



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



División de Estudios de Posgrado e Investigación

Departamento de Medicina Familiar

Instituto de Seguridad Social del Estado de

México y Municipios

Hospital Regional Nezahualcóyotl

**“Identificar la Educación Sexual que presentan los adolescentes en el
Hospital Regional Issemym Nezahualcóyotl”.**

Trabajo para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar para el
Médico General en el Hospital Regional Issemym sede: Nezahualcóyotl.

Presenta:

Dr. Efrén Ojeda Pérez

Nezahualcóyotl, Estado de México.



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.

“Identificar la Educación Sexual que presentan los adolescentes en el Hospital Regional Issemym Nezahualcóyotl”.

Trabajo para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar para el Médico General en el Hospital Regional Issemym sede: Nezahualcóyotl

Presenta:

Dr. Efrén Ojeda Pérez

A u t o r i z a c i o n e s :

Dr. Francisco Javier Fulvio Gómez Clavelina
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

Dr. Felipe de Jesús García Pedroza
Coordinador de Investigación
Del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

Dr. Isaías Hernández Torres
Coordinador de Docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

"Identificar la Educación Sexual que presentan los adolescentes en el Hospital Regional Issemym Nezahualcóyotl".

Trabajo para obtener el diploma de Especialista en
Medicina Familiar para el Médico General en el Hospital Regional Issemym sede:
Nezahualcóyotl

Presenta:

Dr. Efrén Ojeda Pérez.

A u t o r i z a c i o n e s:

Dr. Barnad Romero Librado Carlos
Profesor titular del curso de Especialización
En Medicina Familiar en el Hospital
Regional Issemym sede: Nezahualcóyotl.

Dr. Barrera Tenahua Oscar
Asesor Metodológico de tesis
Médico Familiar y Profesor Adjunto
Del curso de Especialización en Medicina
Familiar en el Hospital Regional Issemym sede: Nezahualcóyotl.

Lic. Mejía Márquez Martha
Directora de Educación e Investigación en Salud

Dr. Eduardo Brea Andrés
Jefe del Departamento de Investigación e Innovación Educativa en Salud

Nezahualcóyotl, Estado de México.

ÍNDICE.

1. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 Definición.....	1
1.2 Cambios Físicos.....	5
1.3 Adolescencia y Familia.....	9
1.4 Factores de Riesgo y Protección de la Familia.....	10
1.5 Adolescencia y Cultura.....	13
1.6 Adolescencia y Sexualidad.....	14
1.7 Sexualidad en el Adolescente en México.....	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
3. JUSTIFICACIÓN.....	20
4. OBJETIVOS.....	21
4.1 Generales.....	21
4.2 Específicos.....	21
5. METODOLOGÍA.....	22
5.1 Tipo de estudio.....	22

5.2 Población, lugar y Tiempo de estudio.....	22
5.3 Muestra.....	22
5.4 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.....	22
5.5 Variables.....	23
5.6 Propósito de la Investigación.....	25
5.7 Grupo de Investigación.....	25
5.8 Tipo de Muestra.....	25
5.9 Instrumento para recolección de datos.....	25
5.10 Método de recolección.....	26
5.11 Recursos Humanos.....	26
5.12 Recursos Materiales.....	27
5.13 Recursos Financieros.....	27
5.14 Análisis de la Información.....	27
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	28
7. RESULTADOS.....	31
8. DISCUSIÓN.....	35
9. CONCLUSION.....	37

10. BIBLIOGRAFÍA.....	38
11. ANEXOS.....	42

MARCO TEORICO

1.1 CONCEPTO

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud -entre los 10 y los 24 años-. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 años hasta los 24 años.^{1 2}

La OMS establece que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, y que el 85% de ellos viven en países pobres o de ingresos medios y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año. ^{1,4}

La palabra adolescente se refiere a un joven entre la pubertad y el complejo desarrollo del cuerpo. Muchos creen que “adolescente” tiene una raíz o sentido próximo a “que adolece”, dada la similitud de las palabras. Y consecuentemente, acude a esta etimología como recurso retórico al hablar, sin embargo tienen raíces diferentes.²

La palabra adolescente y adulto derivan del verbo latino *adolescere*- crecer, desarrollarse. Deriva del participio presente que es activo; por tanto es el que está creciendo; adulto del pasado; que ya ha crecido. Adolescentem = adolescente, adultum= adulto

1.2 Cambios Psicosociales.

Todos los individuos, durante el período de la adolescencia, presentan un mayor o menor grado de crisis de desarrollo, es decir desde el punto de vista práctico, el perfil psicológico es transitorio, cambiante y emocionalmente inestable. El desarrollo de su personalidad dependerá en gran medida de la personalidad que se haya estructurado en las condiciones sociales, familiares y ambientales que se les ofrezcan. Los cambios y transformaciones que cubre el individuo en esta etapa son considerablemente acusados tanto en la esfera psíquica como en la orgánica. Algunas de las tareas que se imponen a un adolescente, incluyen. ¹

