor del individuo, parte de una serie de premisas histórico-socioculturales entendidas como las tradiciones respecto a valores, creencias, pensamientos y acciones. Son justamente estas premisas las que establecen las pautas a partir de las cuales un individuo se desempeñará adecuada y aceptablemente dentro del grupo (Díaz-Guerrero, 1982).

En el México prehispánico, hombres y mujeres realizaban sus actividades de manera separada; los niños y las niñas eran criados juntos por sus madres hasta una corta edad; después los niños eran incorporados por el padre a las labores agrícolas o al oficio al cual éste se dedicaba. Cuando cumplían entre 10 y 15 años, tenían ya la edad propicia para asistir al templo-escuela para guerreros del barrio en el caso de la gente común y a la escuela para administradores o sacerdotes en el caso de los nobles. Las niñas eran enseñadas para realizar tareas propias del hogar: tejer, hilar, preparar alimentos, realizar la limpieza, en ocasiones, aprendían algunos oficios familiares como la orfebrería o el arte plumario. En general, la sociedad azteca, a través de la familia, la escuela y la religión enseñaba a sus integrantes sus respectivos papeles de género.

La adolescencia comprende un periodo de transición de la niñez a la edad adulta durante la segunda década de la vida de un individuo, esta etapa es definitiva en el desarrollo de un individuo. En México, hasta los 10 años de edad, la gran mayoría de los niños asisten todavía a la escuela, y en los años que siguen, su futuro toma generalmente dos caminos: el trabajo o la escuela (Welti, 2000).

De acuerdo con Díaz-Guerrero (1982) tras realizar diversos estudios del mexicano, ha concluido que la psicología de éste, se origina por su cultura, tanto por los dichos como por los proverbios que sigue como regla para convivir sobre todo en su familia. También encontró que la estructura de la familia mexicana parte de la supremacía incuestionable y absoluta del padre y el necesario y absoluto propio sacrificio de la madre. Dichas proposiciones se derivan de premisas implícitas y generalizadas que poseen los mexicanos sobre la superioridad indudable, biológica y natural sobre la mujer.

Paz sugiere que la sociedad mexicana confunde el amor con una unión destinada a procrear hijos. Al matrimonio, afirma, se le considera como un valor más importante que el amor, a la prostitución se le acepta culturalmente, aunque no en forma oficial, como un medio de separar el

“amor necesario” para tener hijos, del placer sexual (Tomado de Pick de Weiss, 1979)

Por su parte, Ericsson señala que en el niño se cultiva el dominio y la fortaleza, en tanto en la mujer se cultiva la coquetería y la maternidad. En tanto que Ramírez indica que la cultura actualmente demanda en la mujer el desempeño de actividades distantes a sus labores procreativas, por lo que la mujer tiene que elegir entre ser madre o renunciar a la maternidad para adquirir satisfacciones de tipo social en distintos ámbitos (Tomado de Díaz-Guerrero, 1982).

Sin embargo, la mujer ha adquirido en la actualidad un rol más activo, respondiendo no sólo a las demandas sociales sino a sus propios intereses e inquietudes, alejándose de sus tareas primitivas, y ciertamente en la actualidad se enfrenta con el reto no de recuperar estas labores, sino más bien de conciliar los múltiples roles que tiene que jugar dentro de los distintos contextos, sobre todo cuando en la cultura mexicana independientemente de los constantes cambios, la maternidad sigue siendo altamente valorada.

Actualmente, las concepciones de hombre-mujer y sus respectivas características diferenciadoras han ido evolucionando y dando origen a una visión más compleja pues ya no son tan marcadas, por el contrario, se complementan y ya no son exclusivas del género. Tal y como lo menciona Rocha el adolescente se encuentra en periodo crítico de reconstrucción de género, tal vez lo más fácil para él sea tratar de mantener congruencia entre lo que hace y lo que piensa, mientras elabora su propia visión de la vida, de esta forma lo que hace es responder en términos de lo que el grupo en el que se encuentra inmerso exige, ya sea su familia o el grupo de amigos, en algunos casos de forma tradicional y en otros no. Además, para el adolescente actual una mujer puede ser segura, independiente, puede defenderse, tener libertad de expresión y decisión y eso le abre muchas posibilidades que no recaen en las actividades tradicionales (*ibídem*).

De acuerdo con el censo 2000, en México 21.3% de la población es adolescente. Viven 29.7 millones de adolescentes y jóvenes (20.7 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad; 9 millones de jóvenes de 20 a 24 años de edad). En cuanto a la proporción de adolescentes en el resto de la población hay poca variación de 1950 a la fecha; para este año los adolescentes representaban 22.23% de la población total; en 1980 fue de 25% y para el año 2000 21.3. Sin embargo, el incremento en números absolutos ha sido de casi 250%. Esto significa que si en 1950 había alrededor de 8 millones de

adolescentes y jóvenes, para el año 2000 se tenía cerca de 30 millones (70% adolescentes y 30% jóvenes). Este incremento de la población joven llevó a que en 1985 se proclamara por la ONU el Año Internacional de la Juventud. A partir de este momento se empezaron a impulsar con más fuerza investigaciones sobre las diversas problemáticas que atañen a estos grupos: adicciones, salud sexual y reproductiva, acceso a la educación, fuerza de trabajo, entre otros (Santos *et al.*, 2003).

1.4 La actividad sexual en el adolescente

Frecuentemente, la palabra sexualidad se reduce a una sola cosa: el acto sexual, sin embargo, es más que esto pues abarca desde el nacimiento hasta la muerte, e involucra sentimientos, emociones, actitudes y comportamientos, así como aspectos físicos, incluyendo el crecimiento corporal, los cambios asociados con la pubertad y con procesos fisiológicos tales como la menstruación, la ovulación y la eyaculación; también incluye: lo referente al impulso sexual o deseo sexual, la posibilidad de gozar y de procrear; es decir, satisface una serie de necesidades físicas y de tipo emocional (Pick *et al.*, 1995).

Verse a uno mismo como un ser sexual, reconocer la propia orientación sexual, lidiar con la excitación sexual y establecer vínculos románticos o sexuales son parte de la adquisición de la identidad sexual. La toma de conciencia de la sexualidad es un aspecto importante de la formación de la identidad que afecta de manera profunda la imagen propia y las relaciones. Aunque este proceso está regido biológicamente, su expresión está definida, en parte, por la cultura (Papalia, 2005).

Desde el final de la Segunda Guerra Mundial, han sucedido numerosos cambios socioculturales con respecto a las actitudes sexuales. El tema del sexo es más hablado abiertamente. En el mundo adulto, las relaciones sexuales prematrimoniales son más aceptadas que antes, hay mayor tolerancia ante los diferentes tipos de comportamiento sexual, la sexualidad se lee en las revistas de actualidad, se ve en televisión y se escucha por radio. A todo ello Coleman lo denomina una *nueva moral sexual*; y es indudable que esto ejerce en el mundo de los adolescentes un efecto en el desarrollo de su propia sexualidad (Tomado de Vega, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (Santos *et al.*, 2003).

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes es sumamente importante: afecta su desarrollo integral y no sólo el de sus parejas o familias o comunidades, sino del país. Así lo han reconocido las conferencias internacionales del Cairo (1994), Cairo Más Cinco (1999), la Plataforma de Acción de Beijing (1995) y Beijing Más Cinco (2000). Del mismo modo, señalan que es una responsabilidad de toda la sociedad dar cauce al derecho de los adolescentes de prevenir y tratar

los problemas que implica ejercer su sexualidad (Tomado de Perinat *et al.*, 2003).

Así mismo, la salud sexual y reproductiva del adolescente debe entenderse como el bienestar integral en relación a las dimensiones biológicas y fisiológicas de la sexualidad humana, es decir, al buen estado y funcionamiento del aparato sexual y reproductor, la prevención de infecciones sexuales, incluyendo el VIH-SIDA, y de las complicaciones o muerte por razones de embarazo, parto o post parto; la salud sexual supone el bienestar en relación al desarrollo de la sexualidad y su vivencia a lo largo de la vida. Aunque ya muchas sociedades reconocen los derechos reproductivos –no tanto los sexuales–, sigue habiendo dificultad en aceptar a los adolescentes, como sujetos de derechos humanos, que tienen derecho a la salud sexual y reproductiva (*ibídem*).

Es en la adolescencia cuando la orientación sexual de una persona suele convertirse en un asunto apremiante: si la persona se sentirá sexual, romántica y afectivamente atraída hacia personas del sexo opuesto (heterosexual), del mismo sexo (homosexual) o de ambos sexos (bisexual). Algo muy importante en este momento, desde el punto de vista del adolescente, es ampliar sus canales de comunicación, buscar experiencias propias, poner a prueba su identidad personal y encontrar alivio para las presiones externas (Pick *et al.*, 1995).

De acuerdo con Firpo (2000) en el acto sexual los seres humanos localizan el modelo de satisfacción, algo que está valorado en la cultura así como en los discursos de los analizantes, como el punto culminante, el punto máximo de goce esperado; y con frecuencia su inicio se da en los tiempos de la adolescencia.

Las mejoras en salud y nutrición han determinado un adelanto de la menarquía; al mismo tiempo que existe una tendencia a postergar la edad del matrimonio, existe una mayor ventana de potencial actividad sexual adolescente con los riesgos que implica para la salud sexual y reproductiva (Perinat *et al.*, 2003). Leishman (2004) señala que muchos de los jóvenes cuyas edades oscilan entre los 10 y 19 años son sexualmente activos y se enfrentan a un conocimiento y entendimiento limitado acerca del sexo, la salud reproductiva y sus consecuencias.

La información disponible en México sobre comportamiento, actitudes y prácticas sexuales proviene de censos, encuestas sociodemográficas y epidemiológicas, principalmente (González *et al.*, 2005).

Existen diferencias culturales en cuanto al inicio de las relaciones sexuales, ya que por ejemplo, el porcentaje de mujeres que reportan haber tenido la primera relación sexual a los 17 años es diez veces mayor en Mali (72%) que en Tailandia (7%) o las Filipinas (6%). Existen diferencias similares para los hombres. Aunque en la mayoría de las culturas la norma es la iniciación más temprana de los varones (Papalia, 2005). Como se puede observar existen marcadas diferencias entre las regiones del mundo en las estadísticas relativas a la sexualidad adolescente. En México, de acuerdo con el estudio de Ortiz y cols. (2003) la media de edad de iniciación de actividad sexual es de 16.8 años, con una desviación estándar de 1.7 años. En 1999 la encuesta realizada por la Mexfam en jóvenes de entre 13 a 19 años de edad resalta que 22.3% de los hombres y 10.3% de las mujeres ya habían tenido relaciones sexuales (González *et al.*, 2005).

Algunos estudios señalan que mientras para las mujeres el inicio de actividad sexual puede representar sentimientos de culpa, vergüenza y estigma social, para los hombres puede significar adquirir el estatus de adulto frente al grupo de iguales, la reafirmación de su masculinidad así como, una forma de afianzar su propia identidad en tanto individuación (Vargas *et al.*, 2006; Díaz, 2006).

Por otra parte, si se comparan los países desarrollados con los que están en vías de desarrollo: en los primeros se encuentra una proporción significativamente mayor de adolescentes en actividad sexual (coital) 67%. Esta actividad sexual representa una tasa del 17% de maternidad/paternidad adolescente. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo son proporcionalmente menos los adolescentes sexualmente activos, pero, es muy alta la proporción de adolescentes que tienen hijos. Así, en América Latina sólo un 28% de los adolescentes reporta actividad sexual, pero un 34% es padre o madre. En África un 38% de los adolescentes son sexualmente activos y el 55% de esta población tiene hijos (Tomado de Perinat *et al.*, 2003).

La brecha entre países desarrollados y en desarrollo puede explicarse por la menor protección sexual reproductiva que tienen los adolescentes en estos últimos. Se sabe que en América Latina un 41% de las adolescentes dice usar métodos, mientras que en África Occidental sólo un 2% los utiliza (*ibídem*).

La conducta sexual del adolescente se ha estudiado en relación a diversas variables: autoestima, manejo de información, disponibilidad de métodos anticonceptivos, escolaridad, edad de la primera relación sexual, familia, nivel socioeconómico, entre otras.

Así por ejemplo los autores Vargas, Gambará y Botella (2006) en su artículo "Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico" proponen a la autoestima como medio de protección de la sexualidad adolescente pues encontraron una asociación entre la autoestima y la edad de inicio de actividad sexual.

Por otra parte, otros autores señalan que el nivel de escolaridad de la mujer es el factor de riesgo más importante, pues han encontrado que las mujeres universitarias comparadas con las de la población en general utilizan en su mayoría métodos anticonceptivos (83%) y además están más motivadas a evitar un embarazo o un aborto (Welti, 2000; Ortiz *et al.*, 2003; Leite *et al.*, 2004).

Otros estudios han investigado la influencia que tiene la familia con respecto a ejercer la sexualidad adolescente y se ha encontrado que los adolescentes cuyos padres han hablado con ellos acerca del sexo desde una edad temprana, que les han comunicado actitudes saludables y han estado disponibles para responder las dudas, es más probable que tiendan a esperar más tiempo para iniciar la actividad sexual, así como para usar métodos anticonceptivos de manera consistente (Vargas *et al.*, 2006; Calderón y Alzamora, 2006; Papalia, 2005).

