

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ZONA No. 49
LOS MOCHIS SINALOA**

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS
ADOLESCENTES DEL COBAES 03 DE LA VILLA DE AHOME, AHOME
SINALOA 2009-2010

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA.MARIA MERCEDES GUZMAN CRUZALEY

LOS MOCHIS SIN

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.

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN
LOS ADOLESCENTES DEL COBAES 03 DE LA VILLA DE
AHOME, AHOME SINALOA, MEXICO 2009-2010

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DRA MARIA MERCEDES GUZMAN CRUZALEY

AUTORIZACIONES

DR FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE
MEDICINA U.N.A.M.

DR FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR, FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS
ADOLESCENTES DEL COBAES 03 DE LA VILLA DE AHOME, AHOME
SINALOA, MEXICO 2009-2010.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA.MARIA MERCEDES GUZMAN CRUZALEY

AUTORIZACIONES

DR. FEDERICO ARTURO FELIX MENDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR SEMIPRESENCIAL.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.49 IMSS
LOS MOCHIS SINALOA

DRA.M.C. PAULA FLORES FLORES
COORDINADOR DELEGACIONAL EN INVESTIGACION EN SALUD
ASESOR DEL TEMA.

LOS MOCHIS SINALOA

TITULO

“CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN
LOS ADOLESCENTES DEL COBAES 03 DE LA VILLA DE
AHOME, AHOME SINALOA, MEXICO 2009-2010”

INDICE

PAGINA

I.	MARCO TEORICO	
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
III.	JUSTIFICACION	
IV.	OBJETIVOS	
V.	MATERIAL Y METODOS	
	V.1 TIPO DE ESTUDIO	
	V.2 POBLACION DE ESTUDIO	
	V.3 CRITERIOS DE SELECCION	
	V.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION	
	V.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION	
	V.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACION	
	V.4 METODOS	
	V.4.1 DISEÑO ESTADISTICO	
	V.4.2 TIPO DE MUESTREO	
	V.4.3 TIPO DE MUESTRA	
	V.4.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA	
	V.5 ANALISIS ESTADISTICO	
	V.6 CONSIDERACIONES ETICAS	
VI.	RESULTADOS	
	DESCRIPCION DE RESULTADOS	
	GRAFICAS	
	CUADROS	
VII.	DISCUSION	

VIII.CONCLUSIONES

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

X. ANEXOS

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a DIOS que por su infinita bondad, me concedió paciencia y fortaleza ante las dificultades para llevar a cabo mi trabajo con éxito.

A mi esposo e hijos por su apoyo incondicional en todo momento.

Al Dr. Federico Arturo Félix Méndez, y a la Dra Paula Flores Flores, por su tiempo, disposición, confianza orientación y asesoría hasta el momento presente.

Al Dr. Ricardo Dimas Rodríguez por su asesoría durante el tercer año

A todas aquellas personas que me regalaron su tiempo, un abrazo y unas palabras de ánimo para continuar hasta el final.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y las razones de no uso de los métodos anticonceptivos en los adolescentes del COBAES 03 de La Villa de Ahome. **Materiales y método:** Estudio descriptivo de corte transversal en 200 estudiantes del COBAES 03 de La Villa de Ahome, Ahome Sinaloa, durante el ciclo escolar 2009-2010. **Resultados:** El total de participantes fue de 210, de los cuales 7 dejaron el cuestionario incompleto y 3 en blanco, por lo que se obtuvieron 200 cuestionarios válidos. Datos sociodemográficos: La media de edad fue de 16.25 +- 1 años (límites 15-19) de los cuales 53% son mujeres y 47% hombres, solteros el 94%, casados el 1.5% y en unión libre el 4.5%. 56% residen en Ahome y 44% pertenecen a lugares aledaños, 65% con religión católica, el 11% no católica y el 24% no tienen ninguna religión. El 41.5% estudiaba el 1º año de bachillerato, 38% el 2º y 20.5% el 3º año. 92.5% tienen información sobre métodos anticonceptivos, siendo las principales vías de información la TV(31.5%) el médico (19%) amigos (17%) maestro (10.5%), el 7.5% no tiene información por ningún medio y el 7% han tenido información por los padres y la radio. El 26% (52) han iniciado vida sexual de los cuales 35 (67.30%) usaron algún método anticonceptivo, siendo el condón (53.84%) el método más frecuentemente usado, seguido por los hormonales 4(7.69%) método empleado por las adolescentes casadas, los solteros utilizan el anticonceptivo de emergencia, coito interrupto y espermicidas 2(3.84% c/u) El 26% presenta conducta sexual grado 4 de petting. Dentro de las razones de no uso de métodos anticonceptivos el 36.53% no pensaron que ocurriera, 23.07% por vergüenza, 21.15% por falta de recursos económicos, 19.23% por falta de comunicación con la pareja. **Conclusiones :** Los adolescentes de la villa de Ahome tienen conocimiento regular sobre los métodos anticonceptivos porque tienen información de los mismos, pero no los usan, argumentando lo imprevisto de la relación, vergüenza de acudir a los centros sanitarios a solicitarlos, falta de comunicación con la pareja y falta de recursos económicos, además presentan conducta sexual de riesgo grado 3 y 4 de petting.

PALABRAS CLAVES: Adolescentes, Métodos anticonceptivos, razones de no uso.

PALABRAS CLAVES: Métodos de planificación familiar, adolescentes, medios de

MARCO TEORICO

Adolescencia es el término con que se designa el paso de la infancia a la edad adulta, mientras que pubertad hace referencia a los cambios biológicos que desembocan en la capacidad reproductora.⁽¹⁾

La OMS define como adolescencia al “periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio- económica” y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Por los matices según las diferentes edades a la adolescencia se le puede dividir en tres etapas:

1.- Adolescencia temprana (10 a 13 años) biológicamente es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2.- Adolescencia media (14-16 años) es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos es la edad promedio de inicio y experiencia sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por su apariencia física, pretender poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados por la moda.

3.-Adolescencia tardía (17 a 19 años) casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. ²

Hasta hace unas décadas se consideraba la adolescencia como un tiempo de tormenta y tensión; actualmente se le concibe como una etapa de transiciones normales, las relaciones románticas de la adolescencia, a diferencia de las adultas, son menos complejas y tienen un carácter transitorio. Son oportunidades para interactuar con jóvenes del otro sexo, en contextos que incluyen a otros adolescentes y con intenciones más orientadas hacia la diversión y la comparación en grupo que hacia la intimidad. En su etapa inicial no implican la satisfacción de una necesidad básica de apoyo ni de impulsos sexuales como se cree. En la adolescencia avanzada se desarrolla la intimidad. Esta implica actuar confiablemente, responder adecuadamente a los sentimientos del otro, ser sensible y ser capaces de comprometerse en una

relación, pero también se desarrolla el interés por recibir atención, consideración y equidad (reconocimiento de la autonomía) en el progreso de la intimidad, las relaciones románticas coinciden o preceden al inicio de la actividad sexual. Estas dos dimensiones, la romántica y la sexual, obedecen a factores comunes y maduran en forma concurrente.³

El conocimiento que sobre la sexualidad va adquiriendo el adolescente se forma a lo largo de su recorrido histórico, es considerado como un periodo de transición desde el comienzo y su duración es variable; está marcada por cambios independientes en el cuerpo, en la mente y en las relaciones sexuales, y se puede decir que la adolescencia, en cuanto a la fase de desarrollo humano tiene un punto de partida biológico y un desenlace psicológico y sociocultural.⁴

La adolescencia es una etapa de afirmación de la personalidad y de rebeldía, lo que puede provocar que el adolescente desoiga los consejos dados desde la familia, la escuela, los organismos sanitarios o cualquier otro representante de la autoridad. Los adolescentes alcanzan antes la madurez física que la mental, lo que, en ocasiones, les conduce a no ser conscientes de los riesgos ni de la repercusión de sus actos. Además la sexualidad adquiere especial importancia en esta época de la vida, entendiéndose como una forma de exploración y aventura, sobre todo en lo concerniente al contacto físico. El sexo se percibe como un índice de madurez y un desafío tanto a los padres como a la sociedad. El acceso precoz a las relaciones sexuales, unido al escaso conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos y preventivos ha condicionado un aumento progresivo del número de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual.⁽⁵⁾