- A) Aceptar cambios puberales.
- B) Desarrollo del pensamiento abstracto y formal.
- C) Identificación y solidificación de amistades afectivas con probable experimentación grupal con las bebidas alcohólicas, cigarrillos e incluso drogas.
- D) Establecimiento de la identidad sexual, mostrando timidez, moralidad y preocupación por su atractivo físico.
- E) Lucha por la identificación del «Yo», incluyendo la estructuración de su existencia basado en esa identidad.
- F) Alcanzar la independencia, un proceso de autoafirmación, imprescindible para la madurez social-a menudo rodeado de conflictos, resistencia y/o interferencia con su independencia.
- G) Logros cognitivos y vocacionales; fuerte interés en el presente y limitado enfoque en el futuro.
- H) Capacidad de controlar los períodos de depresión y facultad de expresar necesidades personales y grupales. ¹

Es por tanto un periodo de cambios psico-sociales donde el individuo tiene una búsqueda de una propia identidad lo cual lo convierte en una persona que es susceptible a cambiar repentinamente su forma de actuar, está en contra de la injusticia y cree en la justicia pero si puede conseguir las cosas de la manera más

fácil no duda en hacerlo, solo por los valores y normas que ha aprendido de la familia, tiene gran interés por lo que ocurre fuera del contexto familiar lo que lo hace vulnerable a las adicciones si no hay una buena comunicación y vínculo familiar, la adolescencia no es el periodo más crítico de las etapas de la vida pero si no se da una educación con límites bien establecidos y con las figuras de autoridad apropiadas o no se respetan normas y acuerdos, se corre el riesgo de que los padres sean remplazados por otras personas en las cuales el adolescente se identifica y pierden autoridad y mando, siendo uno de los motivos para considerar a la adolescencia como etapa difícil se tienen que tomar decisiones pero si se da una orientación adecuada no habrá ningún problema, más bien los padres tienen una idea vendida por los medios de que la adolescencia es la etapa crítica todas las etapas pueden serlo si no se afirman los lazos familiares y no se establece adecuadamente normas y valores y si no se enseña a los hijos a tomar decisiones.^{5,6}

En las fases más avanzadas, la capacidad de juicio crítico se extiende a sí mismo, de ahí el sentimiento de culpabilidad como característico de la esfera afectiva y por el cual nacen deseos de rectificación por mecanismos de sublimación y racionalización.⁷

Las relaciones con el sexo opuesto se hacen más serias, aumenta su capacidad para establecer sus propias metas, disminuyen los conflictos y aumenta su estabilidad emocional, así como la aparición e identificación de patrones o tendencias aberrantes. El 61.59% de los adolescentes de 12 Años en adelante (Tanto Hombres Como Mujeres) Tienden a ponerse irritables al llamarlos "niños".³

Desde el punto de vista práctico, los cambios normales del crecimiento tienen tres grandes características:

Se realizan en forma secuencial, es decir, aparecen unas características antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación, el vello pubiano antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc.³

El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades, por lo que algunos maduran antes que otros, para cada sexo.

Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su raza, constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente socio-cultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico, que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente.⁴

Crecer es una característica destacada de la pubertad, el brote o estirón de la pubertad es una de las características fundamentales de la adolescencia. Tiene una duración de 3 a 4 años con un promedio de 24 a 36 meses. Está caracterizado por un rápido crecimiento del esqueleto, llamado punto de velocidad máxima (PVM) que se manifiesta por un aumento rápido de la talla o crecimiento lineal de aproximadamente 8 cm en la mujer y unos 10 cm en el varón. Es seguida por una desaceleración o enlentecimiento progresivo del crecimiento lineal hasta que se detiene por la fusión de las epífisis de los huesos largos como consecuencia hormonal.^{4,5}

Actualmente se considera que el incremento en la velocidad de crecimiento es el primer signo de inicio pubertad en las niñas, aunque es más fácil de visualizar dicho cambio en el botón mamario. El crecimiento corporal no es homogéneo, por lo general se aprecia una gradiente distal: proximal, es decir, los pies y las manos crecen antes que lo hacen las piernas y los antebrazos, y éstos lo hacen antes que los muslos y los brazos. La cadera crece antes que los hombros y el tronco, el cual se acompaña de epífisis vertebral transitoria.⁵

Todos los órganos participan en el estirón del crecimiento a excepción de la cabeza, el timo, el tejido linfático y la grasa subcutánea. El inicio del estirón es variable en edad, por lo que los padres o el adolescente pueden manifestar preocupación por una supuesta precocidad o retardo del crecimiento. Las necesidades nutricionales se hacen más intensas, hay disimetría fisiológica que

causa cierta “torpeza” motora, aumenta el metabolismo del calcio en el período de crecimiento rápido.⁵

Los cambios biológicos y orgánicos durante la adolescencia marcan de modo casi definitivo el dimorfismo sexual.