También, la ola de la liberación sexual parece estar retrocediendo, especialmente entre los hombres, cuya conducta sexual se está volviendo más parecida a la de las mujeres ya que de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) los hombres iniciaron su vida sexual en promedio a los 18.4 años y las mujeres a los 19 años de edad; como se puede observar en el Cuadro I de los 12 a los 17 años el inicio de vida sexual es muy similar, no obstante, a partir de los 18 años en los varones incrementa considerablemente.

Cuadro I

Porcentaje de adolescentes de entre 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual					
		<i>Edad (años)</i>			
	<i>N</i>	Total % Activos	% 12 a 14	% 15 a 17	% 18 a 19
Hombres	8,006,809	16.7	1.1	16.6	47
Mujeres	8,484,667	15.6	1.1	16.7	39.3

Fuente: ENSA 2000.

Han sido estudiadas diversas razones por las cuales los adolescentes deciden tener actividad sexual. Así, Pick de Weiss (1995) menciona que los adolescentes han reportado los siguientes motivos: porque se aman y confían uno en el otro, no querer sentirse solo, desear un bebé aunque no se tenga una pareja dispuesta a compartir la responsabilidad que ello requiere, el querer mostrarle a la pareja que se "da todo por él (ella)", temor a que la pareja "abandone", porque los amigos ya tienen relaciones sexuales, para probar algo nuevo -curiosidad-, porque se sabe que ya se está en edad de tener experiencia sexual, porque no se sabe cómo decir "no", porque no se tiene en el hogar todo el cariño que se necesita, para convencer a la pareja de que se case y para probar que se es muy "macho" o muy "mujer".

Por otro lado, Papalia (2005) señala que la actividad sexual en los adolescentes se debe a: la entrada temprana a la pubertad, la pobreza, el mal desempeño en la escuela, la falta de metas académicas y profesionales, una historia de abuso sexual, negligencia de los padres y patrones culturales o familiares de experiencia sexual temprana.

Desafortunadamente, muchos adolescentes reciben gran parte de su "educación sexual" de los medios, los cuales presentan una visión distorsionada de la actividad sexual, asociándola con diversión, excitación, competencia, peligro o violencia, y rara vez muestran los riesgos de las relaciones sexuales no protegidas.

Entre los riesgos de ejercer una sexualidad no protegida, se pueden citar el contagio de infecciones de transmisión sexual o un embarazo no deseado; y el mayor peligro lo corren los jóvenes que inician pronto la actividad sexual, que tienen parejas múltiples, que no usan métodos anticonceptivos, que tienen información inadecuada, o desinformación acerca del sexo y quienes provienen de comunidades con desventajas socioeconómicas (Welti, 2000; Moreno *et al.*, 2006; Mosquera y

Mateus, 2003; Ayala y García, 2001; Genolet *et al.*, 2004; González *et al.*, 2005; Menkes y Suárez, 2003).

Así por ejemplo, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y del VIH-SIDA se encuentra en el grupo de 20 a 24 años de edad, seguida de los grupos de 15 a 19 y, después aquellos entre 25 y 29 años de edad. En general, las infecciones de transmisión sexual durante la adolescencia pueden traer consecuencias a largo plazo que incluyen infertilidad, embarazo ectópico, displasia y cáncer del cuello uterino, insuficiencia cardíaca, meningoencefalitis, demencia y muerte; a este panorama se suma que las adolescentes con estos virus pueden dar a luz niños muertos o con patologías como neumonía, malformaciones congénitas y daño neurológico (Neira y Oliva, 2004).

1.5 Adolescencia y embarazo

En 1974, la OMS incorpora la *maternidad adolescente* al concepto de salud adolescente, planteándola como problema de creciente importancia. La considera como un problema desde lo económico, lo demográfico, lo psicológico, lo médico, lo ético, lo religioso y lo legal. Este organismo plantea que la maternidad y la paternidad son roles de la edad adulta y que cuando sobreviene un embarazo en una pareja adolescente, el mismo impone a los implicados una sobreadaptación a una situación nueva para la cual no están ni emocional ni socialmente preparados (Genolet *et al.*, 2004). Así mismo, se considera un problema de Salud Pública ya que en la medida en que las mujeres que inician su historia genésica antes de los 20 años, tienen al final de su periodo reproductivo un número de hijos significativamente mayor que las mujeres que tienen su primer hijo a edades mayores (Welti, 2000).

En Naciones como en México donde el 51% de la población se ubica dentro del rango de edad con potencial reproductivo, la carencia de atención a la sexualidad adolescente lo convierte en un país especialmente vulnerable a presentar los efectos nocivos de una explosión demográfica no controlada (Pick *et al.*, 1995). Así mismo, a pesar de que las tasas específicas de fecundidad en mujeres de entre 15 a 19 años de edad han disminuido en los últimos años; los nacimientos de madres adolescentes constituyen poco más del 15 por ciento del total, lo que significa casi 400,000 nacimientos anuales (Welti, 2006).

En nuestro país, en los últimos 20 años el nivel de la fertilidad medido por la tendencia de fertilidad global ha decaído casi 50 por ciento, mientras que en las mujeres de entre 15 y 19 años disminuyó solamente 39 por ciento. A nivel nacional, 37 por ciento de las mujeres en edades reproductivas mayores de 20 años han tenido su primer hijo en la adolescencia. Los porcentajes son ligeramente menores para las mujeres de las generaciones más jóvenes y según nivel de escolaridad se observan grandes diferencias en el porcentaje de mujeres que iniciaron su historia genésica en la adolescencia: más de 60 por ciento de las mujeres que no asistieron a la escuela han sido madres antes de los 20 años, mientras que en las mujeres con preparatoria esta cifra se reduce a 10 por ciento (*ibídem*).

De acuerdo con datos de la Secretaría de Educación, en México existen 9 mil 579 adolescentes, de entre 12 y 18 años, que están en riesgo de abandonar la escuela —primaria, secundaria o bachillerato— porque están embarazadas, o porque ya son madres. El diagnóstico que hizo la Secretaría para identificarlas, muestra que el Estado de México,

Veracruz, Chiapas, Jalisco y el *Distrito Federal* son las entidades en las que se concentra el mayor número de adolescentes en condiciones de "embarazos tempranos", o de las que se convirtieron en madres durante ese año escolar (2005), pues entre las cinco sumaron más de 3 mil adolescentes en tales condiciones (Recio, 2005).

Se estima que 60% de los embarazos indeseados en el mundo corresponden a las adolescentes (definidas como personas de edades entre 10-24 años); y dos millones de adolescentes obtienen servicios de aborto cada año, muchos de ellos bajo circunstancias inseguras e ilegales (Ortiz *et al.*, 2003).

Resultados de algunas investigaciones muestran que la mayoría de las abortistas son estudiantes o tienen aspiraciones de continuar sus estudios, señalando esta causa como motivo del aborto (Martín y Reyes, 2003).

En México, con una población total de un poco más de 100 millones de habitantes, el número de abortos realizados no está disponible. Sin embargo, se estima que se practican 500,000 por año, independientemente de que el aborto sea considerado ilegal excepto por un número pequeño de circunstancias extenuantes, las cuales son: 1) cuando el embarazo resulta de una inseminación artificial sin consentimiento; 2) cuando la salud de la mujer está en peligro, de acuerdo a la opinión médica; 3) cuando dos especialistas médicos reportan una anomalía congénita y 4) cuando el embarazo es el resultado de una violación (Ortiz *et al.*, 2003).

Los resultados de las investigaciones de Amar y Hernández (2005) señalan que algunas adolescentes consideran el embarazo como un rito iniciativo para la vida adulta; además, de que es más frecuente que se produzca en adolescentes deprimidas, inseguras de su atractivo físico o pertenecientes a matrimonios conflictivos o divorciados que entre adolescentes con una vida estable.

Dada la importancia de la fecundidad adolescente se han investigado que entre los factores de riesgo para contraer un embarazo durante la adolescencia se encuentran: edad a la que se inicio la actividad sexual, uso de métodos anticonceptivos y frecuencia de los encuentros sexuales (Robin *et al.*, 2004; Moreno *et al.*, 2006; Mosquera y Mateus, 2003; González *et al.*, 2005).

Entendiendo el factor de riesgo como una característica o circunstancia cuya presencia aumenta la posibilidad de que se produzca un daño o resultados no deseados (Santos *et al.*, 2003).

En el estudio realizado por Tabi (2002) los sujetos percibieron diversos factores que contribuyen al embarazo en adolescentes, entre ellos: carencia del consentimiento de los padres para adquirir anticonceptivos, provenir de una familia disfuncional, valores morales y religiosos, estrato socioeconómico bajo, falta de información y conocimiento de la salud reproductiva y sus riesgos e influencia de los amigos.

En otro estudio se visualizó que la religión, tiene relativamente poco impacto sobre el comportamiento reproductivo; pues a través de la incidencia de los embarazos, se observa que tanto las adolescentes católicas como aquéllas que se declaran con otra religión se encuentran embarazadas en prácticamente igual porcentaje que las no católicas (Welti, 2000).

Otras investigaciones han mostrado que las adolescentes embarazadas a menudo provienen de un nivel socioeconómico bajo; lo cual también puede ser producto de una carencia de recursos adecuados y sistemas de soporte disponibles que ayuden a la gente joven a lograr su educación y metas profesionales. Por otro lado, los jóvenes que tienen adecuados recursos y ambiciones profesionales no sólo tienen un bajo riesgo de embarazarse sino también más altos grados de escolaridad (Barnes, Brewster y Kirby; citados en Tabi, 2002).

Las estadísticas con población mexicana muestran que la fecundidad adolescente desciende sistemáticamente conforme el tamaño de la localidad de residencia de la madre aumenta (Welti, 2000).

La mayor parte de las encuestas sobre fecundidad adolescente se han aplicado en mujeres, no obstante, León Tabah reconoce la necesidad de incorporar a la población masculina al estudio de la fecundidad, ya que casi todos los medios de limitación de nacimientos suponen la cooperación del hombre y de la mujer, así este autor lo justifica en términos prácticos por la dificultad de entrevistar a los hombres (Tomado de Welti, 2006).

Además, se ha visto que la participación de la pareja influye sobre la actitud hacia el embarazo en las adolescentes, así lo señalan Cowley y Farley (2001) quienes encontraron que el deseo de la adolescente de embarazarse está asociado con el reporte del deseo de su pareja por un bebé.

Otro factor en la incidencia y consecuencia del embarazo adolescente es la condición de discriminación hacia las mujeres prevaleciente en la mayor parte del mundo, lo que se manifiesta en la sexualidad y la reproducción donde el hombre impone la definición en la relación de pareja, dejando muy poco espacio a la mujer para exigir un trato responsable por parte de su compañero, lo que la expone a un embarazo no planeado, entre otros problemas (Zeidentein, citado por González, 2000).

Por otro lado, Centeno y Cáceres (2005) señalan que las adolescentes que asumen la responsabilidad de que son sexualmente activas tienen menor riesgo de embarazarse puesto que toman sus precauciones, condición que aumenta a medida que aumenta la edad.

Santos (2003) menciona que existe una relación estrecha entre la tasa de fecundidad y la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos ya que por ejemplo en los Estados de: Guerrero 3.2 de tasa de fertilidad *versus* 52% uso de anticonceptivos; Baja California, 2.1 de fertilidad *versus* 77% de uso de anticonceptivos.

Ser madre adolescente está asociado con un amplio rango de consecuencias adversas y restricción de oportunidades tanto para la madre como para el hijo (Cowley y Farley, 2001); así mismo, asigna una carga de responsabilidades mayor y refuerza su carácter dependiente, en la medida en que el ejercicio de la maternidad le impide cumplir con otros roles individuales (Welti, 2000).

Dentro de las consecuencias para la madre adolescente podemos citar:

- Las complicaciones del embarazo pues, éstas representan la principal causa de muerte de mujeres de 15 a 19 años (The World Youth, 2000; citado por Perinat *et al.*, 2003). Ya que entre las madres adolescentes, de cada 100 de sus primeros nacimientos seis fallecen durante el primer año de vida, comparado con 3.3 por ciento para las mujeres que son madres por primera vez a una edad mayor. Esta situación ha sido observada en los datos obtenidos de la Encuesta Mundial de Fecundidad para los años setenta y se confirma en México con la información reciente (Welti, 2000).
- Es más probable que las madres adolescentes abandonen la escuela y vuelvan a embarazarse, aunque la relación entre abandono escolar y embarazo sea muy alta, no puede afirmarse que la causa de la deserción sea exclusivamente el embarazo.

Asimismo, hay una significativa asociación entre nivel educativo y embarazo temprano; por lo que respecta al abandono escolar, se hace más patente en adolescentes de estratos medios, ya que las de más bajos recursos, con o sin embarazo, suelen desertar antes y por otras razones (Papalia, 2005; Perinat *et al.*, 2003).

- Se ha visto también que mujeres que tuvieron un embarazo adolescente son mayormente víctimas de la pobreza, ya que ven cercenadas sus posibilidades de concluir estudios escolares y la subsiguiente capacitación educativa superior y laboral que potencia mayores ingresos (Perinat *et al.*, 2003; Pick *et al.*, 1995).
- La estabilidad de la pareja es más frágil, por lo que se incrementa el número de madres solteras y abandonadas, hogares liderados por mujeres que malviven en la indigencia (Perinat *et al.*, 2003).