En México al igual que en el resto del mundo el embarazo de la adolescente, constituye un importante problema de salud, tanto por la morbilidad como por los problemas sociales que genera. La actividad sexual se considera comúnmente como un indicador de riesgo psicosocial, ya que entre los adolescentes y jóvenes de las zonas urbanas se asocia la relación sexual temprana con el uso de anticonceptivos poco efectivos.⁽⁶⁾

Ha sido dura la historia de la anticoncepción desde que surgieron los primeros conceptos hasta nuestros días, no fue sino hasta después de la segunda guerra mundial que los políticos y gobernantes comenzaron a prestar atención al programa de planificación familiar y ello motivado por el desmedido crecimiento que experimentó la población mundial.⁽⁷⁾

Se estima que hay 1,200 millones de adolescentes y 1,700 millones de jóvenes en el mundo. Los adolescentes y los jóvenes no son un grupo homogéneo, sus expectativas y necesidades varían de manera importante por razones de edad, sexo, estado civil y clase social.⁽⁸⁾

En casi todo el mundo la mayoría de los jóvenes inician su actividad sexual durante la adolescencia. En México, se estima que la edad de primera relación sexual se ubica alrededor de los 16 años, así mismo se ha visto que la gran mayoría de los jóvenes mexicanos no toman precauciones para prevenir el

embarazo ni las infecciones de transmisión sexual durante sus primeros actos sexuales. ⁽⁹⁾

Investigaciones realizadas en otros países han reportado que la educación sexual entre adolescentes incrementa la probabilidad de utilizar anticonceptivos, y que aquellos adolescentes que reciben tal educación antes de su primera relación sexual, tienen más probabilidad de usar anticonceptivos desde ese momento. ⁽¹⁰⁾

Los jóvenes son más vulnerables a las infecciones, porque se exponen con más frecuencia a los factores o conductas de riesgo. Muchos autores señalan al condón como un método ideal para evitar no solo el embarazo en la adolescencia, sino, las ITS, pero se encuentra con muchas barreras para su uso en este grupo poblacional, una de ellas la accesibilidad en algunos lugares donde su costo no puede ser abonado por muchos adolescentes, sin embargo no es este el mayor obstáculo para su uso, muchos adolescentes lo rechazan simplemente porque piensan que disminuye el placer en el acto sexual. ⁽¹¹⁾

El inicio de la experiencia sexual en los adolescentes no es previsible, ya que ellos señalan que una de las más importantes razones para no usar un método anticonceptivo es porque no esperaban que dicha relación ocurriera. ⁽¹²⁾

Las mujeres adolescentes que empiezan actividad sexual se enfrentan a consecuencias singulares y potencialmente perdurables como la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) embarazos ectópicos, embarazo no planeado, infertilidad, neoplasia maligna, dolor recurrente o infección por VIH. Es también importante hacer notar que el aumento de sexo inseguro coincide con el final del año escolar y las vacaciones. ⁽¹³⁾

Por otra parte su inicio precoz, se asocia a conductas sexuales riesgosas como: mayor número de compañeros sexuales, infecciones de transmisión sexual, menor probabilidad de uso de anticoncepción y mayor riesgo de embarazo. Esta conducta sexual está vinculada a factores biopsicosociales, ambientales e individuales; entre estos se reconocen factores biológicos, étnicos y aquellos relacionados al comportamiento del adolescente frente a su entorno. El hábito de consumo de alcohol resultó ser el principal factor de riesgo para el inicio de la actividad sexual, (5 a 7 veces más probabilidades). Un adolescente que asiste a discotecas o fiestas tiene 2 a 3 veces más posibilidades de iniciar su actividad sexual. ⁽¹⁴⁾

El 43.5% de los adolescentes declara haber tenido relaciones sexuales, siendo la prevalencia significativamente mayor en hombres (47.8%) que en mujeres (39.1%) analizando ambos sexos esta prevalencia significativamente mayor en hombres que en mujeres se asoció en forma directa y significativamente a la edad, alcanzando 14.3% en menores de 13 años, 40.3% entre 13 y 16 años y 60.8% en mayores de 16 años. Por otra parte la prevalencia de relaciones sexuales (una o más veces) alcanza casi 50% en varones, siendo significativamente mayor en mujeres (40%). es alarmante el hallazgo que en grupo de escolares de 14 a 15 años, 55% ya ha iniciado actividad sexual, a una

edad en que aún no se ha completado el proceso de conformación de su identidad personal, no están psicológicamente maduros aún para establecer una relación de pareja estable y no están capacitados para afrontar las consecuencias de su actividad sexual temprana, como el embarazo, las infecciones de transmisión sexual y las consecuencias emocionales. ⁽¹⁵⁾

Es interesante mencionar que CONAPO identificó que casi 9 de cada 10 mujeres ha tenido su primera relación sexual sin uso de métodos anticonceptivos. Las principales causas por las que no lo utilizan incluyen: deseo de embarazo (34%), desconocimiento de los métodos anticonceptivos (17%), falta de información acerca de la posibilidad de embarazo (16%), no planearon tener relaciones sexuales (13%), negligencia (9%), mitos y temores asociados con la regulación de la fecundidad (6%) y oposición de la pareja (5%) ⁽¹⁶⁾

En la encuesta sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM 1988) se estableció que solo el 36% de las mujeres había utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, aún así el 37.3% se embarazó y más del 50% de ellas manifestaron que se habían embarazado sin desearlo. En lo referente a factores que posibilitan llevar una conducta positiva en salud solo el 25% de las adolescentes, manifestaron accesibilidad a los servicios de planificación familiar y el 28.6% conocían alguno de los métodos de planificación familiar. ⁽¹⁷⁾

Según el estudio de salud de la Ciudad de Madrid, el 58% de los varones y el 54% de las mujeres de entre 16 y 24 años usa métodos anticonceptivos y se observa que lo hacen con mayor frecuencia los individuos de las clases sociales más favorecidas. Entre las mujeres de 16 a 24 años, el 19% refiere usar anticoncepción hormonal oral, y el 29% preservativo; entre los varones el 4% refiere el uso de anticonceptivos hormonales orales y el 50% preservativo. La anticoncepción de emergencia y la normalización de su consumo se ha convertido en un tema de interés no exento de polémica. Existen grandes diferencias entre las distintas comunidades autónomas en la disponibilidad, distribución, precio. Se suele acceder al recurso de la anticoncepción de emergencia (AE) a través de las amigas (60%); la causa más frecuente por la que se demanda AE es un accidente (73.1%) con el preservativo masculino; rotura, retención, o no uso de otro método. ⁽¹⁸⁾

Diversos estudios muestran que una proporción importante de adolescentes mexicanos practican relaciones sexuales exponiéndose a infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados. La teoría de la conducta planeada, según esta, las intenciones de los adolescentes de usar condón y anticonceptivos son determinantes de la conducta. A su vez las intenciones son determinadas por las creencias conductuales, normas subjetivas y el control percibido sobre la conducta. ⁽¹⁹⁾

Las conductas sexuales se consideran según los grados de Petting, siendo el Petting 0 la ausencia de contacto físico; Petting I, el contacto físico a través de besos y abrazos; Petting II contacto físico a través de besos y caricias de

pechos y/o región genital sobre la ropa; Petting III, contacto físico a través de besos y caricias de pechos y/o región genital bajo la ropa, pudiendo incluir sexo oral y masturbación; Petting IV, coito. ⁽²⁰⁾

Las investigaciones sobre la percepción de riesgo en los adolescentes se centran en las actividades que realizan ellos con más frecuencia y en la percepción asociada a cada una de ellas. En este sentido algunas conductas no son percibidas como arriesgadas o como vinculadas directamente al comportamiento de mantener relaciones sexuales sin condón. ⁽²¹⁾

Prácticamente toda la problemática de la salud reproductiva adolescente se vincula a la tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales riesgosas entre las cuales se observan: inicio cada vez más precoz de la vida sexual: poco reconocimiento de los riesgos; las relaciones sexuales son imprevistas y ocurren en lugares y situaciones inapropiadas; experimentan continuos cambios de pareja; tienen poco conocimiento de la sexualidad, no se plantean el control del embarazo, demuestran escasa orientación y uso de anticonceptivos y poseen insuficiente información sobre las enfermedades de transmisión sexual y su prevención. ⁽²²⁾