1.3. Cambios físicos

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento. En los varones el peso coincide con la talla, es decir, de 10 a 20 kg por año. El aumento de peso puberal viene a representar el 50% del peso ideal del individuo adulto.

La grasa corporal total aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante las niñas depositan grasa más rápida y extensamente que lo hacen los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones normales, en ningún momento de la pubertad se espera que las niñas pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco.¹⁰

La mujer y el varón prepuberales tienen igual proporción entre masa magra—tejido muscular, huesos y vísceras—y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos los cuales coinciden con el punto de velocidad máxima (PVM) de crecimiento. Por el contrario, en las niñas, se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y el tronco. Este crecimiento divergente da como resultado que los hombres tengan hasta un 45% de su peso corporal en músculos y las mujeres hasta un 30% de su peso corporal en grasa. Al final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres.¹⁰

El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a expensas de tejido graso o tejido magro. Los

hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación al tronco, las piernas son más largas en el varón.¹⁰

La cabeza aumenta muy poco en tamaño, pero la cara se diferencia tomando aspecto de adulto, sobre todo por el reforzamiento mandibular, muy evidente en el varón y por los cambios en la nariz. Bajo las influencias de los andrógenos se establece también una diferencia en la parte anterior del cartílago tiroides y las cuerdas vocales que tienen el triple de longitud que en las niñas.¹⁰

El crecimiento muscular es un hecho resaltante, especialmente mientras dura el estirón de la estatura, con predominio en el varón, sobre todo por la acción de los andrógenos que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. Por supuesto, el tamaño, la fuerza y la habilidad pueden no ser diferentes en un varón y una mujer, dependiendo de la actividad física que desarrollen. El corazón y los pulmones también participan en el estirón del adolescente, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica.¹⁰

En cuando a la dentición es importante el diagnóstico de las caries y alteraciones mecánicas. En general se completan 28 piezas durante la adolescencia.

De 9 a 11 años: 4 premolares

De 10 a 12 años: los segundos premolares

De 10 a 14 años: los caninos

De 11 a 13 años: los segundos molares.

De 14 a 18 años las llamadas muelas de juicio, completando la dentadura adulta.

Y en cuando a la maduración sexual, en la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona foliculoestimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios

observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.

Mujeres:

El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años.

Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo bilateral y casi siempre es doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo es cualitativo, la areola se hace más oscura y grande y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas.¹⁰

El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Típicamente comienza a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios extendiéndose hasta el monte de Venus, logrando la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (más o menos entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y corporal aparece más tarde.¹⁰

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y en folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vagina, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño y en el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen para cubrir el introito. La vagina llega a 8 cm de profundidad y luego de 10 – 11 cm. Por efectos estrogénicos, la mucosa se

torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la menarquía. Se desarrollan las glándulas de Bartolini, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia con la presencia del bacilo de Doderlein, la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración, el himen se engruesa y su diámetro alcanza 1 cm.¹⁰

La menarquía, que es la primera aparición del ciclo menstrual, aparece precedida por un flujo claro, inoloro, transparente y bacteriológicamente puro que tiene aspecto de hojas de helecho al microscopio. La menarquía tiende a ocurrir a los 11 o 12 años, aunque puede aparecer en la pubertad avanzada. (8-10 años).

Hombres:

La Adolescencia en los hombres comienza a los 12 o 13 Años. Los testículos pre-puberianos tienen un diámetro aproximado de 2,5 a 3 cm, el cual aumenta obedeciendo a la proliferación de los túbulos seminíferos. El agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente. En el escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos.⁹

La espermatogénesis es detectada histológicamente entre los 11 y 15 años de edad, y la edad para la primera eyaculación es entre 12 y 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumenten de tamaño. Las erecciones son más frecuentes y aparecen las poluciones nocturnas.⁹

El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, más grueso y rizado. Puede comenzarse el vello axilar y en ocasiones, en el labio superior. El vello en los brazos y piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años de edad.⁹

Aumenta la actividad (glándula suprarrenal/apocrina) con aparición de humedad y olor axilar, igual que el acné.