Por otro lado, las consecuencias de los hijos de padres adolescentes de acuerdo a Papalia (2005) pueden ser:

- Que los bebés sean prematuros o muy pequeños, por lo tanto, corren un mayor riesgo de muerte neonatal, problemas de salud y trastornos del desarrollo que pueden continuar en la adultez.
- A su vez, incrementa la probabilidad de que éstos hijos deserten de la escuela, se depriman, se metan en problemas legales y se convierten también en padres adolescentes.

Finalmente, Menkes y Suárez (2003) señalan que el embarazo en la adolescencia se encuentra estrechamente relacionado con la unión conyugal y marital. Al parecer en nuestro país, si bien se ha incrementado el número de madres solteras, de todas formas el embarazo adolescente sigue estrechamente relacionado con un proyecto de vida de unión familiar. Lo que confirma algunos hallazgos sobre el tema que proponen que el embarazo adolescente, más que un accidente, responde a un contexto social y cultural, que se relaciona con la valoración de ser madre y esposa sin reales perspectivas escolares, ni con perspectivas concretas de desarrollo personal.

Capítulo II

II. Métodos Anticonceptivos

2.1 Definición

Los métodos anticonceptivos son el conjunto de medios que permiten a la pareja tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo, encontrando de nuevo una fecundidad normal en el momento que la desee; se trata de impedir provisionalmente el encuentro entre el óvulo, o célula reproductora femenina que se desprende del ovario cada mes, y los espermatozoides, los cuales, liberados en cada relación en la vagina, suben hacia el óvulo (Kahn-Nathan, 1975).

El uso de métodos anticonceptivos para evitar el embarazo no es tema de preocupación reciente pues ya desde los tiempos del antiguo Egipto, las mujeres se colocaban estiércol seco de cocodrilo cerca del cuello uterino (o cerviz); mientras que en la Grecia del siglo VI, se recomendaba para este fin comerse el útero, un testículo o raspaduras de pezuña de una mula. En tiempos más recientes, el italiano Giovanni Casanova, era conocido por los condones de membranas de animales que se ataban con una cinta a la base del pene. En el siglo XVII en la Europa occidental, para la anticoncepción se utilizaban los condones, el coitus interruptus (o retiro del pene de la vagina antes de la eyaculación) y las esponjas vaginales remojadas en un gran variedad de soluciones (Crooks y Baur, 2000).

Los cambios que se han dado durante las últimas décadas han sido muchos y fundamentales en la historia de los métodos anticonceptivos; en la época actual el criterio para administrar un anticonceptivo a un adolescente es diferente al empleado para administrarlo a un adulto. En la vida sexual de los jóvenes se deben de tomar en cuenta ciertos factores como: la frecuencia de la actividad sexual, el desarrollo físico y mental, el tipo de pareja (si es estable o no), así como la actitud y la motivación para la utilización de métodos anticonceptivos (Pick de Weiss, citado por Cortés, 1999).

Actualmente, existen diferentes políticas de planificación familiar en todos los países del mundo, siendo algunas de tipo paternalista y otras restrictivas donde se prohíbe el uso de métodos anticonceptivos.

2.2 Clasificación

Existen distintas clasificaciones de métodos anticonceptivos, las más utilizadas son las siguientes:

Ancestrales: coito interrumpido, lavados vaginales, lactancia demorada y abstinencia.

Tradicionales: preservativo masculino, diafragma, dispositivo intrauterino, película anticonceptiva, productos espermaticidas (jaleas, espumas, óvulos) y ritmo.

Modernos: método ciclotest (temperatura basal), píldora femenina y masculina.

Perennes: esterilización femenina y masculina.

Futuristas: píldora mensual, píldora del día siguiente, norplant, preservativo femeninol.

Los que se clasifican como:

Mecánicos: preservativos, diafragma, dispositivo intrauterino.

Químicos: espumas, sales, píldoras, óvulos, cremas, inyecciones y gel.

Quirúrgicos: vasectomía y salpingoclasia.

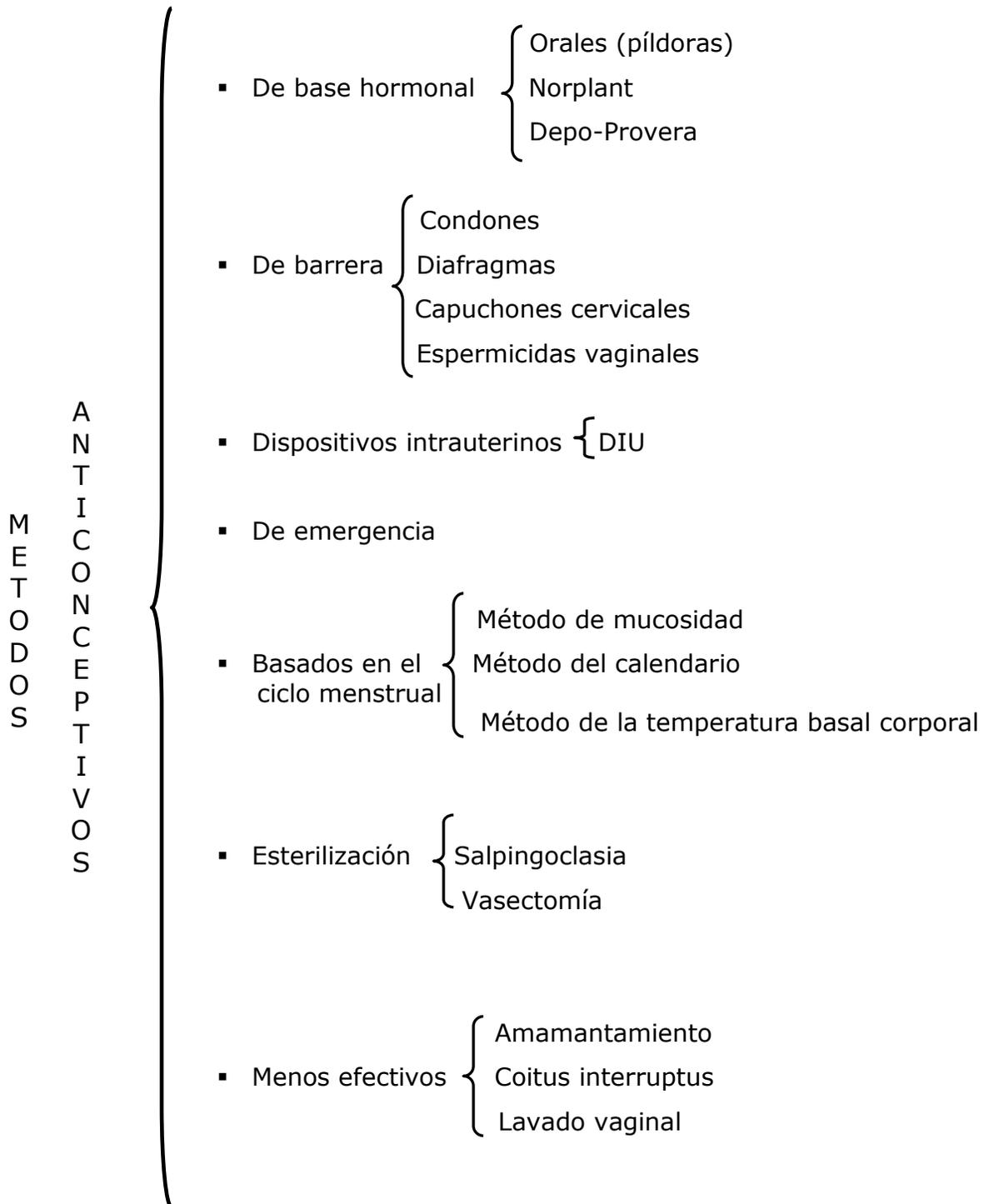
Físicos: ritmo, coito interrumpido y abstinencia.

La iglesia ha hecho una división en términos de métodos naturales y artificiales:

Naturales: ritmo, coito interrumpido y abstinencia.

Artificiales: todos los demás: preservativos, diafragma, dispositivo intrauterino, espumas, píldoras, jaleas, óvulos e inyecciones (*ibídem*).

Crooks y Baur (2000) realizan la siguiente clasificación de los métodos anticonceptivos:



Cabe destacar que cada uno de los métodos anticonceptivos que hay en la actualidad tiene sus ventajas e inconvenientes en lo que respecta a la eficacia, seguridad, costo y conveniencia, como se verá a continuación.

De base hormonal

Son los que ocasionan cambios en el cuerpo femenino que inhiben la concepción y la implantación, como por ejemplo, las *píldoras*.

Hay 3 principales categorías de píldoras:

- *Combinada de dosis constante*: como su nombre lo indica posee una dosis constante diaria de estrógeno y progestina.
- *Multifásica*: varía la dosis de estrógeno y progestina durante el ciclo.
- *Progestina*: contiene una pequeña dosis de progestina y ningún estrógeno.

El *estrógeno* de estas píldoras ejerce su influencia en el hipotálamo que inhibe la liberación de la hormona luteinizante (HL) y la hormona folículo estimulante (HFE) de la pituitaria, que de otro modo iniciarían la cadena de sucesos que culmina en la ovulación. Mientras que la *progestina* modifica la mucosidad cervical, dándole una consistencia pesada y pegajosa que bloquea eficazmente al espermatozoide.

Ventajas:

- ✓ Pueden tomarse en un momento distinto de la actividad sexual.
- ✓ Son reversibles, de manera que la mujer dependiendo de sus necesidades puede dejarlas de consumir con facilidad.
- ✓ Probablemente disminuyan: los síntomas de tensión premenstrual, la incidencia de la enfermedad benigna de la mama, el acné, así como el riesgo de cáncer del endometrio y ovárico.
- ✓ Puede presentarse agrandamiento de los senos.

Desventajas:

- ⤴ No protegen contra Infecciones de Transmisión Sexual.
- ⤴ Pueden relacionarse con cambios emocionales, como la depresión.
- ⤴ Podría presentarse disminución en la motivación sexual o en la lubricación vaginal durante la excitación.
- ⤴ Con la píldora de progestina se presenta con mayor frecuencia un flujo menstrual irregular y sorpresivo.
- ⤴ Algunos medicamentos pueden reducir su eficacia.

Dentro de los métodos de base hormonal también se encuentra el *Norplant*, el cual consta de seis capsulas delgadas y flexibles implantadas bajo la piel que liberan progestina sintética de manera gradual al torrente sanguíneo por un periodo de cinco años aproximadamente.

Ventajas:

- ✓ No compromete la fertilidad, ya que la capacidad de quedar en cinta vuelve a las 24 hrs. después de haber retirado el medicamento.
- ✓ Libera una quinta parte de las hormonas que libera la píldora.

Desventajas:

- ▲ Provoca irregularidad menstrual, misma que disminuye al cabo de un año después de haberse implantado.
- ▲ Su extracción ha resultado difícil y dolorosa, o ha dejado cicatrices y lesiones nerviosas permanentes.

También, el *Depo-Provera* es un anticonceptivo inyectable de base hormonal, cuya sustancia activa es el acetato de medroxiprogesterona, una progestina, que inhibe la secreción de gonadotropinas e impide la maduración del folículo y la ovulación; esto hace que el recubrimiento endometrial del útero se diluya, evitando la implantación de un óvulo fecundado.

Ventajas:

- ✓ Puede tener un efecto protector contra el cáncer del endometrio u ovárico.

Desventajas:

- ▲ Irregularidades menstruales.

De barrera

En general, los métodos de barrera ayudan a reducir el riesgo de modificaciones celulares cervicales que pueden conducir al cáncer, entre ellos se encuentran:

El *condón masculino*, también llamado profiláctico y preservativo, es en la actualidad el anticonceptivo temporal de que dispone el hombre. Desde la antigüedad se encontraban presentes, ya que en Japón de principios del siglo XVI se utilizaba una funda para el pene; en 1564 Fallopius un anatomista italiano, describía un preservativo hecho de lino.

La producción en masa de los condones modernos comenzó después del desarrollo del caucho vulcanizado en la década de los cuarenta.

Condón femenino. Consta de dos anillos flexibles de poliuretano y un envoltorio de poliuretano suave y holgado. Se aplica en el interior de la vagina; cubre parte de la vulva.

Ventajas:

- ✓ Tienen una vida promedio de 5 años.
- ✓ Disminuyen la probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual, no obstante, no eliminan del todo el riesgo.

Desventajas:

- ▲ Reducción de la sensibilidad del pene o vagina.

Diafragma. Está hecho de una pieza de látex suave sobre un muelle y se emplea con crema o jalea. Este cubre el cuello uterino, lo que proporciona una barrera mecánica que impide que el espermatozoide penetre en el cuello uterino y el útero. Posteriormente al coito, el diafragma debe permanecer en la vagina por lo menos seis horas para asegurarse de que el espermicida mate todos los espermias de los pliegues de la vagina.

Capuchones cervicales. De igual manera, el ingenio del hombre se ha hecho presente, pues anteriormente, las mujeres derretían cera de abeja y le daban forma de disco para así cubrir el cuello uterino y protegerlo del espermatozoide. En la Europa del siglo XVIII, Casanova promovió la idea de utilizar la mitad de un limón exprimido para cubrir el cuello uterino. Actualmente, son cubiertas de plástico o de hule.

Ventajas:

- ✓ Ausencia de efectos colaterales.

Desventajas:

- ▲ No es conveniente para las mujeres que tienen deformaciones del cérvix o cuello uterino.
- ▲ Durante el coito puede desacomodarse, lo que reduce su eficacia anticonceptiva.