El 37% de los estudiantes refiere haber usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual observándose mayor uso de condón y anticonceptivos orales, porcentajes mayores usaron coito interrumpido, método natural (calendario, temperatura, Billings) y dispositivo intrauterino. Los estudiantes refieren obtener información de métodos anticonceptivos principalmente de los amigos, los padres y los profesores, en menor proporción se informan de la televisión, otros medios como libros y revistas, como también de consultorios de salud y radio. Porcentajes marginales refieren el internet y la iglesia ⁽²³⁾

La anticoncepción de emergencia (AE) es un tema ampliamente difundido y debatido en los medios de comunicación, debido a un importante incremento de la demanda así como la dispensación gratuita en determinadas comunidades autónomas. El consumo va aumentando paulatinamente y en edades cada vez más tempranas. Desde los centros de salud se tiene la percepción de que se está empleando la AE como método anticonceptivo habitual en vez de excepcional y de urgencia que es su indicación, sobre todo por los adolescentes, debido posiblemente al desconocimiento por parte de los mismos; en un estudio realizado en dos institutos de educación secundaria, en Torrijos España en cuanto al uso de AE los adolescentes que han mantenido alguna vez relaciones sexuales con penetración, el 8.1% (de 446 alumnos) manifestaron haberla utilizado alguna vez, de estos el 9.1% refirieron haber repetido la toma en más de una ocasión. Para conseguir la AE el 54% la obtuvo en los servicios de urgencia de atención primaria, el 27.3% de su médico de familia, el 9.1 en los servicios de planificación familiar y otro 9.% en otros lugares; el 45.5% tuvieron dificultades para conseguirla. ⁽²⁴⁾

CLASIFICACIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS:

Los anticonceptivos se clasifican de acuerdo con el tiempo de duración de su efecto en transitorios (reversibles) ó definitivos (irreversibles).

Hoy en día se hace difícil poder ubicar en cada grupo los distintos anticonceptivos, porque en la práctica se combinan muchos de ellos en busca de una mayor efectividad.

Podemos dividirlos de la siguiente forma:

1.-Métodos de Barrera:

- a) Espermicidas: cremas, jaleas, aerosoles de espumas, supositorios ó tabletas espumantes y supositorios solubles.
- b) Mecánicos sin medicar: condón, diafragma, capuchón, escudo vaginal ó condón femenino.
- c) Mecánicos medicados: esponjas vaginales.

2.-Dispositivos Intrauterinos:

- a) Inertes
- b) Bioactivos ó medicamentosos.

3.-Hormonales:

- a) Locales
- b) Orales: combinados ó progestágenos solo
- c) Sistémicos: inyectables ó implantes.

4.-Biológicos:

- a) Abstinencia Periódica
- b) Coito Interrupto
- c) Método de Lactancia Materna Exclusiva –Amenorrea (MELA).

5.-Quirúrgicos:

- a) Femeninos
- b) Masculinos

Se dice que el anticonceptivo ideal debe reunir los siguientes requisitos:

- Eficaz en el 100% de las parejas que lo utilicen.
- Inocuo, es decir, que no produzca efectos secundarios en los usuarios.
- Reversible, o sea, que se recupera la fertilidad una vez interrumpido su uso en un período inferior a 2 años.
- Aplicable: fácil manejo y aceptable por la pareja.
- Económico..⁽²⁵⁾

En el inicio del siglo XXI permanecen interrogantes que requieren más y nuevas investigaciones. Entre ellos la conducta sexual de los adolescentes en un mundo con considerables riesgos para la salud, deviene objeto de relevancia política y científica. En el contexto de estudios regionales, Ibañez y Odriozola hicieron una encuesta entre jóvenes universitarios de Puebla en la que interesaba conocer las fuentes de educación sexual usadas. Las fuentes más importantes fueron los amigos y los padres para las mujeres, en tanto que para los hombres lo fueron los amigos y los libros. En otro estudio realizado en

Aguascalientes, los varones declararon acudir a resolver sus dudas sobre sexualidad principalmente con los amigos, seguidos casi en el mismo nivel por el maestro, el padre y la madre. Las mujeres en cambio, prefirieron acudir en primer lugar con la madre, y en segundo lugar con los amigos. ⁽²⁶⁾

La educación sexual es la parte de la educación general que incorpora los conocimientos bio-psico-sociales de la sexualidad, como parte de la formación integral del educando. Su objetivo básico es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarlo para que se cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana y positiva, consciente y responsable dentro de su cultura, su época y su sociedad. La responsabilidad primaria en la educación -en los aspectos básicos- para la formación de los individuos que han de llegar a ser los adultos del mañana, es la familia ⁽²⁷⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Demasiado mayores para ir al pediatra y demasiado jóvenes para ir al médico general, los adolescentes se han descuidado y se han ubicado en la tierra de nadie. Los servicios de salud no han prestado atención a los problemas propios de esta edad, como los trastornos alimentarios, los cambios hormonales y emocionales, pero sobre todo en aquellos cambios correspondientes al área de salud reproductiva, particularmente en lo que concierne a planificación familiar y a la consecuencia de presentar un segundo embarazo no deseado. Núñez RG 2005 (17). La adolescencia es un periodo de autodefinición y descubrimiento de sí mismo que involucra cambios físicos psicosociales y cognitivos. En esta etapa de cambios rápidos donde la curiosidad y experimentación son normales, se produce el desarrollo de la sexualidad. La sexualidad es un concepto multidimensional que comprende aspectos éticos, psicológicos, biológicos y culturales. Su desarrollo involucra la consolidación de la identidad y la conducta sexual, esta última se encuentra influida por una interrelación entre cambios biológicos con percepciones individuales y valores socioculturales. Torrico EA 2004 (14). Si bien siempre ha habido embarazo precoz, recién en la década del 70 el tema empezó a aparecer como preocupación social. En 1974 la Organización Mundial de la Salud, empezó a prestarle especial atención dentro de la temática general de la salubridad adolescente y lo planteo como problema creciente de alto riesgo y capital importancia. La maternidad temprana suprime las etapas de maduración de la adolescente, trayendo consecuencias sociales como deserción escolar, dificultades económicas, falta de paternidad responsable por parte del progenitor del bebé y frustraciones sociales. Della, MM 2005 (22). La teoría y la investigación sobre la familia han mostrado reiteradamente la importancia de las relaciones con los padres para el desarrollo y el ajuste psicológico de los niños y los jóvenes. Esas relaciones no están exentas de transiciones y de retos. Uno de los retos es el proceso de separación e individuación de los hijos. Para los padres ese proceso implica la necesidad de ajustarse al cambio; para los hijos se trata de una de las tareas más importantes de su desarrollo. En este proceso se incrementa la búsqueda de independencia respecto a los padres y un progresivo establecimiento de relaciones románticas y con pares; aumenta la proporción de tiempo empleado en contextos ajenos a la familia, pero no necesariamente se genera un rompimiento con ésta. Barrera F, Vargas E. 2005 (3). Durante la últimas décadas, los procesos de transición demográfica y epidemiológica que han experimentado diversos países, junto a importantes cambios socioculturales, han cambiado el perfil de morbilidad y mortalidad de los adolescentes. Hoy en día, la mayoría de sus problemas de salud son consecuencia de conductas de riesgo (e.g. Abuso de sustancias) trayendo como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, accidentes de tránsito, depresión y suicidio. Los cambios descritos han ocurrido en forma paralela a cambios en la estructura familiar tales como aumento de los hogares monoparentales y del número de mujeres que han ingresado en la fuerza laboral, volviendo más vulnerable un importante núcleo protector del adolescente. Lo anterior aparece como relevante, porque en el desarrollo de un adolescente, el contexto social en que se desenvuelve-familia y escuela- son los contextos más influyentes. Al respecto se ha demostrado que un adecuado funcionamiento familiar es relevante, siendo la disfunción familiar un factor que

se asocia a mayor prevalencia de salud mental en adolescentes, lo que se asocia también con alteración del rendimiento académico, mayor deserción escolar y aumento de la violencia. La adolescencia es un periodo de transición en el cual se concretan importantes hitos del desarrollo. La consolidación de la identidad personal, sexual, vocacional, la independencia económica y la conformación de las bases para una posterior relación de pareja estable, objetivos frente a los cuales, el contexto vital del adolescente, familia, escuela, amistades son un apoyo fundamental. Santander RS, 2008 ⁽¹⁵⁾. La población adolescente de México representa un quinto de la población en el país lo que supone la oportunidad de desarrollo social y económico que garantice el crecimiento sustentable de la nación. Para que se cumpla este supuesto es indispensable que el capital humano se prepare tanto en el aspecto académico como en el humanista. La adolescencia es una etapa de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos de sus hijos e hijas y de sus parejas. El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe de hacerse con responsabilidad para uno mismo, la pareja y los hijos presentes y futuros. Diaz SV, 2003 ⁽⁸⁾