1.4 Adolescencia y Familia

La adolescencia es una etapa en la que se busca conformar una identidad, partiendo de un modelo externo. Dicho modelo es elegido por características que concuerden con las necesidades psicológicas y vitales que el adolescente está experimentando. En la construcción de estos modelos también influye el referente social que ha sido transmitido en la relación con sus padres, quienes a su vez lo tomaron de la sociedad.⁶

Los adolescentes son vulnerables a las influencias de los modelos sociales y a los entornos de vida que frecuentan. Poco a poco se van separando del primer soporte, que son los padres, para plegarse a nuevos ideales y consolidar nuevas identificaciones con el fin de definir la manera en la que participará dentro de su cultura.⁶

Si las bases para la construcción de la identidad son deficientes, el establecimiento del adolescente como individuo se conforma por medio de una exploración difusa, carente de estructura o con una presencia en el medio autoafirmada en acciones efímeras. Lo cual es resultante en la organización de una identidad parcial que incorpora los riesgos como expresiones de autoafirmación para compensar el empobrecimiento de los mecanismos de respuesta a las demandas y necesidades que se deben enfrentar

En esta fase de adolescencia unos autores la han dividido en tres etapas de desarrollo individual y familiar:

1. Adolescencia temprana: Donde inicia el desinterés por los padres, se buscan relaciones con compañeros del mismo sexo, se pone a prueba la autoridad, se cela la intimidad. Así como el desarrollo de capacidades cognitivas, el dominio de la fantasía, la inestabilidad emocional y la falta de control de impulsos.

2. Adolescencia media: Se intensifican los conflictos con los padres, la relación con los compañeros y la experimentación sexual. Se conforman sentimientos de invulnerabilidad y conductas omnipotentes.

3. Adolescencia tardía: El adolescente llega a sentirse más próximo a sus padres y a sus valores, da prioridad a las relaciones íntimas. Desarrolla su propio sistema de valores e identidad personal y social que le permite intimar.

Algunos otros han incluido dos etapas más: a) la preadolescencia, conceptualizada como la maduración física de la pubertad; se presenta también una gran curiosidad sexual, la necesidad de amigos y defensas de tipo religiosas e intelectuales para calmar la ansiedad ante la ruptura con la infancia; y b) la postadolescencia, en la cual se concreta la personalidad, hay independencia económica y se logran armonizar los deseos y las elecciones. (ERIK GOMEZ Y COBOS)^{7,6}.

1.4. Factores de riesgo y protectores en la familia

La integración de los niños al sistema social depende de tres grandes dimensiones: la individual, la familiar y la comunitaria. Es en la dimensión familiar donde se adquieren las normas, valores, derechos, obligaciones y roles; además de preparar a la persona para el papel que desempeñará en el futuro. Si hablar de riesgo es referirse a la proximidad o contingencia de estar expuesto a un daño, y la familia es la dimensión que se encuentra en mayor cercanía a la persona, es entonces ésta la que involucra un nivel más alto de peligro, pues éste se clasifica por falta de apoyo, trato violento, deserción escolar y poca estancia en el hogar. En cuanto a los factores protectores, se alude a los recursos ambientales que están disponibles para las personas, así como las fuerzas que éstas tienen para adaptarse a un determinado contexto. Tales recursos provienen igualmente de las tres dimensiones antes mencionadas, dentro de las cuales, la familia se presenta como apoyo incondicional, promueve la unidad y busca significados en situaciones difíciles.⁷

Factores de riesgo y protección

Las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan al individuo lograr la salud integral son denominados *factores protectores*. Estos pueden provenir de la familia, como características del grupo o comunidad al que pertenecen. Por otro lado, *factores de riesgo* son los atributos o cualidades de un sujeto o comunidad unidos a una mayor probabilidad de daño a la salud. Estos últimos incrementan la probabilidad de conductas como el uso y abuso de drogas, consumo de alcohol, tabaco, delincuencia, deserción escolar y relación sexual precoz, debido a que los factores protectores y de riesgo están significativamente vinculados con la cultura, influyendo y viéndose influenciada por cada individuo de manera distinta.

Los adolescentes son un grupo propenso a realizar conductas de riesgo que involucran peligro para su bienestar y que acarrear consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos de su desarrollo; estas conductas están en relación con los estilos de vida moderna, sumados a la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas —siendo esto parte natural del crecimiento— que les da la sensación de ser adulto.

La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente. Algunos de estos factores de protección incluyen la educación, nutrición, inmunizaciones, ejercicio físico, tiempo libre justo, promoción familiar y desarrollo espiritual, oportunidades de trabajo y legislaciones favorables para el niño y el adolescente. En los servicios de salud se debe hacer promoción en la prevención de cáncer pulmonar, embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, accidentes y en la evaluación de los patrones de crecimiento y desarrollo normales.