Espermicidas vaginales. Hay varios tipos: la espuma, los óvulos, las cremas, las jaleas y las películas anticonceptivas. Como su nombre lo indica contienen espermicida que es una sustancia química que mata al espermatozoide.

Ventajas:

- ✓ No tienen efectos colaterales.
- ✓ Pueden dar cierta protección contra las infecciones vaginales y de transmisión sexual, las ETS y la enfermedad inflamatoria de la pelvis.

Desventajas:

- ▲ Pueden aumentar la incidencia de infecciones micóticas y de las vías urinarias.

Dispositivos intrauterinos. Llamados comúnmente DIU, son pequeños objetos de plástico que se insertan en el útero a través del cuello del cérvix o uterino.

Ventajas:

- ✓ Permiten una interacción sexual ininterrumpida.

Desventajas:

- ▲ Aumentan las posibilidades de que la mujer sufra de la enfermedad inflamatoria de la pelvis.

De emergencia

Son aquellos que evitan el embarazo luego de una relación sexual sin protección, actúan al producir una mucosidad cervical impenetrable, lo que inhibe la ovulación, altera el tiempo de transporte por las trompas e influye en el recubrimiento uterino de manera que el embrión en desarrollo no puede implantarse en él. Los que se utilizan más comúnmente son las píldoras o la introducción de una T de cobre.

Desventajas:

- ▲ Efectos colaterales como las náuseas o el vómito.

Basados en el ciclo menstrual

También llamados de planificación familiar natural o de conocimiento de la fertilidad. Se basan en el hecho de que el cuerpo fértil de una mujer revela cíclicamente signos sutiles y manifiestos de una fertilidad que pueden utilizarse tanto para ayudar a evitar como para planear la concepción. Dentro de los cuales se encuentran:

Método de la mucosidad. Llamado también método de la ovulación, se basa en los cambios cíclicos de la mucosidad cervical, los cuales revelan periodos de fertilidad en el ciclo de la mujer.

Método del calendario. También llamado método del ritmo, la mujer calcula el tiempo, con base en el calendario, en que está ovulando y es fértil durante el ciclo.

Método de la temperatura basal del cuerpo. Basado en los cambios de temperatura corporal antes y después de la ovulación.

Ventajas:

- ✓ No tienen efectos colaterales.

Desventajas:

- ▲ Restringen la espontaneidad del coito y la eyaculación durante la época de fertilidad.
- ▲ Se deben llevar registros precisos de varios ciclos antes de empezar a depender de ellos como anticonceptivos.
- ▲ El ritmo de la ovulación y menstruación puede variar debido a factores como la enfermedad, el cansancio o las emociones extremas.

Esterilización

Es el método más eficaz de control natal después de la abstinencia del coito. Puede ser femenina (salpingoclasia) o masculina (vasectomía).

Salpingoclasia. Comprende una pequeña incisión abdominal; cada trompa de Falopio se jala suavemente por esta incisión, luego se corta y se liga, o se aplican grapas o sujetadores con el fin de bloquear el paso del espermatozoide y los óvulos.

Ventajas:

- ✓ No tiene efecto perjudicial en la satisfacción sexual de la mujer.

Vasectomía. Es un procedimiento quirúrgico que implica cortar y cerrar cada conducto deferente (*vas deferens*, conducto que porta el espermatozoide), evitando así que el espermatozoide que se produce en los testículos se combine con el semen generado por los órganos reproductores internos.

Ventajas:

- ✓ A diferencia de la castración, la vasectomía no modifica la producción testicular de hormonas sexuales masculinas o la absorción de las hormonas por parte del torrente sanguíneo.

Métodos menos efectivos

Amamantamiento. Amamantar a un bebé demora el restablecimiento de la fertilidad en la mujer luego del alumbramiento; sin embargo, no es un método anticonceptivo confiable pues no hay manera de saber cuándo se reanudará la ovulación.

Coitos interruptus. El hombre retira su pene de la vagina justo antes de eyacular.

Desventajas:

- ▲ Reduce el placer sexual.
- ▲ Las secreciones preeyaculatorias pueden contener semen.

Lavado vaginal. El movimiento del agua del lavado uterino en realidad puede contribuir a que el espermatozoide llegue a la apertura del cuello uterino.

Desventajas:

- ▲ Irrita los tejidos vaginales.

Finalmente, cabe señalar, que la mujer tiene tres veces más probabilidades que el hombre de contraer una infección de transmisión sexual en una sesión de coito, y estas bacterias lesionan mucho más los conductos reproductores de la mujer que los del varón y pueden minar su capacidad reproductora.

2.3 Métodos anticonceptivos y: familia, medios de comunicación e iglesia

La educación, religión, política y medios de comunicación masiva influyen de manera importante en la percepción del mundo que un individuo tiene y, por lo tanto, en su proceso de toma de decisiones y conducta (Pick de Weiss, 1979).

Entre los diferentes factores que ayudan a explicar la relevancia adquirida en el estudio de la práctica de la anticoncepción en México, se encuentran los relacionados directamente con los cambios en los lineamientos de la política de población. Hasta principios de la década de los setenta había prevalecido en México "una impresión general de vacío demográfico", reconocida tanto en la primera Ley General de Población de 1936 como en la de 1947. A través de estas leyes de corte pronatalistas se promovió el estímulo de matrimonios y el aumento de la natalidad, prohibiendo toda propaganda y venta de anticonceptivos, además de excluirlos de los medicamentos autorizados en las instituciones gubernamentales de salud (Zavala de Cosío, citado por Cortés, 1999).

Familia

La llegada a la adolescencia supone una importante serie de cambios biológicos, cognitivos y afectivos que trastocan el sistema familiar (Perinat *et al.*, 2003). El despertar sexual de los hijos pone en evidencia la sexualidad de los padres y esto puede producir enfrentamientos intrafamiliares (Pick *et al.*, 1995).

En esta etapa el adolescente tiene que confrontar su código familiar, y dependiendo de cómo haya sido este aprendizaje así será su manera de integrarse y relacionarse con el entorno (Cabezzotti, citado por Amar y Hernández, 2005). Es en este periodo cuando el equilibrio afectivo previamente adquirido se ve subvertido por el advenimiento de nuevas posibilidades, en particular, en lo que se refiere a su sexualidad.

En algunos estudios se ha encontrado que la interacción con la familia influye en: la actividad sexual, el embarazo, la paternidad y el aborto adolescente (Calderón y Alzamora, 2006; Rodrigo *et al.*, 2000; Ayala y García, 2001). A continuación se citarán algunas investigaciones al respecto.

En el estudio realizado por Parra y Oliva (2002) se menciona que en lo que respecta a comunicación sobre sexualidad, existe un hecho paradójico: progenitores e hijos hablan con muy escasa frecuencia sobre sexo, a pesar de que a los adolescentes les gustaría tener una mayor comunicación con sus padres y madres sobre este tema; y a pesar de que padres y madres desearían ser fuente activa de información sexual para sus hijos e hijas.

La investigación de Jaccard y Dittus (2000) señala que los padres de los adolescentes aprueban el uso de métodos anticonceptivos en su mayor parte cuando creen que sus hijos están más próximos a tener una relación sexual; por ejemplo, si el adolescente es físicamente maduro o tiene una relación de pareja. Además, que altos niveles de discusión con los padres acerca de los métodos anticonceptivos están asociados con una alta probabilidad de relaciones sexuales.

Dentro de los principales resultados a los que ha llegado Pick (1995) en lo que se refiere a las actitudes de padres de familia de adolescentes, destaca lo siguiente: los padres tienen una actitud más favorable que las madres hacia la actividad sexual y el uso de métodos anticonceptivos de sus hijos e hijas, así como una actitud más desfavorable hacia la educación sexual que las madres. También encontró diferencias entre la actitud que dicen ellos tener hacia la sexualidad y la que perciben en ellos sus hijos.

Medios de comunicación

Los medios audiovisuales, la computación e Internet han pasado a ser no sólo poderosos vehículos de información, sino también instrumentos privilegiados para el conocimiento y la formación.

Sobre los medios de comunicación masiva, es reconocida su considerable influencia, que afecta un aspecto central de la cotidianidad e intimidad humana ya que tienen un papel dominante en el desarrollo de la sexualidad. En este sentido, dentro de estos múltiples medios, la televisión es uno de los principales elementos socializadores para niños y adolescentes; ya que ellos se exponen en promedio 4 horas diarias a los contenidos televisivos que compiten con, o reemplazan a instituciones como la escuela y la familia.

Así mismo, estos medios de comunicación masiva que tienen en el público juvenil su principal audiencia se dirigen hacia estos con propuestas que resaltan el individualismo, la búsqueda del placer

inmediato y de las emociones fuertes, la autosuficiencia en la toma de decisiones y la exacerbación de la actividad física desenfrenada (Neira y Oliva, 2004).

La versión generalizada que los medios ofrecen sobre la sexualidad, sobre todo los programas de entretenimiento de la televisión, exaltan sólo el erotismo y la seducción, entre tanto, los jóvenes que han comenzado a tener una vida sexual activa desconocen los métodos anticonceptivos más apropiados, su utilización y el margen de efectividad. La difusión de mensajes no aborda la prevención ni promueve hábitos saludables, ni valores intrínsecos en relación con el sexo responsable, únicamente hace énfasis en el disfrute del momento (*ibídem*).

Religión

Belo y Silva (2004) señalan que la *religión*, la edad y el estatus socioeconómico son variables que están directamente relacionadas con el conocimiento de métodos anticonceptivos y además que la experiencia propia de quedar embarazada conlleva a la concientización de utilizar dichos métodos.

Las objeciones a la anticoncepción a menudo provienen del mandato religioso, y algunos individuos y ciertas parejas no utilizan métodos anticonceptivos por creencias religiosas o antecedentes etnoculturales. La doctrina oficial de la Iglesia Católica (así como las de otras religiones, como la fe musulmana fundamentalista) sostiene que los medios anticonceptivos distintos de la abstinencia y los métodos basados en el ciclo menstrual son inmorales (Crooks y Baur, 2000).

En 1995, el "Evangelium Vitae" (Evangelio de la Vida) del Papa Juan Pablo II confirmó que la anticoncepción y la esterilización eran inaceptables para la moral. Sin embargo, muchas religiones contemporáneas aprueban e incluso están a favor de la aplicación del control de la natalidad. No obstante, hay una amplia diversidad de puntos de vista aun entre los líderes de la Iglesia Católica.

Algunas investigaciones señalan que la diferencia entre la utilización de anticonceptivos por parte de católicos y no católicos es mínima; dado que 88.7% de las protestantes y 83.3% de las católicas empleaban métodos anticonceptivos (Bachrach, citado por Crooks y Baur, 2000; Ayala y García, 2001).

2.4 Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes

Existen obstáculos psicológicos y socioculturales que dificultan el uso de métodos anticonceptivos entre ellos: creencias, temores, vergüenza, identidades de género tradicionales, relaciones de poder y violencia (Perinat *et al.*, 2003).

Aunque en la actualidad hay una gran cantidad de métodos anticonceptivos, lo cierto es que, su disponibilidad es muy reciente. Además, el uso de métodos anticonceptivos ha ido en aumento en los últimos años por diversas razones: tener hijos deseados y planeados, consolidar la relación de pareja, obtener una estabilidad económica, tener mayor educación escolar, la preocupación demográfica, por mencionar algunas.

La evolución de la fecundidad refleja la incorporación de las mujeres a la práctica anticonceptiva para limitar o espaciar el nacimiento de sus hijos, como resultado de la disponibilidad de los anticonceptivos con alto grado de eficacia que la ciencia y el desarrollo tecnológico hicieron posible y que la estructura institucional acercó a las mujeres de todos los grupos sociales, pero también han contribuido a una creciente indiferencia por parte de los hombres. En el caso de México, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salud, a través de los programas nacionales de planificación familiar, como elemento central de la política de población, permitieron el acceso a la anticoncepción moderna (Wolti, 2000).

En México, en 1947 se promulgó la Ley general de población, que abogaba por un crecimiento demográfico acelerado y contenía varias medidas para fomentar el crecimiento de la población. A principios de la década de los setenta todavía no estaba permitido anunciar los anticonceptivos, ni tampoco se podían adquirir sin receta médica. No obstante, a principios de 1972 el presidente Luis Echeverría declaró que la planificación familiar era un derecho que debería ser asequible a todos los que lo solicitaran; esto provocó cambios en actitudes y conductas a diferentes niveles, y se inició una campaña denominada "paternidad responsable"; en febrero de 1974 se promulgó la Ley general de población (Pick de Weiss, 1979).

El uso de métodos anticonceptivos impacta a nivel pareja y socialmente, ya que por ejemplo, en el período entre 1955 y 1970, se acelera la tasa de divorcios, declina la tasa de fecundidad y la duración del matrimonio simultáneamente, lo que coincide con la aparición de los anticonceptivos hormonales, el redescubrimiento de los dispositivos intrauterinos y la

declinación de la edad al primer matrimonio se detuvo (Lesthaeghe, citado por González, 2000).

La decisión de utilizar métodos anticonceptivos durante la adolescencia es un tema que se ha investigado en relación a diversas variables, a continuación se citarán algunos estudios al respecto.