En la Villa de Ahome cada día se ve como se incrementa el embarazo durante la adolescencia temprana a pesar de la información y difusión de los métodos de planificación familiar existentes. Es motivo de preocupación por provocar problemas de salud pública de gran impacto mundial debido a la morbilidad materno-infantil que presenta, aún cuando se ha reducido mucho en los países desarrollados en los últimos años. No obstante, los países más pobres presentan unas tasas inaceptables que superan hasta en 200 veces los índices europeos. Actualmente en el mundo se ha incrementado el inicio precoz de las relaciones sexuales, esto trae como consecuencia embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual. La villa de Ahome tiene en su población, factores de riesgo para que los adolescentes inicien relaciones sexuales tempranas, como lo es el alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, deserción escolar, desempleo, disfunción familiar. Las consecuencias del embarazo en adolescentes abarcan aspectos maternos y fetales físicos, además de psicosociales que interfieren en la madurez y aceptación sociofamiliar de la madre y en la salud del producto. Por lo antes mencionado, el presente estudio es para saber que uso hacen de los métodos de planificación familiar los adolescentes que tienen información sobre los mismos, con la finalidad de saber por que no los usan.

JUSTIFICACION

En la comunidad de Ahome se presenta una elevada cantidad de adolescentes embarazadas (1,634 menores de 24 años de edad, de 1928 en control prenatal). Los adolescentes presentan obstáculos culturales e institucionales al momento de ocurrir a los servicios de salud en busca de información sobre los métodos de planificación familiar, encontrando que el 98%% de ellos los conocen pero solo el 38.3% los utilizan, acuden en su mayoría hombres por condones y anticoncepción de emergencia. El no uso de los métodos de planificación familiar durante la adolescencia conduce invariablemente al embarazo no deseado y a las enfermedades de transmisión sexual, creando alteraciones emocionales y físicas a los adolescentes, debido a la problemática generada tanto a nivel familiar, como de pareja y personal, que a veces los lleva a tomar conductas inapropiadas como sería la opción por el aborto, matrimonio forzado, madres solteras o abandonadas, con las consecuencias propias de éstos, alterando en forma trascendente e importante su calidad de vida a corto plazo. Al no haber encontrado investigaciones sobre dicha problemática en la comunidad de Ahome, se pretende realizar el presente estudio para saber si los adolescentes conocen y usan los métodos de planificación familiar durante esta etapa de su formación productiva-reproductiva, con la finalidad de crear una conducta de responsabilidad ante un futuro inmediato.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento y las razones de no uso de los métodos anticonceptivos en los adolescentes del COBAES 03 de la Villa de Ahome.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Registrar las variables sociodemográficas de la población en estudio (edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, religión, grado escolar)

Comprobar si tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos y establecer las vías de información.

Determinar la conducta sexual que llevan a cabo.

Identificar las razones por las que no usan los métodos anticonceptivos.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, transversal, observacional.

POBLACION DE ESTUDIO: En La Villa de Ahome, Ahome Sinaloa, en el Colegio de Bachilleres del Estado de Sinaloa (COBAES) 03 el cual cuenta con una población de 800 adolescentes, en las instalaciones de la escuela se aplicará el cuestionario previamente formulado, en los periodos de receso, previo consentimiento verbal informado.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION: Adolescentes de ambos sexos que se encuentren en el rango de 15 a 19 años y quieran participar de manera voluntaria en la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Adolescentes que no desearon participar voluntariamente y mayores de 20 años.

CRITERIOS DE ELIMINACION: Se eliminaron 10 encuestas, 7 incompletas y 3 en blanco.

VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	NUMERO DE AÑOS CUMPLIDOS	NUMEROS ENTEROS	NUMÉRICA
SEXO	CARACTERISTICAS FENOTIPICAS	MASCULINO FEMENINO	NOMINAL
ESTADO CIVIL	SITUACIÓN LEGAL DE LA PAREJA	SOLTERO CASADO UNIÓN LIBRE VIUDO DIVORCIADO	NOMINAL
LUGAR DE RESIDENCIA	SE TOMARA COMO SU LUGAR DE RESIDENCIA	URBANO RURAL	nominal
RELIGION	CONOCIMIENTO SOBRE VALORES MORALES	CATOLICA NO CATOLICA NINGUNA	NOMINAL
AÑO ESCOLAR	NUMERO DE AÑOS CURSADOS	1º 2º 3º	numérica
INFORMACION SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	GRADO DE INFORMACION	BUENO: CUANDO EL ADOLESCENTE ESTA INFORMADO Y USA ALGUN METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. REGULAR: CUANDO EL ADOLESCENTE ESTA INFORMADO PERO NO USA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR. MALO: CUANDO EL ADOLESCENTE NO ESTA INFORMADO Y POR LO TANTO NO USA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.	NOMINAL
VIAS DE INFORMACION	MEDIOS POR LOS CUALES SE HA INFORMADO DE LOS METODOS DE	RADIO,TV, AMIGO/AMIGA, MEDICO, MAESTRO, PADRES, PUBLICACION CIENTIFICA, REVISTAS, PERIODICOS	NOMINAL

	PLANIFICACION		
USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE HA USADO DURANTE UNA RELACION SEXUAL	JALEAS, ESPERMICIDAS, COITO INTERRUPTO, CONDÓN PASTILLAS, INYECCIONES,DIU, PARCHES, IMPLANTES, ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA.	NOMINAL

DISEÑO ESTADISTICO:

GRUPO DE ESTUDIO 1

NUMERO DE MEDICIONES. Se realizó una sola medición de cada una de las variables.

TIPO DE MUESTREO: Muestreo no probabilístico a conveniencia.

TIPO DE MUESTRA: Independiente.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculó el tamaño de la muestra con formula para estudio descriptivo.

$$n = \frac{(z \alpha/2)^2 p (1-p)}{(d)^2}$$

$$(d)^2$$

$$n = 202$$

El protocolo fue autorizado por el comité de investigación, representado por la Doctora Master en ciencias Paula Flores Flores, en la Delegación Sinaloa del IMSS.

El número del registro es el R-2010-2501-23

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS: Encuesta que incluyó cada una de las variables.

METODO DE RECOLECCION DE DATOS: Se solicitó permiso al director del COBAES 03 para realizar la encuesta con los adolescentes de esta institución, mismo que fue otorgado por la HGZ# 49. Se realizó una entrevista directa con ellos en la escuela informando el motivo de la investigación y se les aplicó el cuestionario previamente elaborado, durante los periodos de receso, a los adolescentes que libremente desearon participar en dicha investigación, previo consentimiento verbal informado.

La recolección de datos estuvo a cargo del investigador.

Los resultados se concentraron en una hoja de recolección de datos. (anexo 1)

ANALISIS ESTADISTICO

Se obtuvieron para las variables numéricas el promedio, rango y la desviación estándar, para las nominales frecuencia, porcentaje, se procesaron los resultados por medio de cuadros y gráficas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2009-2010

	ENERO	FEBRE RO	MARZ O	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS TO	SEPTI EMBR E	NOVIE MBRE	DICIE MBRE	ENER O	FEBRE RO
REVIS ION DE LITER ATUR A	X	X	X										
ELAB ORAC ION DE PROT OCOL O				X	X								
SOLIC ITUD DEL AUTO RAL COMI TE DE INVES TIGA CIÓN						X	X						
REVIS ION DE ENCU ESTA S								X	X				
PROC ESAM IENTO DE DATO S										X			
PRESE NTAC ION DE RESU LTAD OS											X		

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO: Los recursos fueron sufragados por el investigador.

CONSIDERACIONES ETICAS: El presente estudio no interfiere con los principios básicos establecidos en el Código Internacional de Etica Médica, la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Se solicitó, de manera verbal el consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de la información.