Factores de riesgo en adolescentes	
Tipos de factores	Conducta
Alteraciones en el desarrollo puberal	Menarquía precoz, discapacitación o retardo mental.
Desatención y otros problemas en la relación familiar	Fugas frecuentes o deserción del hogar, desempleo del jefe del hogar mayor a 6 meses.
Trastornos de la conducta alimentaria	Malnutrición, hipertensión arterial, arterosclerosis, diabetes, enfermedades crónicas, como el cáncer, tuberculosis, etc. ⁸
Riesgos intelectuales	Analfabetismo, bajo rendimiento y/o deserción escolar, crisis de autoridad, tiempo libre mal utilizado, segregación grupal
Factores biológicos	Tabaquismo, alcoholismo y otras drogas; uso de automóviles
Riesgos sexuales	Embarazos, infertilidad.
Factores sociales	Aislamiento, depresión, gestos suicidas, conductas delictivas y/o agresivas, nomadismo.
Independencia	Lucha por identidad, humor cambiante, mejora su habilidad de lenguaje y expresión, quejas de interferencias con independencia. ³

Las principales causas de muerte en adolescentes alrededor del mundo varía poco, si es que sólo el orden, según la región, y estas son las heridas no intencionales (particularmente accidentes de tránsito), SIDA (es la principal causa de muerte de mujeres jóvenes en África), otras enfermedades infecciosas, homicidio y otras heridas intencionales (especialmente importante en Suramérica), como la guerra, suicidio y heridas auto-infringidas.

1.5. Adolescencia y Cultura

La llegada a la adolescencia se ha celebrado siempre con distintos rituales y ritos de paso, como pueden ser, por ejemplo, las distintas fiestas que, organizadas por los *quintos*, se realizan en España e Hispanoamérica. También por ejemplo, la celebración en Japón de esto se llama "seijin shiki" (la "venida de la edad").

La tradición judía considera que los varones son miembros de la comunidad adulta a la edad de 13 años y de las chicas a la edad de 12, y esta transición se celebra mediante un ritual, llamado "Bat Mitzvah" para las mujeres, y el "Bar Mitzvah" para el varón.

La adolescencia, como toda etapa de crecimiento de la vida humana, esta signada por los cambios, las crisis y el paso a nuevos estados de vida. La sexualidad en esta etapa no escapa a todos estos sucesos.¹⁰

No hay una sola manera de encarar la adolescencia, dependerá del criterio con que se la mire el aspecto que se resaltará.

Desde el punto de vista cronológico está delimitada, más o menos, entre los doce y veinte años. Decimos más o menos porque como todo proceso de un ser vivo es imposible encasillarlo en márgenes estáticos.

La pubertad, con la menarca, (la primera menstruación) en la mujer y las primeras poluciones nocturnas en el varón, marcan desde el punto de vista biológico el comienzo de la adolescencia.¹⁰

Con el logro de la identidad personal (quien soy, hacia donde quiero ir, que quiero ser) está marcado desde el criterio psicológico de abordaje, el final de este período.

La definición de los roles es desde el punto de vista sociológico lo que define a la adolescencia, éstos, por supuesto dependen de la cultura en la que se vive, no hay roles determinados de nacimiento.

Por último hay un criterio que en la actualidad ha perdido, por lo menos en la civilización occidental, la trascendencia que gozó en otros tiempos, el antropológico. Desde este punto de vista el ingreso a la adolescencia está marcado por ritos determinados por cada cultura.

1.6. Adolescencia y Sexualidad

La adolescencia se había considerado como una etapa relativamente exenta de problemas de salud, pero hoy en día es evidente que adolescentes y jóvenes enfrentan serios problemas como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, violencia incluidos accidentes y suicidios. Otros de los peligros para la salud relacionados con la vida sexual y la reproducción son las infecciones de transmisiones sexuales (ITS), incluidas el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y los embarazos no deseados.¹⁵

La atención a adolescentes y jóvenes ha sido una prioridad mundial a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, 1994) realizada en El Cairo y de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (CCMM, Pekín, 1995), en cuyos planes de acción se superó la visión proteccionista hacia los menores de edad y se recomendó a los gobiernos la accesibilidad de información y servicios para adolescentes y jóvenes, así como la participación directa de éstos últimos en el diseño, ejecución y evaluación de sus programas. En esas plataformas se cambió sustancialmente el enfoque demográfico de las políticas de población anteriores, para orientarse más hacia la necesidad de garantizar la calidad de los servicios, promover la equidad de género e introducir una concepción de la sexualidad y la reproducción como campo de los derechos humanos.¹⁸

La presencia de los jóvenes en el mundo va en aumento y con ello el compromiso de los gobiernos de atender las necesidades de estos grupos. De acuerdo a las proyecciones del Consejo Nacional de Población el incremento de jóvenes entre 15 y 24 años es una constante que se prevé continuará hasta comienzos de la segunda década de este siglo. Entre el año 2000 y el 2020 el grupo más grande de población será el de 10 y 19 años, lo cual exige ampliar la oferta de servicios para ajustarla a las necesidades de adolescentes y jóvenes.¹⁵

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva de la adolescencia, se pone en evidencia la vulnerabilidad que tiene este periodo del ser humano para la presentación de consecuencias indeseables del ejercicio de la sexualidad: el embarazo no planeado y temprano, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el aborto muestran incidencias cada vez mayores en la población mexicana.¹⁶

Durante los siglos XVIII y XIX, se desató en el mundo occidental, liderado por la iglesia católica y algunos sectores moralizantes, una verdadera cacería de brujas contra la sexualidad en la adolescencia. Sanciones, castigos, represiones dirigidas a evitar la "degeneración" física y mental producida por sus inquietudes sexuales o peor aún por las prácticas eróticas solitarias o de pareja.¹¹