En el análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México realizado por Welti (2000) señala que, en el país una de cada dos mujeres en edades reproductivas usa métodos anticonceptivos (51%). En el caso de las mujeres en unión conyugal el porcentaje de usuarias llega a 76% y entre las adolescentes no unidas, el uso de anticonceptivos es insignificante, lo que refiere que no usar anticonceptivos está relacionado con la práctica de relaciones sexuales no frecuentes, según ellas mismas lo declaran, ya que entre las razones que estas mujeres mencionan, para no usar anticonceptivos se encuentra "no los necesitan porque no tienen relaciones sexuales".

Otro estudio demostró que la utilización de métodos anticonceptivos es más constante si esta información se recibe antes de la primera relación sexual, es decir, en la preadolescencia, además de que no promueve el inicio más temprano de las relaciones sexuales (Santos *et al.*, 2003).

Por otro lado, la Encuesta Mexicana de Fecundidad mostró que en el caso del uso de anticonceptivos es la disponibilidad de éstos métodos lo que explica las diferencias de uso a nivel de la localidad, más que el conocimiento o las características socioeconómicas de la población (Tsui; citado por Welti, 2006).

En relación con el conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes, se observa que las mujeres de 15 a 19 años de edad tienen, en general, menor conocimiento sobre métodos anticonceptivos que los hombres. En 1976, 79.8% de las mujeres conocía algún método anticonceptivo; para 1992, 90.9%, lo que ascendió a 93.4% en 1997. 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 anticonceptivos. 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 anticonceptivos (Tomado de González-Garza *et al.*, 2005).

Aún cuando las distintas encuestas obtienen resultados distintos se observa que es consistente el dato de que los hombres conocen más de métodos anticonceptivos que las mujeres, además, de que ha ido en incremento el conocimiento sobre los mismos a través del tiempo.

Además, cabe subrayar que, tratándose de métodos anticonceptivos, no es lo mismo tener conocimiento de que existen y de su uso, que utilizarlos de manera consistente entre parejas cada vez que se tienen relaciones sexuales. Se ha encontrado que los adolescentes conocen métodos anticonceptivos pero no se protegen; entre otras razones, las relaciones de poder se filtran en los afectos, de modo que las adolescentes son incapaces de tomar determinaciones en lo que se refiere al sexo, no negocian la protección, sino que, aunque no lo deseen, ceden a requerimientos de la pareja, a la prueba de amor (dar sexo para tener amor), por presiones y temor al abandono o la infidelidad, atribuyendo el deseo y el placer del hombre y delegándole el cuidado o el asumir las consecuencias de un embarazo no deseado (Perinat *et al.*, 2003).

Al respecto, Szasz, I. (citada por Menkes y Suárez, 2003) encontró que en México, en contextos tradicionales, el erotismo y la sexualidad se consideran propios del hombre, mientras que la identidad de las mujeres se define en torno al afecto, al matrimonio y a la familia. Por lo tanto, al parecer, la moral sexual y la desigualdad de género limitan a las jovencitas en el uso de un método anticonceptivo o impiden la negociación con el compañero del uso de un preservativo.

Por otra parte, del análisis de las encuestas aplicadas a nivel nacional por Menkes y Suárez (2003) se encontró que de todos los adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron una relación, únicamente el 20% de las mujeres y alrededor de la mitad de los hombres hizo algo para no embarazarse en su primera relación sexual.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000, señala 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%) (González, *et al.*, 2005).

Aún cuando el condón es el anticonceptivo más utilizado, el estudio de Arias y Aramburu (citado por Perinat *et al.*, 2003) señala que el condón se asocia con menos placer e incomodidad; que buena parte no lo asocia con pareja estable o matrimonio, y que se asocia más con prevención de

infecciones de transmisión sexual y uso con trabajadoras sexuales o con personas en quienes no se confía o no se conoce.

En relación al uso de anticoncepción de emergencia y aborto médico entre las mujeres de clase media y hombres en edad reproductiva realizados en la Ciudad de México con población universitaria encontraron que a mayor educación mayor conocimiento de anticonceptivos así como su uso; además de que estos métodos no involucran intervención quirúrgica, proveen mayor privacidad, son menos dolorosos, tienen el menor riesgo de perforación uterina y de infertilidad (Ortiz *et al.*, 2003).

2.5 Estimación de consecuencias positivas y negativas

Como se ha mencionado anteriormente, la decisión de utilizar métodos anticonceptivos se ha investigado en relación a diversas variables: la disponibilidad de dichos métodos, la escolaridad de quienes los utilizan, la religión, el deseo de la pareja por un hijo y los padres.

El presente trabajo desea evaluar la participación de la estimación de consecuencias positivas y negativas en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, ya que ésta variable también se ha estudiado en relación a otras conductas que comprometen la salud, como por el ejemplo el alcoholismo, la sexualidad no protegida, el tabaquismo; generalmente la iniciación a estas conductas de riesgo se da en la época de la adolescencia.

Para dar sentido a la estimación de probabilidades de consecuencias es importante entender el concepto de *riesgo*, las definiciones más comunes se refieren a la posibilidad de que se presente un hecho adverso, a la causa de un evento o a la magnitud de una consecuencia o de una situación peligrosa (Zuñiga, 2006).

La estimación de las consecuencias positivas y negativas se basa en los supuestos de la teoría económica tradicional. Dentro de esta perspectiva se considera que los individuos que se enfrentan ante la necesidad de tomar una decisión disponen de toda la información necesaria para elegir; y después de realizar un análisis entre los costos y los beneficios, de sopesar e integrar las consecuencias positivas y negativas de sus actos escogen aquella alternativa que les proporcione el mejor resultado (*ibídem*).

La estimación de la probabilidad de algún evento se realiza considerando una serie de factores, tales como: la disponibilidad de la información, la facilidad con que se puedan recordar situaciones parecidas y los procesos tanto cognitivos como motivacionales del individuo.

Una interpretación dada por Jacobs-Quadrel y cols. (1993), del porqué los adolescentes eligen llevar a cabo una conducta de riesgo es que entienden los riesgos, no obstante, deciden ignorarlos quizás por considerarlos aceptables y así centran su atención en los beneficios. Al respecto, Mahler y Blos (citados por Caricote, 2006), señalan que durante la adolescencia los jóvenes tienden a sentirse invulnerables y a creer y a percibir que nada desagradable les ocurrirá.

Así, los resultados obtenidos en las investigaciones bajo el enfoque de la economía tradicional son contrarios a los obtenidos por los estudios que se basan en la teoría de decisiones conductual. En los primeros se ha encontrado que los jóvenes sobrestiman la estimación de las consecuencias adversas a la salud, mientras que en los segundos los adolescentes subestiman dichas consecuencias.

También se ha encontrado que las mujeres, generalmente, evalúan los riesgos más alto que los hombres y están menos dispuestas a aceptarlos. De igual manera, también se ha registrado que los adolescentes pueden juzgar las consecuencias de un comportamiento diferentemente cuando piensan en ellas en una perspectiva a corto plazo o a largo plazo; ya que son proporcionalmente más negativas cuando son vistas en un periodo más largo (Beyth-Marom *et al.*, 1993).

Capítulo III

III. Proceso Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

La fecundidad adolescente es considerada un problema de Salud Pública pues impacta a nivel agregado el crecimiento de la población en la medida en que las mujeres que inician su historia genésica antes de los 20 años, tienen al final de su periodo reproductivo un número de hijos significativamente mayor que las mujeres que tienen su primer hijo a edades mayores (Welti, 2000). Además, de que tiene implicaciones en lo económico, lo demográfico, lo psicológico, lo médico, lo ético, lo religioso y lo legal.

Así mismo, a pesar de que las tasas específicas de fecundidad en mujeres de entre 15 a 19 años de edad han disminuido en los últimos años; los nacimientos de madres adolescentes constituyen poco más del 15 por ciento del total, lo que significa casi 400,000 nacimientos anuales (Welti, 2006).

De acuerdo con datos de la Secretaría de Educación, en México existen 9 mil 579 adolescentes, de entre 12 y 18 años, que están en riesgo de abandonar la escuela —primaria, secundaria o bachillerato— porque están embarazadas, o porque ya son madres. El diagnóstico que hizo la secretaría para identificarlas, muestra que el Estado de México, Veracruz, Chiapas, Jalisco y el *Distrito Federal* son las entidades en las que se concentra el mayor número de adolescentes en condiciones de “embarazos tempranos”, o de las que se convirtieron en madres durante ese año escolar (2005), pues entre las cinco sumaron más de 3 mil adolescentes en tales condiciones (Recio, 2005).

Entre los diferentes factores que ayudan a explicar la relevancia adquirida en el estudio de la práctica de la anticoncepción en México, se encuentran los relacionados directamente a los cambios en los lineamientos de la política de población. Hasta principios de la década de los setenta había prevalecido en México “una impresión general de vacío demográfico”, reconocida tanto en la primera Ley General de Población de 1936 como en la de 1947. En 1977, siguiendo los lineamientos establecidos en la ley de población e integrada la política demográfica a la planificación del desarrollo, se presenta el Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1982, que tiene como finalidad regular la organización de prestación de servicios de salud en materia de planificación familiar (Tomado de Cortés, 1999).

En relación con el conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes, se observa que las mujeres de 15 a 19 años de edad tienen, en general, menor conocimiento sobre métodos anticonceptivos que los hombres. En 1976, 79.8% de las mujeres conocía algún método anticonceptivo; para 1992, 90.9%, lo que ascendió a 93.4% en 1997. 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 anticonceptivos. 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 anticonceptivos (Tomado de González-Garza *et al.*, 2005).

Así, la elección de un adolescente de utilizar métodos anticonceptivos –o no utilizarlos- para evitar un embarazo, se encuentra sujeta a diversas variables: la religión, la edad de su primera relación sexual, el conocimiento de los anticonceptivos, los padres y la pareja. Aunado a estas variables se pretende identificar la participación de la *estimación de la probabilidad de experimentar consecuencias positivas y negativas*.

Y así mismo permita orientar la forma en que los adolescentes toman decisiones ante la utilización de métodos anticonceptivos para evitar el embarazo.

3.2 Objetivos

Objetivo General:

Identificar y describir las variables que influyen sobre los y las adolescentes al decidir usar métodos anticonceptivos para evitar el embarazo.

Objetivos Específicos:

- Identificar los conocimientos que tienen los y las adolescentes de nivel medio superior sobre métodos anticonceptivos.
- Explorar la manera en que los y las adolescentes estiman la probabilidad de experimentar consecuencias positivas y negativas al utilizar métodos anticonceptivos para evitar el embarazo.

3.3 Hipótesis

Hipótesis alternas:

H₁. Alguna de las variables podrán discriminar significativamente entre adolescentes que decidan utilizar métodos anticonceptivos y aquellos que no los utilicen.

H₂. La estimación de la probabilidad de experimentar consecuencias positivas y negativas será la variable que discriminará con mayor grado de significancia a los adolescentes que deciden utilizar métodos anticonceptivos de aquellos que no los utilicen.

Hipótesis nula:

H₀. Ninguna de las variables será significativa para discriminar entre adolescentes que decidan utilizar métodos anticonceptivos y aquellos que no los utilicen.

3.4 Variables

Variable Dependiente: Uso de métodos anticonceptivos.

Variables Independientes: Religión
Edad de la primera relación sexual
Conocimiento de métodos anticonceptivos
Padres
Pareja y
Consecuencias positivas y negativas hacia
el uso de métodos anticonceptivos.

3.5 Definición conceptual de variables

Uso de métodos anticonceptivos: Se refiere a la conducta de utilizar o no. Es el conjunto de métodos que permiten a la pareja tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo, encontrando de nuevo una fecundidad normal en el momento que la desee; se trata de impedir provisionalmente el encuentro entre el óvulo, o célula reproductora femenina que se desprende del ovario cada mes, y los espermatozoides, los cuales, liberados en cada relación en la vagina, suben hacia el óvulo (Kahn-Nathan, 1975).

Religión. Es un "homenaje a lo sagrado"; en el término sagrado se incluyen las formas sociales o individuales en las que se presta

homenaje a una fuerza inconcebible o a un poderoso ser sobrehumano y hasta quizás supraterráneo, aunque no se piense en él como persona o como ser independiente. Con la expresión homenaje se indica la clase de relación del hombre con lo sagrado (Poll, 1969).

Edad de la primera relación sexual: Se refiere a la edad cronológica del participante. Es toda interacción con otra persona que implica una excitación creciente y culmina en el contacto físico íntimo. En el coito el hombre introduce el pene en la vagina de la mujer; este acto sucede generalmente después de varios pasos, tales como tomarse de la mano, besarse, acariciarse y sentirse excitado (Pick de Weiss y Vargas-Trujillo, 1995).

Conocimiento de métodos anticonceptivos: Es el grado en el cual el participante refiere los diversos tipos de métodos anticonceptivos existentes en el mercado.

Padres: Es la figura materna y/o paterna que simbolizan para el sujeto un vínculo familiar estrecho.

Pareja: Se refiere a la estructura vincular entre dos personas de diferente sexo desde un momento dado, es decir, desde el momento en que sus miembros adquieren el compromiso de entablarla en toda su amplitud (Puget y Bernstein; citados en Ulloa, 2005)

Consecuencias positivas y negativas hacia el uso de métodos anticonceptivos: La estimación de consecuencias se basa en los supuestos de la teoría económica tradicional; dentro de esta perspectiva se considera que los individuos que se enfrentan ante la necesidad de tomar una decisión disponen de toda la información necesaria para elegir; y después de realizar un análisis entre los costos y los beneficios, de sopesar e integrar las consecuencias positivas y negativas de sus actos escogen aquella alternativa que les proporcione el mejor resultado (Zuñiga, 2006).