RESULTADOS:

Durante un periodo de 2 semanas se realizaron 210 encuestas a los adolescentes del COBAES 03 De La Villa de Ahome, encontramos 52 adolescentes que han iniciado vida sexual activa siendo un porcentaje del 26%

En relación a la edad se encontró que la media aritmética fue de 16.255, con una edad mínima de 15 años y la mayor de 19 años, la cual cursa con una desviación estándar de +/- 1.004 . Cuadro 1

Del sexo femenino son 106(53%) del sexo masculino son 94(47%). De los que han iniciado actividad sexual del sexo masculino son 34 (65.38%) del sexo femenino son 18(34.61%). Cuadro 2

Respecto al estado civil, solteros son 188(94%) en unión libre 9(4.5%) y casados 3(1.5%). Con actividad sexual: solteros 40(76.92%) en unión libre 9 (17.30%) casados 3(5.76%). cuadro 3

En cuanto al lugar de residencia son 112 de La Villa de Ahome, y 88 de lugares aledaños. Con actividad sexual son 28(53%) de La Villa de Ahome y de lugares aledaños 24 (46.15%) Cuadro 4

Practican la religión católica 130(65%), 48(24%) no practican ninguna religión y 22(11%) practican religión no católica. De los que tienen actividad sexual son católicos 28(53.84%), los que no practican ninguna religión son 17(32.69%) y los no católicos son 7(13.46%) Cuadro 5

Respecto al año escolar son de primer año 83(41.5%) de segundo año son 76(38%) y de tercer año son 41(20.5%). Con actividad sexual de 1º año son 24(46.15%) 2º año 19(36.53%), 3º 9(17.30%) Cuadro 6

En cuanto a si están informados sobre métodos de planificación familiar 185(92.5%) si están informados y 15(7.5%) no lo están. Con actividad sexual están informados sobre los métodos de planificación familiar 50(92.15%) y 2(3.84%).no están informados sobre dichos métodos Cuadro 7

En relación a las vías de información lo hacen por la TV, 63(31.5%) por el médico 38(19%) por los amigos 34(17%) por el maestro 21(10.5%) por ningún medio 15(7.5%) por medio de los padres y la radio 14(7%) y por las revistas 1(0.5%) . Con actividad sexual por medio de los amigos 17(32.69%), televisión 12(23.07%), médico 8(15.38%), maestro 5(9.61%) padres y radio mismo porcentaje, 4(7.69%) y por ningún medio 2(3.84%) . Cuadro 8

No han tenido relaciones sexuales 148(74%), 52(26%) si las han tenido. Cuadro 9

148(74%) no usan ninguno porque no tienen actividad sexual, de los que tienen relaciones sexuales 35(67.30%) usaron algún método, 17(32.69%) no usaron ninguno. Cuadro 10

En relación a los métodos que usan los adolescentes con actividad sexual, el más frecuente es el condón 28(53.84%) 11(21.15%) no usa ninguno, hormonales orales 4(7.69%) hormonales inyectables 3(5.76%) Anticoncepción de emergencia, coito interrumpido, espermicidas 2(3.84%) mismo porcentaje cada uno. Cuadro 11

La conducta sexual de la población general es grado 0, 6(3%) grado 1, 103(51.5%) grado 2, 18(9%) grado 3, 21(10.5%) grado 4, 52(26%) Cuadro 12

Entre las razones de no uso, 148 de los adolescentes no usan porque no tienen actividad sexual. Entre las razones de no uso en los adolescentes con actividad sexual se encontró que 19(36.53%) no pensaron que ocurriera, 12 de ellos (23.07%) refieren vergüenza para ir a solicitarlos a los servicios de salud; 11(21.15%) por falta de recursos económicos y 10(19.23%) refieren falta de comunicación con la pareja. Cuadro 13.

DISCUSION:

El presente estudio está enfocado a la información de los métodos de planificación familiar conocidos y utilizados por adolescentes de La Villa de Ahome, Sinaloa, estudiantes del Colegio de Bachilleres del Estado de Sinaloa (COBAES 03)

La población total es de 800 alumnos de los tres grados, por lo que se consideró una muestra población de 200 adolescentes, con el fin de cubrir un 25% del universo.

A continuación se muestra un análisis descriptivo de los resultados obtenidos:

La frecuencia del inicio de vida sexual activa según las encuestas realizadas tiene un impacto en los de 15 y 16 años de edad, situación que concuerda con los diferentes artículos analizados donde se refiere un inicio entre los 12 y 16 años de edad, Pérez BC, refiere que en México la primera relación se ubica alrededor de los 16 años, situación que concuerda con lo encontrado en Ahome donde el 25% de los que han iniciado esta actividad son de 15 años de edad, el 38.46% son de 16 años.

En relación al género, se encontró que en Ahome el 65.38% de los hombres tienen actividad sexual en relación con el 34.61% de lo encontrado en las mujeres, difiere con Jerónimo MC, el cual refiere que los varones representan casi 3 veces el número de mujeres que han tenido ya relaciones coitales.

De los que tienen VSA: 40(76.92%) son solteros, 3(5.76%) son casados y en unión libre 9(17.30%)

. Respecto a la religión refiere Robledo A, que el 73.3% de los jóvenes que se consideraban religiosos no habían tenido relaciones sexuales con penetración frente al 64% de los no religiosos, situación que difiere a lo encontrado en ahome donde se encontró que los católicos y los que practican otra religión son 35(67.30%) y de los que no practican ninguna religión solo 17(32.69%) han iniciado actividad sexual.

En relación al año escolar se encontró porcentaje menor de inicio de VSA en los alumnos de tercer año, situación que coincide con, Torrico, Perez e Issler, los cuales refieren al mayor grado de estudio como un reconocido factor de protección.

En Ahome el 92.5% de los alumnos están informados sobre los métodos anticonceptivos, coincidiendo con lo referido por Jerónimo MC el cual menciona que en América latina el 92% de los adolescentes conocen al menos uno de dichos métodos.

En relación a los medios de información se encontró en Ahome que la principal vía de información es la televisión, situación que difiere con lo encontrado por Fétis NG, que menciona como principal vía los amigos y en menor proporción la televisión.

En relación a si han tenido relaciones sexuales, en Ahome se encontró que el 26% de los encuestados refiere haberlas iniciado durante la adolescencia media y tardía, difiere en el porcentaje con Santander RS, (43.5%) pero coincide con la prevalencia en que es significativamente mayor en hombres que en mujeres. Pérez refiere que en casi todo el mundo la mayoría de los jóvenes inician su actividad sexual durante la adolescencia.

En relación a si han usado algún método de planificación familiar, se encontró en Ahome que 35(67.30%) y 17 (32.69%) no lo usa o lo hace ocasionalmente, Robledo A refiere que solo 3 de cada 4 refieren usar algún método en todas las relaciones, Issler refiere que un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación disminuyendo ese porcentaje en las siguientes. Entre las razones de no uso hay coincidencia con lo encontrado por Jerónimo MC, donde refiere que una de las razones más importantes de no usar un método anticonceptivo es porque no esperaban que dicha relación ocurriera, encontrando en Ahome, dicha situación en 19 adolescentes(36.53%).

En cuanto al método de planificación familiar más usado se encontró en Ahome que el 68.29% usa el condón masculino, Antona, en Madrid lo encontró en un 50% observando además que lo hacen con mayor frecuencia los individuos de las clases sociales más favorecidas, situación que coincide con Fétis y Cols; Goncalves refiere que el método más usado es el condón y la píldora, encontrando en Ahome un 9.75% de uso de esta. En relación a la anticoncepción de emergencia (AE) se encontró en Ahome que lo usan el 4.87% de las adolescentes, lo cual difiere con Brasa AJ, el cual refiere que el 8.1% lo ha usado alguna vez.

En relación a la conducta sexual, Gonzalez TM, considera las conductas de riesgo en sexualidad al petting III y coito no protegido por asociarse la primera a la actividad coital no protegida y ambas a riesgo de embarazo e ITS, encontrando en Ahome que 21(40.38%) presentan dicha conducta.

CONCLUSIONES:

En los adolescentes del COBAES 03 ubicado en La Villa de Ahome:

_ Se determinó el nivel de conocimiento así como también se identificaron las razones por las que no usan los métodos anticonceptivos.

_ Se logró registrar que a menor edad y grado escolar, es más frecuente el inicio de relaciones sexuales.

_ Se determinó la conducta sexual que llevan a cabo los adolescentes.