Solo basta recordar los criterios de muchos médicos que bajo la influencia de Krafft Ebing, aún a inicios del siglo XX, recomendaban como tratamiento a estos "trastornos" exponer los genitales de los adolescentes "desviados" al contacto con metales candentes u otras prácticas iatrogénicas.¹¹

Naturalmente en los inicios del tercer milenio, estas prácticas obsoletas parecen monstruosas y absurdas. En general, los criterios educativos se han flexibilizado, pero aún la educación de la sexualidad de niños, niñas y adolescentes continúa padeciendo graves deficiencias al mantenerse con un carácter sexista, estandarizada, despersonalizada y cargada de mitos y tabúes. Educación que le niega al adolescente la posibilidad de madurar en esta y otras esferas con un lenguaje y modo de expresión propios, particular, en

correspondencia con sus potencialidades, necesidades y aspiraciones individuales. ^{11, 15}

Una educación basada en el conocimiento, la aceptación y la comprensión, evita que se convierta en una etapa de crisis.

Esta forma de educación, al negar la singularidad de cada adolescente, lo obliga a reproducir fielmente los modelos estandarizados, polarizados y contrapuestos que sobre lo femenino y lo masculino establece y dicta la sociedad patriarcal. ³

Debemos tener en cuenta que cuando hablamos de los adolescentes como si se tratara de un grupo homogéneo, caemos en el error, y la realidad es que debemos hablar de etapas, cada una marcada por situaciones especiales que se manifestarán también en la sexualidad. ³

La primera etapa, llamada de aislamiento se da entre los 12 y 14 años. En el varón es la época de las barras, de la mugre y el desorden como reacción a los cambios que su cuerpo viene sufriendo. Hay un rechazo a las niñas como forma de superar la dependencia materna. La masturbación es la única forma de actividad sexual. La niña en cambio no rechaza a los varones. ¹⁵

Entre los 14 y 15 años se da la segunda etapa, llamada de incertidumbre. Se da mayor importancia a los pares, dependiendo muchas veces sus decisiones personales de las tendencias del grupo. El erotismo se da a través de chistes y conversaciones. ¹⁵

En el varón se dan encuentros homosexuales, que no marcan una futura opción homosexual, sino que son fruto de la timidez propia de la etapa que dificulta el acercamiento a personas del otro sexo. Comienzan los primeros enamoramientos.

En la tercera etapa, entre los 15 y 17 años se da la apertura a la heterosexualidad. Es la época de los grandes amores "para toda la vida", "que sin la otra persona me muero", y a los tres días se cambio de amor, gran intensidad pero poca duración. Hay una gran idealización de la otra persona. Se dan fantasías masturbatorias mas intensas. ³

En esta etapa se define la orientación sexual ("quien me atrae, un hombre, una mujer o ambos").

La última etapa llamada de consolidación se da entre los 17 y 19 años. Se consolida la identidad ("uno sabe quién es, que quiere y a donde va"). Las relaciones afectivas son más estables, se logra la des-idealización del ser amado sin tantos duelos intolerables.

Entonces se concluye que la sexualidad, es un fenómeno pluridimensional que comprende aspectos biológicos, psicosociales, conductuales, morales y culturales. Ninguna dimensión de la sexualidad puede ser tomada aisladamente. La sexualidad implica características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres y mujeres. Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que lo expresa a través del cuerpo, es un elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia del desarrollo personal.⁴

La sexualidad no sólo se refiere a la reproducción o a las relaciones coitales, sino aún más, a los sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamientos cotidianos de la vida. O bien, la sexualidad puede ser definida como la expresión psicológica y social de los individuos, en una cultura y en un momento determinado, por lo tanto, el estudio de la sexualidad debe realizarse desde diferentes puntos de vista; a las explicaciones biológicas deben agregarse, con toda la importancia que merecen, las que estudian el comportamiento humano en general, lo psicológico y lo sociocultural.⁴

1.7. Sexualidad en el Adolescente en México.

La información disponible en México sobre comportamiento, actitudes y prácticas sexuales proviene de censos, encuestas socio demográficas y epidemiológicas, principalmente. En relación con el conocimiento de métodos anticonceptivos, se notificó que las mujeres de 15 a 19 años de edad tienen, en general, menor conocimiento sobre métodos anticonceptivos; 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. Con la información de las últimas dos décadas es difícil precisar el porcentaje de adolescentes que han iniciado su vida sexual. La Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los adolescentes y Jóvenes del area Metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM), realizada en México en 1988, señala que 41.9% de los hombres y 22.9% de las mujeres habían declarado tener relaciones sexuales a una edad promedio de 17 años en los hombres, y a los 16 años en las mujeres. En esta encuesta sobresale también que sólo 33.8% de los jóvenes con actividad sexual había utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación. 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, y que la edad promedio de la primera relación fue a los 15 años; no se observó diferencia entre hombres y mujeres. Además, 44% de los adolescentes sexualmente activos declararon haber empleado algún método en su primera relación. La ENJ2000 señala que 55.3% de jóvenes de 15 a 29 años de edad tienen actividad sexual; de los jóvenes que tuvieron relaciones sexuales 67.7% declaró que la edad de inicio fue entre los 15 y los 19 años. ¹¹