3.6 Definición operacional de variables

Uso de métodos anticonceptivos: Los datos que se obtuvieron de las preguntas: ¿Qué método anticonceptivo utilizaste en tu primera relación sexual?, ¿Cuáles utilizas?, ¿Usas métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales?

Religión: Los datos que se obtuvieron de las preguntas: ¿Qué religión profesas?, ¿Tu conducta sexual se guía por las normas que marca tu religión?

Edad de la primera relación sexual: Los datos que se obtuvieron del reactivo: Edad a la cual tuviste tu primera sexual

Conocimiento de métodos anticonceptivos: Los datos que se obtuvieron de la pregunta: Especifica, ¿qué métodos anticonceptivos conoces?

Padres: Los datos que se obtuvieron de las preguntas: ¿Tus padres aprueban el uso de métodos anticonceptivos?, ¿Cuál es la actitud de tus padres con respecto a que tú utilices métodos anticonceptivos?

Pareja: Los datos que se obtuvieron de las preguntas: ¿Tu pareja acepta el uso de métodos anticonceptivos?, ¿Tu pareja utiliza métodos anticonceptivos durante sus relaciones sexuales?, ¿Tu pareja desea tener hijos?

Consecuencias positivas y negativas hacia el uso de métodos anticonceptivos: Corresponde a la segunda sección del "Cuestionario de Uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes (CUMMA) que va del reactivo 14 al 34 y consiste en asignar un valor en una escala de 0 a 100 a cada reactivo en donde 0% indica una probabilidad *nula* de ocurrencia y 100% refleja el evento *seguro*.

3.7 Participantes

Se requirió de una población cautiva conformada por 95 estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria Plantel No. 1, Xochimilco, D.F. del ciclo escolar 2009-2010; las edades de los adolescentes oscilaban entre los 15 y 19 años de edad; se eligió ésta población, ya que en México la edad promedio de iniciación de actividad sexual es 16.8 años.

3.8 Tipo de muestra

La muestra fue elegida de manera no probabilística y por conveniencia; fue no probabilístico ya que no se hizo una selección al azar, es decir, no todos los individuos tenían la misma probabilidad de ser elegidos, fue por conveniencia ya que únicamente se consideraron para la investigación aquellos quienes ya habían tenido relaciones sexuales.

3.9 Tipo de estudio

Es exploratorio, de campo ya que se desea indagar sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes desde nuevas perspectivas o ampliar las existentes. Es de campo porque no supone ninguna experimentación propiamente dicha y está encaminada a descubrir las relaciones entre las variables que se van a trabajar en la presente investigación.

3.10 Diseño

Se utilizará un diseño no experimental de tipo post-evaluatorio, esto se debe al tipo de estudio con el cual se va a trabajar (véase Tipo de estudio). Es post-evaluatorio porque se va a realizar una medición o evaluación después de la aplicación del instrumento de medición CUMAA.

3.11 Instrumentos

Para los fines de la investigación se elaboró un "Cuestionario de Uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes" (CUMAA), para obtener información acerca de las variables que influyen en la elección de los adolescentes de utilizar métodos anticonceptivos. El cuestionario constó de 34 reactivos (ver anexo 1).

La validez fue de contenido y de constructo a través de jueces especializados en el tema; finalmente, se piloteo directamente con un grupo de estudiantes de similares características a la muestra de trabajo.

3.12 Procedimiento

Se contactó a la Escuela Nacional Preparatoria, Plantel No. 1 "Gabino Barreda", Xochimilco, D.F., donde se habló con las autoridades correspondientes y así solicitar su consentimiento para la aplicación del CUMAA a los estudiantes de esta institución.

El siguiente paso fue la aplicación del CUMAA, en grupos de 20 alumnos en un salón de clases. A los estudiantes se les explicó que iban a participar en una investigación en la cual la información proporcionada

iba a ser manejada de forma anónima y confidencial y los resultados se iban a manejar estadísticamente.

La aplicación del cuestionario fue de 15 minutos, es autoaplicable y además cuenta con las instrucciones.

3.13 Análisis estadístico de los datos

Fue realizado por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS, versión 17.0 para Windows.

Resultados

Resultados

El análisis estadístico de los datos obtenidos del cuestionario CUMAA se llevó a cabo a través de tablas de distribución de frecuencias y de los coeficientes V de Cramer y Spearman. V de Cramer para identificar el grado de correlación entre variables categóricas y Spearman para variables de tipo ordinal.

La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo en la Escuela Nacional Preparatoria, plantel No. 1 "Gabino Barreda", de la delegación Xochimilco, D.F.; en el turno matutino.

La muestra de trabajo estuvo conformada por un total de 95 estudiantes de los semestres de primero a sexto del ciclo escolar 2009-2010, siendo 42 hombres y 53 mujeres (Ver Figura 1).

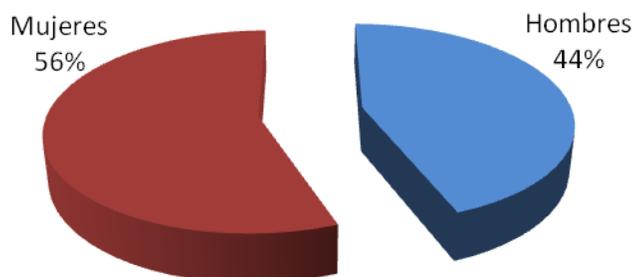


Figura 1. Características de las muestra respecto al sexo

Las edades de los participantes fluctuaron entre los 15 y 19 años de edad, el mayor porcentaje de la población se encontraba entre los 16 y 17 años y la Media fue de 16.8 años de edad (Ver Figura 2).

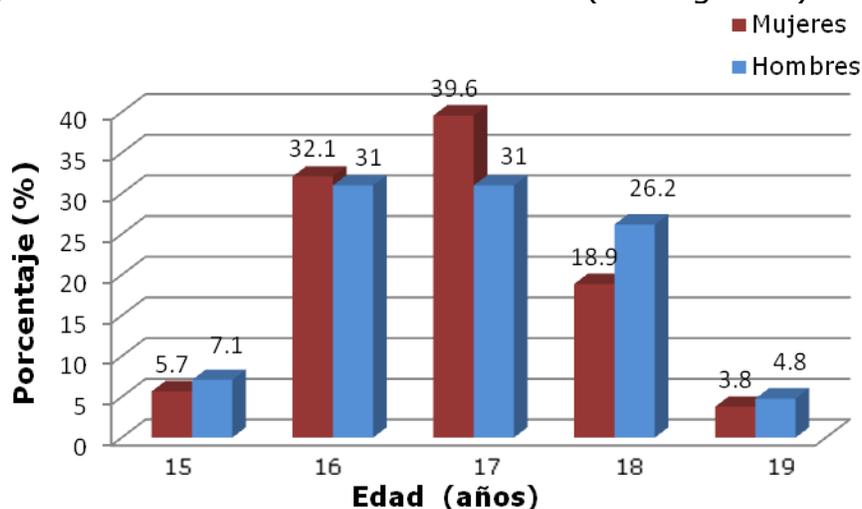


Figura 2. Distribución de la muestra respecto a la edad

En relación a la distribución de la muestra respecto a su religión, se encontró que en su mayoría profesan la Católica, siguiéndole con un porcentaje menor aquellos que refieren no profesar alguna, así mismo se mencionaron otras religiones pero esto con una frecuencia de 1 por lo que se englobaron en la categoría de otras (Ver Tabla 1).

Tabla 1.
Distribución de la muestra respecto a la religión (N=95)

Religión	Porcentaje %
Católica	67.3
Ninguna	25.1
Otras	7.6
Total	100

En relación a sí la conducta sexual de los adolescentes se guía por las normas que marca la religión que profesan, un gran porcentaje señaló que Nunca (Ver Figura 3).

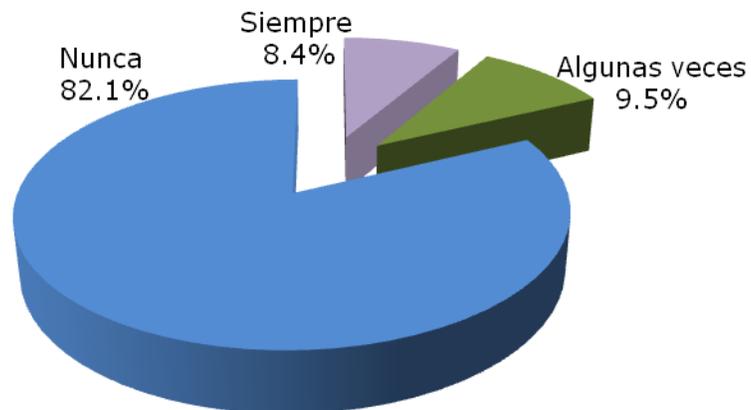


Figura 3. Distribución de la muestra respecto a si la conducta sexual se guía por la religión

Con respecto a la edad en la que se tuvo la primera relación sexual, se encontró que fluctuaban entre los 13 y 19 años; un tercio de la muestra señaló que a los 15 años habían iniciado su actividad sexual; la Media reportada para la edad de la primera relación sexual fue de 15.5 años (Ver Tabla 2).

Tabla 2.
Distribución de la muestra respecto a la edad de la primera relación sexual (N=95)

Edad (años)	Porcentaje (%)
13	6.3
14	11.6
15	33.7
16	28.4
17	14.7
18	4.2
19	1.1
Total	100

Asimismo, se aplicó el coeficiente V de Cramer para identificar el grado de correlación entre la edad de la primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos; y se encontró que no existen relaciones significativas ($p=0.574$) con un alfa de 0.05.

También se registró qué método anticonceptivo fue utilizado en la primera relación sexual y se encontró que el más frecuente es el condón masculino (Ver Tabla 3).

Tabla 3.
Distribución de la muestra respecto al método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual (N=95)

Método anticonceptivo	Porcentaje (%)
Condón masculino	83
Pastillas	10
Ninguno	7
Total	100

De igual manera, también se les preguntó a los participantes qué métodos anticonceptivos conocían y se contabilizó que los cuatro más mencionados fueron: el condón masculino, las píldoras, los parches y finalmente los espermicidas; cabe mencionar que fueron citados otros métodos anticonceptivos pero con una frecuencia menor a tres, entre ellos podemos citar: la salpingoclasia, la vasectomía, el coito interrumpido y el ritmo.

Se aplicó el coeficiente V de Cramer para identificar el grado de correlación entre el uso de métodos anticonceptivos y conocimiento de los mismos, sin embargo no arrojó un valor de correlación significativa ($p=0.574$).

Asimismo, se cuestionó a la muestra de trabajo sobre qué métodos anticonceptivos utilizaban generalmente durante sus relaciones sexuales; y se encontró que son cuatro: un 75% utiliza el condón masculino, seguido de un 23% que ingiere píldoras y solo 2 participantes del total (N=95) utilizan el método del ritmo y otro espermicidas.

En relación al número de parejas sexuales que han tenido los participantes en los últimos 6 meses, se encontró que fluctuaban entre ninguna y cuatro. Así, tanto para mujeres como para hombres el mayor porcentaje corresponde a haber tenido solo una pareja sexual; no obstante, para las mujeres el número de parejas sexuales se encuentra en el rango de ninguna a 2, mientras que para los hombres se amplía hasta 4 (Ver Tabla 4).

Tabla 4.
Distribución de la muestra respecto al número de parejas sexuales tenidas en los últimos 6 meses (N=95)

	Mujeres	Hombres
Parejas sexuales	Porcentaje (%)	Porcentaje (%)
Ninguna	15.1	31
1	75.5	45.2
2	9.4	16.7
3	0	2.3
4	0	4.8
Total	100	100

Se aplicó el coeficiente de Spearman para identificar el grado de correlación entre la edad de la primera relación sexual y el número de parejas sexuales tenidas en los últimos 6 meses; y se encontró que no existen relaciones significativas ($p=-0.007$).

Con relación a la percepción que tienen los participantes sobre si sus padres aprueban el uso de métodos anticonceptivos, se registró que un gran porcentaje (82.1) percibe la *aprobación*, mientras que solo un 2.4% mencionó que solo *algunas veces*. Cabe señalar, que en este reactivo también se dio la opción de responder *Nunca*; sin embargo, no hubo participante alguno que percibiera que sus padres desaprobaran completamente el uso de métodos anticonceptivos.

Al respecto, al cuestionar a los participantes cuál era la actitud de sus padres con respecto a que ellos utilizaran métodos anticonceptivos, se encontró que la mayor parte de la muestra de trabajo percibe aprobación de sus progenitores para el uso de métodos anticonceptivos (82.1%), seguido de un 12.6% correspondiente a una indiferencia y finalmente, un 5.3% considera que sus padres desaprueban que sus hijos utilicen métodos anticonceptivos.

También se aplicó el coeficiente V de Cramer para identificar el grado de correlación entre la actitud de los padres sobre el uso de métodos anticonceptivos en los hijos y el uso de los métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes y se registró que no existen relaciones significativas ($p=0.062$).

Otra de las variables que se consideró fue la aceptación de la pareja de utilizar métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales, donde se registró que la mayoría está a favor de su uso (Ver Tabla 5).