Por lo tanto se concluye que los adolescentes del COBAES 03 de La Villa de Ahome, tienen un grado de conocimiento regular debido a que tienen información de los métodos anticonceptivos pero no los usan porque no pensaron que ocurriera, por vergüenza, por falta de recursos económicos, así como falta de comunicación con la pareja, así mismo es importante considerar que ésta es fundamental para llevar a cabo una conducta sexual responsable ya que llevan a cabo conducta grado 3 y 4 de petting sin protección en un porcentaje importante (40.38%).

SUGERENCIAS:

_Es importante considerar el papel formador de valores que desempeña la familia, durante la consulta, considerar mayor apertura para abordar a los jóvenes e informarles sobre la importancia del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos orientando hacia una cultura de sexualidad responsable.

_ Igualmente en la consulta abordar a los padres con hijos adolescentes, para que exista una mejor comunicación y dialogo en este sentido con la finalidad de orientarlos a tomar decisiones asertivas durante esta etapa de su desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Richard E.K Cheryl M.K. medicina dela adolescencia EN:Richard E. Behrman Robert M. Kliegman. Nelson compendio de Pediatria. Cuarta ed. Aravaca Madrid: Mc Graw-Hill-INTERAMERICANA DE ESPAÑA 2002 .271.
- 2.- Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107- Agosto 2001; 11-23
- 3.- Barrera F. Vargas E. Relaciones familiares y cogniciones románticas en la adolescencia: El papel mediador de la autoeficacia romántica. Revista de estudios sociales no.21, agosto de 2005, 27-35.
- 4.- Carrasco SR. La sexualidad en el adolescente: conformación de la conciencia en el adolescente sobre la sexualidad. Durango, México, 16 de Enero de 2007
- 5.-Robledo A. López A. de Jean S. Sánchez R. del Rio L. Barrera E. Conocimientos y comportamientos sexuales de los adolescentes escolarizados de Parla. Sexologia integral 2007;4(2);73-79
- 6.- García-Baltazar J y col. Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México. Salud Pública Mex 1993;35:682-691.
- 7.- Santana YL. Principales metodos anticonceptivos: Historia y Actualidad. Abril 2006.
- 8.- Díaz SV. El embarazo de las adolescentes en México. Gaceta Médica de México, Julio Agosto 2003.
- 9- Pérez BC, Pick S. Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology- 2006, Vol. 40, Num. 3 pp. 333-340
- 10.-Pick WS, Andrade PP, Townsend J, Glvaudan M. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes. Salud Mental V.17 No 1. marzo de 1994. 25-29
- 11.- Ríos CB, Yera AML, Guerrero MM. Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Barrio Adentro. Nuevitas, Camaguey, Cuba, noviembre de 2008.
- 12.- Jerónimo MCA, Alvarez LJG, Carbonel LWF, Goyeneche JN. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. Acta Med Per 26(3) 2009

- 13.- Stamm CA, Kabir K, McGregor JA. Avances en la atención y prevención de las infecciones de transmisión sexual en las adolescentes. *Atención médica* 2008; 21: 18-32.
- 14.- Torrico EA, Salas MA, Gutierrez AA, ArceCM, Salazar FJ. Factores de riesgo asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes mujeres estudiantes de secundaria de la paz, bolivia. *Rev Soc Bol Per* 2004; 43(1): 3-7
- 15.- Santander RS, Zubarew GT, Santelices CL, Argollo MP, Cerda LJ, Borquez PM. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Rev Méd Chile* 2008; 136: 317-324.
- 16.-Santoyo HS, Alvarado SG, Corral RJ, Pons CE,Córdova ES, Dominguez OJ y cols. Conocimientos generales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva de 14 países de América Latina. *Aten Fam* 2007;14(1):12-16.
- 17.-Núñez RG, Alanís AM, Alanís AM, Alanís SJ, Salinas MA, Garza EM, Villareal RE. Diferencias en la utilización de métodos de planificación familiar por mujeres adolescentes en Monterrey, Mexico, según el modelo de educación utilizado. *Rev Esp Salud Publica* 2005; 79: 69-77
- 18.-Antona RA, Madrid GJ. Anticoncepción de emergencia, adolescencia y representaciones sociales. *Sexología integral* 2009; 6(3): 102-108
- 19.- Gallegos EC, Villarruel AM, Loveland-Cherry C, Ronis DL, Zhou Y. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Publica Mex* 2008;50:59-66.
- 20.-Gonzalez TM, Aguirre CM, Tapia CJ. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 2005, 76 (6); 573-579
- 21.-Gonçalves CS, Castellá SJ, Carlotto M. Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*-2007, Vol.41, Num.2 pp. 161-166
- 22.- Della MM, Landoni A. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina, mayo de 2005.
- 23.- Fétis NG,BustosML, Lanas ZF, Baeza WB, Contreras RJ, Hebel NE, Marucich BC. Factores asociados al uso de anticonceptivos en estudiantes de enseñanza media de la comuna de Temuco. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008; 73(6) 362-369

24.- Brasa AJ, Pérez c, Estepa j, Ortiz ZM. Contracepción de emergencia: una perspectiva desde la adolescencia. Centro de Salud de Torrijos, Toledo España, 2007

25.- Bencomo GDN. Salud reproductiva: Métodos anticonceptivos utilizados en planificación familiar. Habana, 2007.

26.- Gayet C, Rosas CA, Magis C, Uribe P. Con quien hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA. Salud pública Mex 2002; 44: 122-128.

27.- Salazar VY, Constantino TJ. Sexualidad en adolescentes, riesgo para VIH/SIDA: ¿Problema ético o moral?. Reynosa, Tamaulipas, México. Mayo 2007. 1-6

ANEXO 2

CUADRO 1

PORCENTAJE SEGUN LA EDAD EN LA POBLACION ENCUESTADA

EDAD	No DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
15	52	26,00%
16	71	35.5%
17	56	28,00%
18	17	08.5%
19	4	2,00%

Fuente: encuestas

CUADRO 2

PORCENTAJE SEGUN SEXO EN LA POBLACION ENCUESTADA

SEXO	No ADOLESCENTES	PORCENTAJE
MASCULINO	94	47,00%
FEMENINO	106	53,00%

Fuente: encuestas

CUADRO 3

PORCENTAJE SEGUN EL ESTADO CIVIL

SOLTERO	188	94,00%
UNION LIBRE	9	4.5%
CASADO	3	1.5%

Fuente: encuestas

CUADRO 4

PORCENTAJE SEGUN EL LUGAR DE RESIDENCIA

LUGAR	No ADOLESCENTES	PORCENTAJE
AHOME	112	56,00%
LUGARES ALEDAÑOS	88	44,00%

Fuente: encuestas

**CUADRO 5
PORCENTAJE SEGUN RELIGION**

RELIGION	No DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
CATOLICA	130	65,00%
NINGUNA	48	24,00%
NO CATOLICA	22	11,00%

Fuente:encuestas

**CUADRO 6
PORCENTAJE SEGUN AÑO ESCOLAR**

AÑO ESCOLAR	No DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
1°	83	41.5%
2°	76	38,00%
3°	41	20.5%

Fuente:encuestas

**CUADRO 7
PORCENTAJE SEGUN INFORMACION SOBRE METODOS DE
PLANIFICACION FAMILIAR**

INFORMACION	No DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
SI	185	92.5%
NO	15	7.5%

Fuente: encuestas

**CUADRO 8
PORCENTAJE SEGUN VIAS DE INFORMACION**

VIAS DE INFORMACION	No ADOLESCENTES	PORCENTAJE
TELEVISION	63	31.5%
MEDICO	38	19,00%
AMIGO	34	17,00%
MAESTRO	21	10.5%
PADRES	14	7,00%
RADIO	14	7,00%
REVISTAS	1	0.5%
NINGUN MEDIO	15	7.5%

Fuente: encuestas

CUADRO 9
PORCENTAJE EN RELACION A SI HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES

RELACIONES SEXUALES	No DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
NO	148	74,00%
SI	52	26,00%

Fuente: encuestas

CUADRO 10
PORCENTAJE EN RELACION A SI HAN USADO METODOS ANTICONCEPTIVOS ADOLESCENTES CON ACTIVIDAD SEXUAL

USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAM.	No DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
SI	35	67.30%
NO	17	32.68%

Fuente: encuestas

CUADRO 11
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE USAN LOS ADOLESCENTES.