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sexualidad como conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, marca de forma decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. Considerada a lo largo de la historia como una fuerza natural e innata, cada vez mas se llega al convencimiento de que en ella también intervienen las influencias sociales fundamentalmente la familia.¹²

Y aunque históricamente la tarea de instruir a los adolescentes sobre el sexo ha sido responsabilidad de los padres, en la práctica se ha comprobado que la comunicación paterno/filial en materia sexual puede estar mediatizada por las inhibiciones de los padres o por las diferentes tensiones entre ambas generaciones. Según estudios realizados, está demostrado que una gran mayoría de niños no reciben ninguna información sobre materia sexual por parte de los padres.¹¹

En el ISSEMYM a pesar de que existen módulos de atención al adolescente se ha precisado que desde la secundaria empiezan a ser precoces, ya que, cada año, esta clínica asiste a cuatro embarazadas menores de edad, ya que no existe una verdadera comunicación con los padres de familia y en la calle tienen información equivocada en estos casos.

También cabe destacar que no sólo a derechohabientes se les da pláticas de prevención sino también a la población en general, ya que solamente así prevenimos las enfermedades venéreas y otro tipo de cáncer de tipo sexual, ya que entre la juventud no se tiene la cultura de la prevención de usar los preservativos

Por lo que ante tal hecho nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cual es la educación sexual que presentan los adolescentes que acuden al Hospital General Nezahualcóyotl del ISSEMyM?

3.- JUSTIFICACION

El desarrollo de la familia data desde tiempos muy remotos. Siendo la célula básica de la sociedad. Tienen sus raíces en el propio desarrollo del hombre como ser social. La familia mexicana se ha caracterizado por la trasmisión a las nuevas generaciones de los valores acumulados por la sociedad misma. Le corresponde por ello educar a sus hijos en sus diferentes edades siendo una de las más difíciles la adolescencia por las características que presenta.

Sin embargo también es cierto que la relacionada con la disfuncionalidad familiar, las familias extensas, una cultura sanitaria e integración social inadecuada y los bajos niveles educativos, son la consecuencia de fenómenos como la drogadicción, alcoholismo, tabaquismo y grupos de creación denominados tribus urbanas, que repercuten en actitudes y comportamientos inadecuado de los adolescentes, ocasionando problemas de salud como: inicio de relaciones sexuales tempranas, cambios frecuentes de parejas, embarazos no deseados, infecciones de trasmisión sexual, unión pre-marital y deserción escolar.

Es importante por tanto tratar los temas de sexualidad desde la niñez. Y las vías por las que se deba obtener la información sea través de los padres, instituciones de salud y maestros, ya que los adolescentes definen la sexualidad como una forma de mostrarse en la vida, una forma de compartir, de relacionarse y de ser.

Teniendo en cuenta esto y que son insuficientes los estudios sobre sexualidad del adolescente en el municipio y básicamente en la institución del ISSEMyM, no se ha demarcado programas preventivos que involucre el entorno en el cual vive y se desarrolla el individuo desde su nacimiento; la familia como primera fuente de aprendizaje en aspectos de la sexualidad, al medio escolar, comunitario, personal de salud, el medico familiar e instituciones en general, en desarrollar cada vez más programas dedicados a adolescentes y jóvenes en beneficio de su salud mental.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

¿Cuál es el grado de educación sexual que presentan los adolescentes en el Hospital General de Nezahualcóyotl del ISSEMyM?

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la edad, sexo y grado escolar de adolescentes que se presentan más frecuente en el Hospital General de Nezahualcóyotl del ISSEMYM.
- Identificar el grado escolar más frecuente entre los padres de los adolescentes.
- Determinar la edad más frecuente de inicio de vida sexual.
- Identificar la estabilidad y grado de confianza de la actual pareja.
- Determinar el conocimiento de los métodos de planificación familiar en los adolescentes.
- Identificar la fuente de información sobre sexualidad que tiene al alcance el adolescente.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudio.

Se llevó a cabo un estudio:

Transversal; la variable o las variables de estudio se miden una sola vez de acuerdo a espacio y tiempo Trasversal.

Prospectivo. La información se generará en el futuro, de acuerdo con los criterios de la investigación, para fines específicos y se captará al momento de estarse generando.

Descriptivo. Se limitó a observar y describir los resultados.