Tabla 5.
Distribución de la muestra respecto a la aceptación de la pareja de utilizar métodos anticonceptivos (N=95)

Respuesta	Porcentaje (%)
Sí	97.8
No	1.1
Sin contestar	1.1
Total	100

De igual manera se cuestionó a los participantes si su pareja utilizaba dichos métodos durante sus relaciones sexuales y se encontró que las parejas tanto de hombres como de mujeres en su mayoría sí los utilizan (Ver Tabla 6).

Tabla 6.
Distribución de la muestra respecto a la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en la pareja (N=95)

Opción de respuesta	Mujeres	Hombres
	Porcentaje (%)	
Siempre	64.2	66.7
Algunas veces	30.1	23.8
Nunca	5.7	9.5
Total	100.0	100.0

Otra de las variables que se evaluó fue el deseo de la pareja de tener hijos; se registró que en general tanto las parejas de los hombres como de las mujeres no desean tener hijos por el momento.

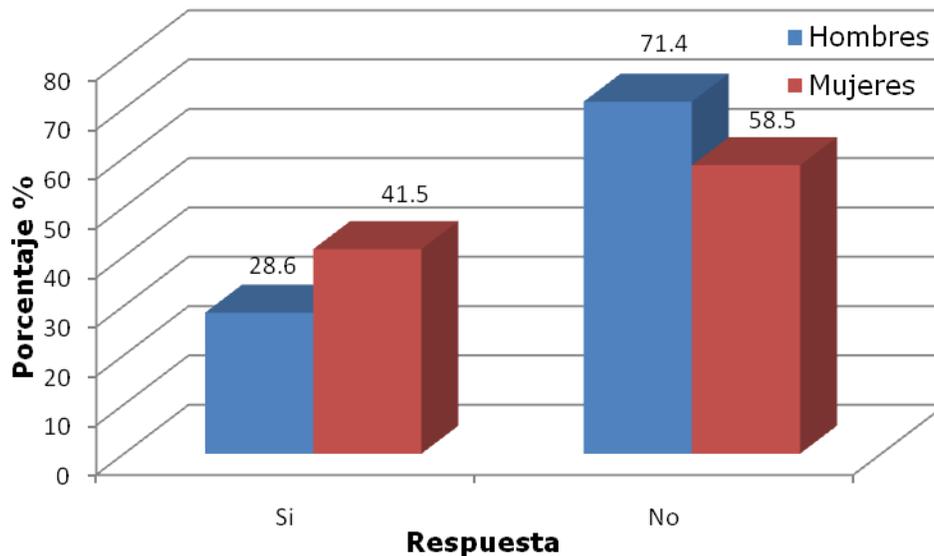


Figura 4. Distribución de la muestra respecto al deseo de la pareja por tener hijos

Ya que se ha estudiado la influencia que tiene el deseo del hombre por tener hijos sobre el uso de métodos anticonceptivos en la mujer, se aplicó el coeficiente V de Cramer para identificar el grado de correlación entre estas dos variables y se registró que no existe relación significativa ($p=0.103$).

Para la segunda parte del cuestionario CUMAA (del reactivo 14 al 34) se aplicó el método de análisis factorial Varimax rotada, el cual permite agrupar los reactivos en factores según sus pesos, para generar variables o factores generales para su descripción, análisis y explicación. Este análisis dio como resultado cuatro factores, cada una de las preguntas se agrupó dependiendo de su peso factorial.

El factor 1 fue denominado "Sexualidad e implicaciones sociales" ya que los reactivos agrupados hacen referencia al impacto negativo que tiene ejercer el derecho reproductivo del adolescente sobre la familia y la sociedad en general. Al factor 2 se le nombró "Sexualidad y riesgos para la salud" ya que las preguntas pertenecientes a este grupo aluden a las consecuencias desfavorables sobre la salud en caso de no utilizar métodos anticonceptivos. El factor 3 incluyó reactivos que responden a un contexto cultural como la valoración de ser madre y esposa y la unión marital, es decir, roles que están altamente valorados en la cultura mexicana; por lo que se identificó con el título de "Sexualidad y formación de una familia", finalmente, al cuarto factor se le asignó el nombre de "Sexualidad y disminución en las oportunidades de desarrollo" ya que involucra las consecuencias negativas (en el ámbito personal, escolar y económico) que se podrían tener en caso de llegar a presentarse el embarazo no deseado durante la adolescencia.

Dado que no se relacionaban conceptualmente con los factores fueron descartados cinco reactivos: Disminución en la autoestima, Abandonar el hogar, Sentir culpa o vergüenza al comprarlos ¿Cuál es la probabilidad de que ocurra un embarazo si tú o tu pareja no utilizan algún método anticonceptivo? y ¿Cuál es la probabilidad de que ocurra un embarazo si tú o tu pareja utilizan algún método anticonceptivo?. Con los cuatro factores identificados se explica el 47% de la varianza (Ver Tabla 7).

Tabla 7.
Distribución de los reactivos de acuerdo al método de análisis factorial Varimax rotada

Factor 1 <i>Sexualidad e implicaciones sociales</i>		Factor 2 <i>Sexualidad y riesgos para la salud</i>		Factor 3 <i>Sexualidad y formación de una familia</i>		Factor 4 <i>Sexualidad y disminución en las oportunidades de desarrollo</i>	
Reactivos	Peso factorial	Reactivos	Peso factorial	Reactivos	Peso factorial	Reactivos	Peso factorial
Tener un conflicto con los padres	.564	Contagiarte de infecciones de transmisión sexual	.868	Complacer a la pareja	.338	Abandonar los estudios	.467
Decidir practicar un aborto	.594	Contagiarte de VIH	.860	Sentir autorealización como mujer u hombre	.513	Ser madre o padre soltero (a)	.684
Sentir culpa o vergüenza ante la gente que te rodea	.706	Que tengan efectos <i>perjudiciales</i> sobre tu organismo	.551	Casarse con la pareja	.838	Contar con menores oportunidades de empleo	.582
Exclusión social	.656	Que disminuya el placer durante la relación sexual	.551	Iniciar la formación de una familia	.800	Restricción en las fuentes de diversión	.617
Reactivos descartados							
Disminución en la autoestima	.745	¿Cuál es la probabilidad de que ocurra un embarazo si tú o tu pareja utilizan algún método anticonceptivo?	.563	Abandonar el hogar	.506	¿Cuál es la probabilidad de que ocurra un embarazo si tú o tu pareja no utilizan algún método anticonceptivo?	.272
						Sentir culpa o vergüenza al comprarlos	.329

Asimismo, se obtuvo la media y la desviación estándar para cada uno de los factores, además del coeficiente V de Cramer para identificar el grado de correlación entre la estimación de consecuencias y el uso de métodos anticonceptivos. Para calcular el valor de p se agruparon los porcentajes (de las respuestas) en 4 rangos: 0 a 25%, 26 a 50%, 51 a 75% y 76 a 100% lo que permitió manejar los datos con este tipo de análisis (Ver tabla 8).

Tabla 8.
Datos estadísticos de cada factor (N=95)

	Factor 1 <i>Sexualidad e implicaciones sociales</i>	Factor 2 <i>Sexualidad y riesgos para la salud</i>	Factor 3 <i>Sexualidad y formación de una familia</i>	Factor 4 <i>Sexualidad y disminución en las oportunidades de desarrollo</i>
Media	48.14	16.56	42.06	51.18
Desviación estándar	23.70	18.48	24.58	21.04
p asociada a un alfa de 0.05	0.404	0.432	0.060	0.855

Como se puede observar la media del factor 4 “Sexualidad y disminución en las oportunidades de desarrollo” es la mayor, lo que significa que los participantes estimaron con mayor probabilidad de ocurrencia los eventos negativos asociados al embarazo no deseado y que pueden afectar su desarrollo en los ámbitos: personal (restricción en las fuentes de diversión), académico (abandonar los estudios), laboral (contar con menores oportunidades de empleo) y cultural (ser madre o padre soltero). Y los reactivos relacionados a consecuencias desfavorables sobre la salud en caso de no utilizar métodos anticonceptivos son los que subestiman en gran medida los participantes. De igual manera, no existen diferencias significativas entre la estimación de consecuencias positivas y negativas y el uso de métodos anticonceptivos.

Finalmente, se concluye que ninguna de las variables (religión, edad de la primera relación sexual, conocimiento de métodos anticonceptivos, padres, pareja y estimación de consecuencias positivas y negativas) fue estadísticamente significativa para discriminar entre adolescentes que deciden utilizar métodos anticonceptivos y aquellos que no los utilizan; por lo que se apoya la H_0 y se rechazan las hipótesis alternas.

Conclusiones y sugerencias

Conclusiones y sugerencias

De acuerdo al objetivo del presente estudio y el análisis por medio de tablas de frecuencia y de los coeficientes V de Cramer y Spearman se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre quienes deciden utilizar métodos anticonceptivos y quienes no los usan. Sin embargo, aún cuando no existan diferencias, se encontraron contrastes interesantes en cada una de las variables que se evaluaron.

Religión

En lo que respecta a la variable religión se observó que un gran porcentaje (67%) profesa la Católica; no obstante, aún cuando uno de los preceptos de esta doctrina va en contra del uso de métodos anticonceptivos por considerarse inmoral, el 82.1% de la muestra de trabajo señala que su conducta sexual no se guía por las normas que marca su religión; dato que es congruente con los resultados de la investigación de Welti (2000) quien encontró que la religión tiene relativamente poco impacto sobre el comportamiento reproductivo; también se aúna el estudio de Ayala y García (2001) que señala que la religión no se asocia con el embarazo adolescente.

Edad de la primera relación sexual

Referente a la edad en la que se tuvo la primera relación sexual la investigación de Ortiz y cols. (2003) señaló que la media de edad de iniciación de actividad sexual en México era de 16.8 años; sin embargo, en la población estudiada se encontró una media de 15.5 años, lo que significa ejercer más temprano la sexualidad. Como lo señala Menkes y Suárez (2003) en nuestro país, la adolescencia es una población que se encuentra en condiciones de desventaja en ciertos aspectos como lo son los servicios de salud (incluyendo la reproducción), de igual manera se corre un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual o un embarazo no deseado. También el ejercer los derechos sexuales a menor edad tiene un impacto demográfico, ya que se ha visto que en la medida en que las mujeres que inician su historia genésica antes de los 20 años, tienen al final de su periodo reproductivo un número de hijos significativamente mayor que las mujeres que tienen su primer hijo a edades mayores (Pick de Weiss *et al.*, 1995; Welti, 2000). Asimismo, se registró en la muestra de trabajo que en el rango de los 13 a los 15 años los hombres (59.5%) muestran un porcentaje más alto de actividad sexual comparado con las mujeres (45.3%), lo que confirma

los datos de González *et al.* (2005) que señalan que por lo general la iniciación sexual es más temprana en los varones. Otra diferencia que se encontró en esta investigación es que los hombres ejercen su sexualidad con un número mayor de parejas sexuales (hasta 4 parejas sexuales en un periodo de 6 meses) comparado con las mujeres que mencionaron haber tenido hasta 2 parejas sexuales en el mismo periodo de tiempo.

Conocimiento de métodos anticonceptivos

En relación a los conocimientos que tienen los adolescentes sobre métodos anticonceptivos Neira y Oliva (2004), señalan que gran parte de los estos jóvenes desconocen cuáles son los más apropiados, su utilización y su margen de efectividad. Para obtener información de esta variable, se le preguntó a los participantes, ¿Qué métodos anticonceptivos conocían? y se contabilizó que en promedio son 4 los más mencionados: en primera instancia el condón masculino, seguido de las píldoras, los parches y finalmente los espermicidas. Las encuestas realizadas en México -Mexfam y ENJ2000- han encontrado que las mujeres de 15 a 19 años de edad, tienen, en general, menor conocimiento sobre métodos anticonceptivos que los hombres; sin embargo, en la muestra de trabajo no se encontraron diferencias ya que en ambos sexos el promedio de métodos anticonceptivos citados fue cuatro. También se cuestionó a los participantes sobre los métodos que utilizaban en sus relaciones sexuales y se encontró que el preservativo masculino es utilizado generalmente, seguido de las píldoras, lo que es confirmado con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 2000 que también encontró que el condón se reporta con mayor frecuencia de uso -87.7%- (González *et al.*, 2005).

Padres

De acuerdo con algunas investigaciones se ha visto que los adolescentes cuyos padres han hablado con ellos acerca del sexo desde una edad temprana, que les han comunicado actitudes saludables y han estado disponibles para responder las dudas, es más probable que tiendan a esperar más tiempo para iniciar la actividad sexual, así como para usar métodos anticonceptivos de manera consistente (Vargas *et al.*, 2006; Calderón y Alzamora, 2006; Papalia, 2005); por lo que la presente investigación abordó el tema de los padres de familia a través de los reactivos: ¿Tus padres aprueban el uso de métodos anticonceptivos? y ¿Cuál es la actitud de tus padres con respecto a que *tú utilices* métodos anticonceptivos? y se encontró que para ambas preguntas los

participantes perciben aprobación de sus padres: 97.6% y 82.1% respectivamente. Como se observa, estos dos porcentajes indican una pequeña diferencia entre la utilización de métodos anticonceptivos en general y su uso en los propios hijos. Cabe mencionar que dentro de las posibles respuestas a estos reactivos se encontraba la opción de *indiferente* (hace referencia a la actitud) y sólo un 12.6% de la muestra de trabajo cayó en este rango, lo que sugiere que existe comunicación entre padres e hijos en torno al tema de sexualidad protegida lo que favorece la salud sexual ya que como lo menciona Santos *et al.* (2003) la utilización de métodos anticonceptivos es más constante si esta información se recibe antes de la primera relación sexual, es decir, en la preadolescencia, además de que no promueve el inicio más temprano de las relaciones sexuales.