METODO QUE USAN	No DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
CONDON	28	53.84
PASTILLAS	4	7.69%
INYECCIONES	3	5.76%
ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA	2	3.84%
COITO INTERRUPTO	2	3.84%
ESPERMICIDAS	2	3.84%
NINGUNO	11	21.15%

Fuente: encuestas

CUADRO 12
CONDUCTA SEXUAL QUE LLEVAN A CABO LOS ADOLESCENTES

GRADO DE PETTING	No DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
GRADO 0	6	3.0%
GRADO 1	103	51.5%
GRADO 2	18	9-0%
GRADO 3	21	10.5%
GRADO 4	52	26,00%

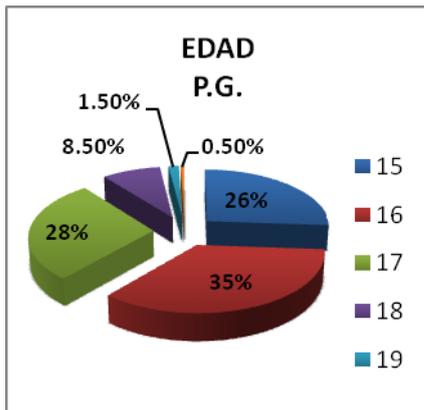
Fuente: encuestas

CUADRO 13
PORCENTAJE EN RELACION A LAS RAZONES DE NO USO DE METODOS
DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON ACTIVIDAD
SEXUAL.

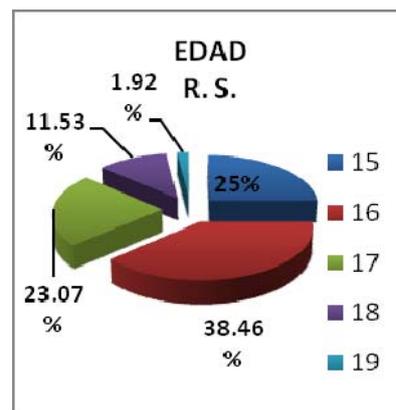
RAZONES	No DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
NO PENSARON QUE OCURRIERA	19	36.53%
VERGUENZA	12	23.07%
FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS	11	21.15%
FALTA DE COMUNICACION CON MI PAREJA	10	19.23%

GRÁFICAS:

DISTRIBUCION DE LAS EDADES DE LA POBLACION EN ESTUDIO



Gráfica 1.a



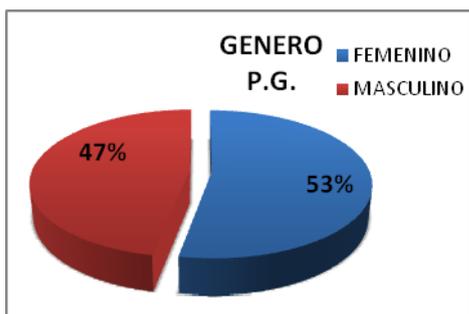
Gráfica 1.b

Fuente: encuestas

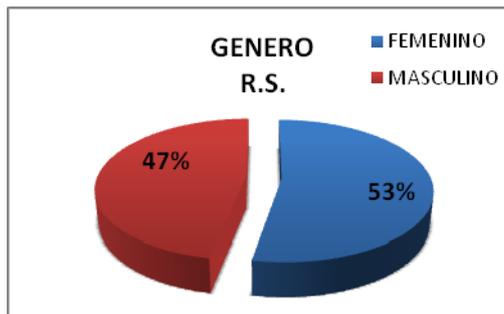
Gráfica 1.a Población General encuestada

Gráfica 1.b. Población con relaciones sexuales

DISTRIBUCION DEL SEXO DE LA POBLACION EN ESTUDIO



Fuente: encuestas

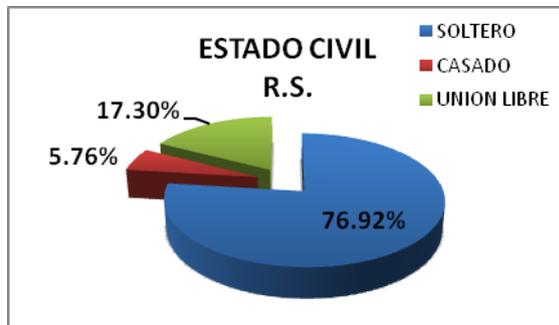


Gráfica 2

DISTRIBUCION SEGUN ESTADO CIVIL

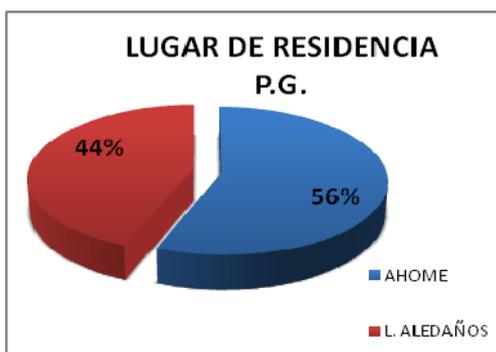


Fuente: encuestas

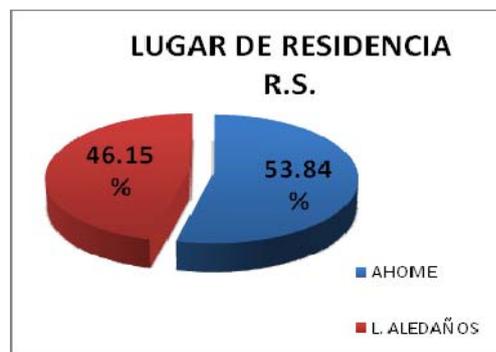


Gráfica 3

DISTRIBUCION SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA EN LA VILLA DE AHOME Y LUGARES ALEDAÑOS.