Pareja

Díaz-Guerrero (1982) encontró que la estructura de la familia mexicana parte de la supremacía incuestionable y absoluta del padre y el necesario y absoluto propio sacrificio de la madre. Dichas proposiciones se derivan de premisas implícitas y generalizadas que poseen los mexicanos sobre la superioridad indudable, biológica y natural sobre la mujer; así, en la cultura mexicana independientemente de los constantes cambios, la maternidad sigue siendo altamente valorada.

Dado que se ha visto que la participación de la pareja influye sobre la actitud hacia el embarazo en las adolescentes, así lo señalan Cowley y Farley (2001) quienes encontraron que el deseo de la adolescente de embarazarse está asociado con el reporte del deseo de su pareja por un bebé. En la presente investigación se abordó el tema de la pareja (masculina) y su influencia en el uso de métodos anticonceptivos en la mujer, a través de los siguientes reactivos: ¿Tu pareja acepta el uso de métodos anticonceptivos?, ¿Tu pareja utiliza métodos anticonceptivos durante sus relaciones sexuales? y ¿Tu pareja desea tener hijos? Se encontró que las parejas masculinas aceptan el uso en un 100%, no obstante, los utilizan de manera constante un 64.2% y un 41.5% desea tener hijos. Aunque no se registró una diferencia estadísticamente significativa entre el deseo de la pareja (masculina) de tener hijos y el uso de métodos anticonceptivos en la mujer, se observa, que casi un 50% de las parejas varoniles desea tener hijos lo que pudiera explicar que el uso de métodos anticonceptivos no se dé en el 100% de las relaciones sexuales. Al respecto, Menkes y Suárez (2003) señalan que el embarazo en la adolescencia se encuentra estrechamente relacionado con la unión conyugal y marital. Al parecer en nuestro país, si bien se ha

incrementado el número de madres solteras, de todas formas el embarazo adolescente sigue estrechamente relacionado con un proyecto de vida de unión familiar. Lo que confirma algunos hallazgos sobre el tema que proponen que el embarazo adolescente, más que un accidente, responde a un contexto social y cultural, que se relaciona con la valoración de ser madre y esposa sin reales perspectivas escolares, ni con perspectivas concretas de desarrollo personal.

Consecuencias positivas y negativas

En lo que respecta a la variable de consecuencias positivas y negativas se encontró que estiman con mayor probabilidad los eventos relacionados a tener un embarazo no deseado y su impacto en los ámbitos: personal (restricción en las fuentes de diversión), académico (abandonar los estudios), laboral (contar con menores oportunidades de empleo) y cultural (ser madre o padre soltero). Aún cuando se han promovido programas de salud sexual adolescente, pareciera que los adolescentes subestiman los riesgos de ejercer su sexualidad no protegida, ya que dentro de los reactivos se mencionaron la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual y contagiarse de VIH Sida y fueron éstos los que menor puntaje de probabilidad de ocurrencia asignaron los participantes; y como lo mencionan Neira y Oliva (2004) la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y del VIH-SIDA se encuentra en el grupo de 20 a 24 años de edad, seguida de los grupos de 15 a 19 años. Es interesante observar también que aún cuando la literatura menciona que la maternidad es muy valorada en nuestra cultura, la muestra de trabajo enfatizó las consecuencias a corto plazo comparado con las de a largo plazo.

Sugerencias

Incrementar el tamaño de la muestra.

Implementar programas de sexualidad que enfatizan el uso de métodos anticonceptivos para evitar riesgos en la salud como el contagio de infecciones de transmisión sexual y el VIH Sida así como el embarazo no deseado.

Profundizar en posteriores estudios sobre el conocimiento y uso correcto de los métodos anticonceptivos.

Incluir en subsiguientes investigaciones la disponibilidad de métodos anticonceptivos en adolescentes.

Referencias

Referencias

- Amar, J., Hernández, B. (2005) *Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras*. *Psicología desde el Caribe* pp. 1-17
- Ayala, M., García, L. (2001) *Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural*. *Salud en Tabasco* pp. 395-397
- Bartlett, F. (1988) *Pensamiento: un estudio de psicología experimental y social*. Madrid: Debate
- Belo, M., Silva, J. (2004) *Knowledge, attitudes, and practices on previous use of contraceptive methods among pregnant teenagers*. *Revista de Saude Publica*. Volumen 38. Número 4
- Beyth-Marom, R., Austin, L., Fischhoff, B., Palmgren, C., Jacobs-Quadrel, M. (1993). *Perceived Consequences of risky behaviors adults and adolescents*. *Developmental Psychology*. Volumen 29. Número 3
- Calderón, J., Alzamora, L. (2006) *Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* pp. 247-252
- Caricote, E. (2006) *Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia*. *Educere* pp. 463-470
- Centeno, H., Cáceres, R. (2005) *La salud sexual y reproductiva de las jóvenes de 15 a 24 años el Salvador, un reto para las políticas de salud*. *Población y Salud en Mesoamérica*. Volumen 2. Número 2
- Cortés, F. (1999) *Uso, conocimiento y actitudes hacia métodos anticonceptivos en adolescentes*. Tesis. Facultad de Psicología. UNAM
- Cowley, C., Farley, T. (2001) *Adolescent girls' attitudes toward pregnancy: the importance of asking what the boyfriend wants*. *Journal of Family Practice*. Volumen 50. Número 7
- Crooks, R., Baur, K. (2000) *Nuestra sexualidad*. México: International Thomson
- Dávila, O. (2004) *Adolescencia y Juventud: de las nociones a los abordajes*. *Ultima Década* pp. 83-104
- Díaz, J. (2006) *Identidad, adolescencia y cultura. Jóvenes secundarios en un contexto regional*. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* pp. 431-457

- Díaz-Guerrero, R. (1982) *Psicología del mexicano*. México: Trillas
- Firpo, S., Lasalle, A., Ortega, A., Díaz, N., Prates, C., Sansarricq, J. (2000) *Clínica Psicoanalítica con adolescentes*. Argentina: HomoSapiens
- Genolet, A., Lera, C., Gelsi, C., Schoenfeld, Z., Musso, S., Mulone, M., Schmuck, M. (2004) *La experiencia del embarazo en el tránsito de la adolescencia*. Ciencia, Docencia y Tecnología pp. 51-94
- González, C., Rojas, R., Hernández, M., Olaiz, G. (2005) *Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000*. Salud Pública de México pp. 209-218
- Gonzalez, H. (2000) *Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente*. Revista Frontera Norte. Volumen 12. Número 23
- Hurlock, E. (1980) *Psicología de la Adolescencia*. México: Paidós
- Jaccard, J., Dittus, P. (2000) *Adolescent perceptions of maternal approval of birth control and sexual risk behavior*. American Journal of Public Health. Volumen 90. Número 9
- Jacobs-Quadrel, M., Fischhoff, B., Davis, W. (1993). *Adolescent (In)vulnerability*. American Psychologist. Volumen 48. Número 2
- Kahn-Nathan, J. (1975) *La anticoncepción en diez lecciones*. México: Diana
- Leishman, J. (2004) *Childhood and teenage pregnancies*. Nursing Standard. Volumen 18. Número 33
- Leite, C., Rodrigues, N., Fonseca, C. (2004) *Factors associated with sexual and reproductive behavior among adolescents from the Northeast and Southeast regions of Brazil*. Cadernos de Saude Publica. Volumen 20. Número 2
- Martín, L., Reyes, Z. (2003) *Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud*. Revista Cubana de Salud Pública pp. 183-187
- Menkes, C., Suárez, L. (2003) *Sexualidad y embarazo adolescente en México*. Papeles de Población. Número 35

- Moreno, S., León, M., Becerra, L. (2006) *Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados*. Espacio Abierto pp. 787-803
- Mosquera, J., Mateus, J. (2003) *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-Sida y el uso de los medios de comunicación en jóvenes*. Colombia Médica pp. 206-212
- Neira, L., Oliva, G. (2004) *Análisis de la oferta televisiva en promoción para la salud y en salud sexual para los adolescentes*. Revista de Ciencias Sociales (Ve) pp. 112-130
- Ortiz, A., De La Torre, G., Galvan, F., Cravioto P., Paz, F., Diaz, C., Ellertson, C., Cravioto A. (2003) *Abortion, contraceptive use, and adolescent pregnancy among first-year medical students at a major public university in Mexico City*. Pan American Journal of Public Health. Volumen 14. Número 2
- Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2005) *Psicología del desarrollo*. México: McGraw-Hill
- Parra, A., Oliva, A. (2002) *Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia*. Anales de Psicología pp. 215-231
- Perinat, A., Corral, A., Crespo, I., Doménech, E., Font-Mayolas, S., Lalueza, J., Larraburu, I., Martínez, G., Moncada, A., Raguz, M., Rodríguez-Tomé, H. (2003) *Los adolescentes en el siglo XXI*. Barcelona: UOC
- Pick de Weiss, S. (1979) *Estudio Social-Psicológico de la Planificación Familiar*. México: Siglo XXI
- Pick de Weiss, S., Vargas-Trujillo, E. (1995). *Yo adolescente: respuestas claras a mis grandes dudas*. México: Ariel
- Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, M., Pier, D., Acevedo, M., Vargas, E. (1995) *Planeando tu vida: programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes*. México: Planeta
- Poll, W. (1969). *Psicología de la religión*. Barcelona: Herder
- Recio, C. (2005) *El embarazo en la adolescencia*. Periódico el Universal
- Robin, L., Dittus, P., Whitaker, D., Crosby, R., Ethier, K., Mezoff, J., Miller, K., Pappas-Deluca, K. (2004) *Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review*. Journal of Adolescent Health. Volumen 34. Número 1

- Rodrigo, I., Quevedo, A., Sosa, G. (2000) *Características de las identificaciones maternas en un grupo de adolescentes embarazadas*. Fundamentos en Humanidades pp. 106-114
- Santos, J., Villa, J., García, M., León, G., Quezada, S., Tapia, R. (2003) *La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México*. Salud Pública de México pp. 140-152
- Santrock, J. (2004) *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: McGraw-Hill
- Tabi, M. (2002) *Community perspective on a model to reduce teenage pregnancy*. *Journal of Advanced Nursing*. Volumen 40. Número 3
- Ulloa, V. (2005) *Parejas: resiliencia y comunicación*. Tesis. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM
- Uribe, M. (1993) *El desarrollo del pensamiento formal y la adolescencia universitaria*. Perfiles Educativos. Número 60
- Vargas, E., Gambará, H., Botella, J. (2006) *Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico*. *International Journal of Clinical and Health Psychology* pp.665-695
- Vega, V. (2006) *Construcción de un instrumento para la medición de la conducta sexual en adolescentes femeninas: el CCS*. Interdisciplinaria pp. 47-79
- Welti, C. (2000) *Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México*. Papeles de Población pp. 43-87
- Welti, C. (2006) *Las encuestas nacionales de fecundidad en México y la aparición de la fecundidad adolescente como tema de investigación*. Papeles de Población pp. 253- 275
- Zuñiga, A. (2006) *Toma de decisiones con relación al consumo de alcohol en los adolescentes*. Tesis. Facultad de Psicología. UNAM

Anexos

13. ¿Tu pareja desea tener hijos? Sí o No

Instrucciones. Utilizando una escala de 0 a 100, en donde 0% indica una probabilidad *nula* de ocurrencia y 100% refleja el evento *seguro*.

14. ¿Cuál es la probabilidad de que ocurra un embarazo si tú o tu pareja **no utilizan algún** método anticonceptivo? _____%

15. ¿Cuál es la probabilidad de que ocurra un embarazo si tú o tu pareja **utilizan algún** método anticonceptivo? _____%

Si tú o tu pareja **utilizaran preservativos** cuál sería la probabilidad de las siguientes situaciones hipotéticas; utiliza la misma escala (0 – 100)

16. Contagiarte de infecciones de transmisión sexual: _____%

17. Contagiarte de VIH: _____%

18. Sentir culpa o vergüenza al comprarlos: _____%

19. Que tengan efectos *perjudiciales* sobre tu organismo: _____%

20. Que disminuya el placer durante la relación sexual: _____%

Si **tú o tu pareja quedara embarazada** cuál sería la probabilidad de que ocurrieran las siguientes situaciones hipotéticas; utiliza la misma escala (0 – 100)

21. Abandonar los estudios: _____%

22. Tener un conflicto con los padres: _____%

23. Decidir practicar un aborto: _____%

24. Ser madre o padre soltero (a): _____%

25. Contar con menores oportunidades de empleo: _____%

26. Sentir culpa o vergüenza ante la gente que te rodea: _____%

27. Exclusión social: _____%

28. Restricción en las fuentes de diversión: _____%

29. Disminución en la autoestima: _____%

30. Complacer a la pareja: _____%

31. Sentir autorealización como mujer u hombre: _____%

32. Casarse con la pareja: _____%

33. Iniciar la formación de una familia: _____%

34. Abandonar el hogar: _____%