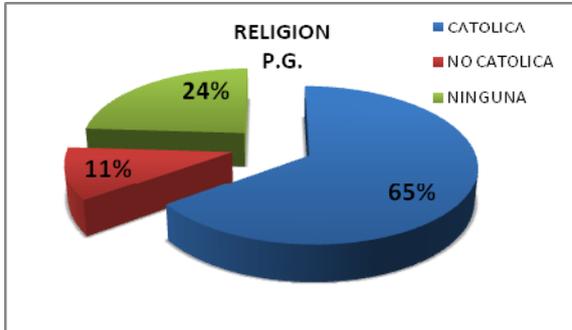


Fuente: encuestas

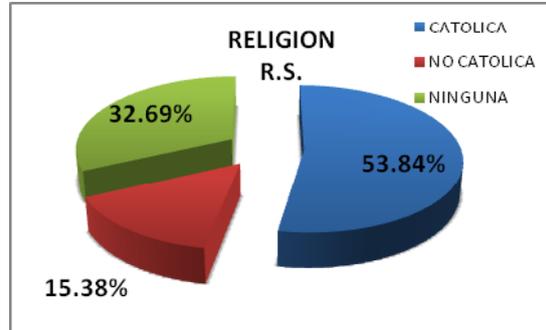


Gráfica 4

DISTRIBUCION SEGUN LA RELIGION PRACTICADA

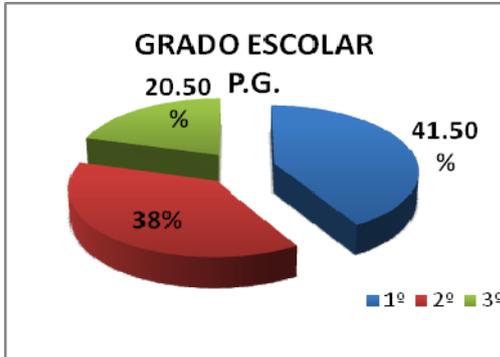


Fuente: encuesta

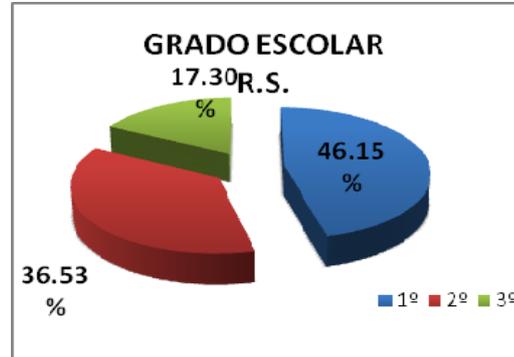


Gráfica 5

DISTRIBUCION SEGUN EL AÑO ESCOLAR CURSADO



Fuente: encuesta



Gráfica 6

DISTRIBUCION DE ALUMNOS QUE TIENEN INFORMACION SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

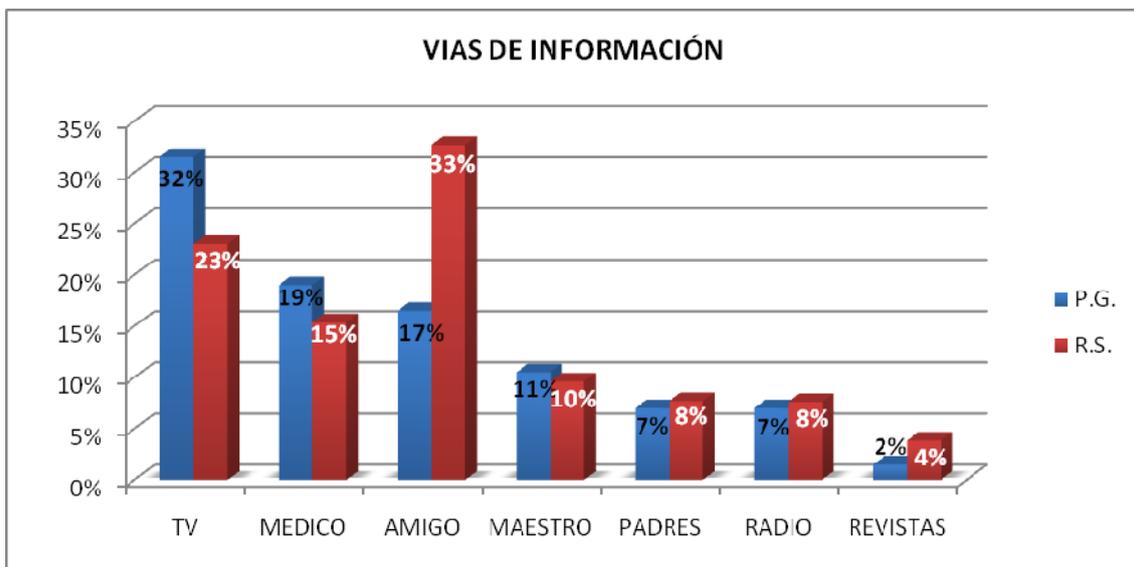


Fuente: encuestas



Gráfica 7

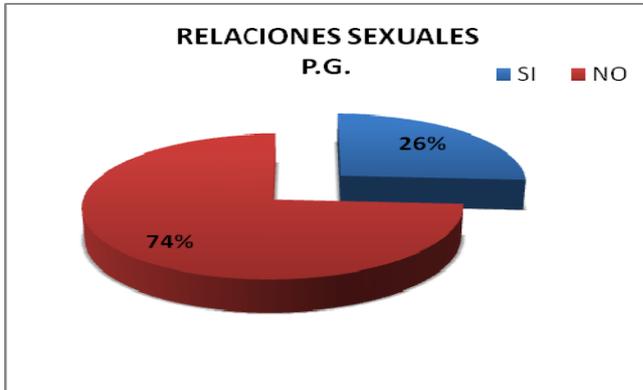
DISTRIBUCION SEGUN LAS VIAS DE INFORMACION SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.



Fuente: encuestas

Gráfica 8

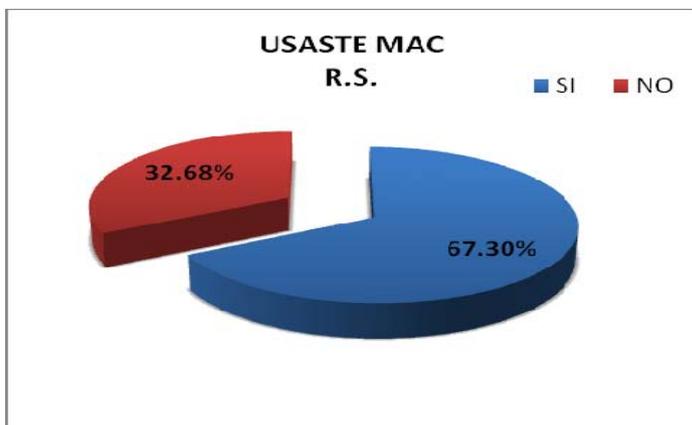
DISTRIBUCION EN RELACION A SI TIENEN O NO ACTIVIDAD SEXUAL



Fuente: encuestas

gráfica 9

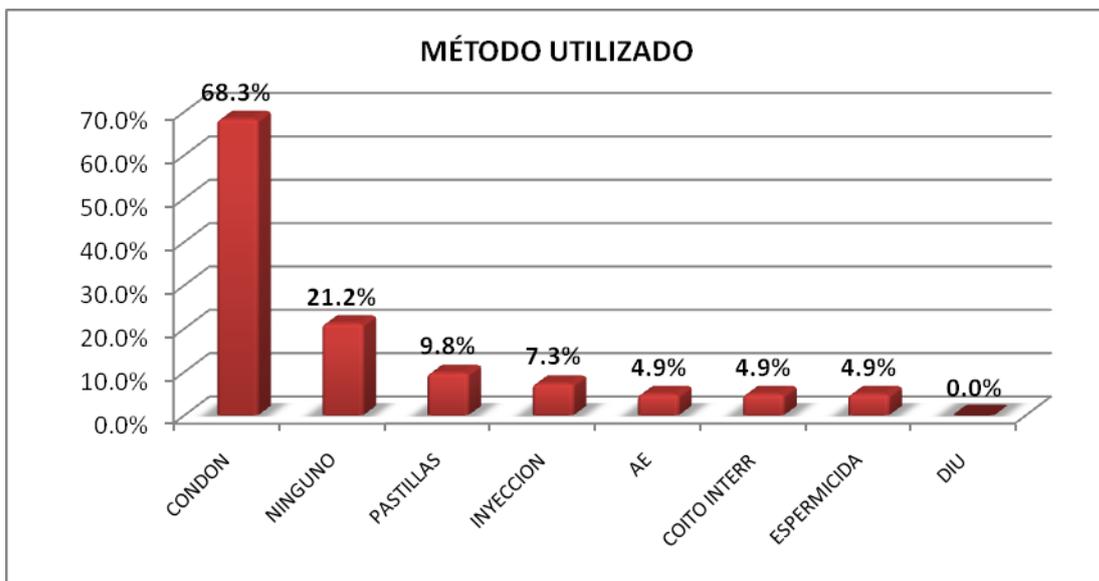
DISTRIBUCION EN RELACION AL USO DE ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.



Fuente: encuestas

Gráfica: 10

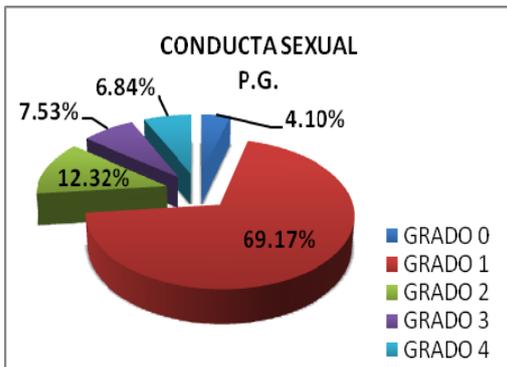
DISTRIBUCION SEGUN EL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE USAN.



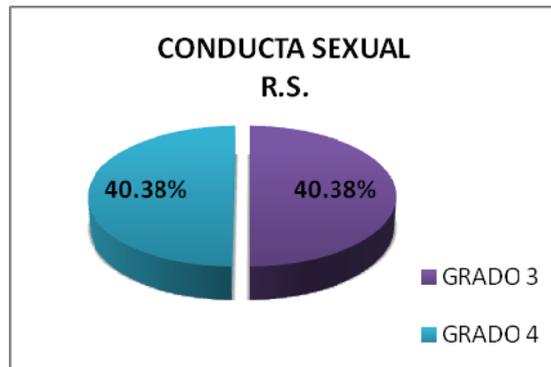
Fuente: encuestas

Gráfica 11

DISTRIBUCION EN RELACION A LA CONDUCTA SEXUAL, GRADO DE PETTING.



Fuente: encuestas



Gráfica 12

DISTRIBUCION EN RELACION AL NO USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