5.2. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

La población en estudio fueron todos los adolescentes que acudieron al Hospital General Nezahualcóyotl del ISSEMyM, que se presenten en calidad de paciente o acompañante durante la consulta externa.

El estudio se llevara a cabo en el Hospital General Nezahualcóyotl del ISSEMyM, ubicado en San Juan de Aragon s/n Col. Vicente Villada Neza, Estado de México. Comprendido en el período del 1ro de Septiembre de 2010 al 31 de Enero de 2011.

5.3 MUESTRA

No probabilístico, intencional, por conglomerado. Sin muestreo.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

CRITERIOS DE INCLUSION

- Adolescentes derechohabientes del Hospital General Nezahualcóyotl del ISSEMyM.
- Que acudan a la consulta externa como paciente o acompañante.

- Tener entre 14 a 19 años de edad.
- Que acepten participar en forma libre en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Haber perdido la derechohabencia del ISSEMyM
- No firmar el consentimiento informado el Tutor o Acompañante

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Cuestionarios mal llenados.
- Cuestionarios que no completen alguno de los datos requeridos.

5.5 VARIABLES DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA

VARIABLE	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACION	FUENTE	ANALISIS Y CONTROL
EDAD	CUANTITATIVA	TIEMPO EN AÑOS QUE HA VIVIDO UNA PERSONA	NUMERICA CONTINUA	1) 14 2) 15 3) 16 4) 17 5) 18 6) 19	CUESTIONARIOS DE DATOS GENERALES	PORCENTAJE
SEXO	CUALITATIVA	RASGOS GENETICOS COMO PROCESO DE UNA ESPECIALIZACION DE ORGANISMOS	NOMINAL	1) MASCULINO 2) FEMENINO	CUESTIONARIOS	PORCENTAJE
ESTUDIOS	CUALITATIVA	GRADO MAXIMO	NOMINAL	1) LICENCIATURA	CUESTIONARIOS	TABLAS

ACADEMICOS DE LOS PADRES		DE ESTUDIOS RECONOCIDOS		2) BACHILLERATO 3) SECUNDARIA 4) PRIMARIA	ONARIO	
NOVIAZGO	CUALITATIVA	Período de tiempo que transcurre mientras dos personas mantienen una relación amorosa con o sin intención de casarse	NOMINAL	1) SI 2) NO	CUESTIONARIO	PORCENTAJE
RELACION SEXUAL	CUALITATIVA	Es el conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de distinto sexo o del mismo, y que generalmente suele incluir uno o varios coitos.	NOMINAL	1) SI 2) NO 3) A QUE EDAD	CUESTIONARIO	PORCENTAJE
METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	CUALITATIVA	Es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción que puede derivarse de las relaciones sexuales	NOMINAL	1) SI 2) NO 3) ¿CUAL?	CUESTIONARIO	GRAFICAS
EDUCACION	CUALITATIVA	Es un término usado para describir la	NOMINAL	1) Totalmente De acuerdo	CUESTIONARIO	GRAFICAS

SEXUAL		educación acerca del sexo, la sexualidad, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción -y más específicamente la reproducción human		2) De acuerdo 3) No lo se 4) En Desacuerdo 5) Totalmente en de acuerdo desacuerdo		
--------	--	--	--	--	--	--

5.6 PROPOSITO DE LA INVESTIGACION

Conocer la educación sexual que presentan los adolescentes que acuden al Hospital General Nezahualcóyotl del ISSEMyM en la consulta externa.

5.7. GRUPO DE INVESTIGACION

Adolescente entre 14 a 19 años de edad, que acudan a la consulta externa en calidad de pacientes o acompañantes y sean derechohabientes del ISSEMyM.

5.8 TIPO DE MUESTRA

Se realizo un muestreo por conglomerado en todos los adolescentes de 14 a 19 años de edad, que acudan a consulta externa en calidad de pacientes o acompañantes del Hospital General Nezahualcóyotl del ISSEMyM, y cuentan con la derechohabiencia del instituto.

5.9. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Se obtuvo la información a partir del cuestionario sobre conocimientos y actitudes sobre la sexualidad del adolescente previamente validado en un estudio publicado en 2002 por Mesa Gallardo, Médico Familiar. Consiste en una encuesta estructurada y anónima, auto llenado, de carácter voluntario y con un coeficiente de fiabilidad alpha que, atendiendo a los distintos grupos de ítems, alcanza una media de 64. Se utiliza dos tipos de preguntas, unas que exploran datos demográficos y de información general, a los que el sujeto deberá responder eligiendo su respuesta entre varias opciones que se le presentan y dos preguntas abiertas y otras tipo Likert, para la exploración de conocimientos y aptitudes, que contienen enunciados ante los que el encuestado deberá expresar su grado de acuerdo o desacuerdo mediante asignación de una puntuación.

5.10. METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Previa autorización de las autoridades correspondientes se llevara a cabo dentro de las instalaciones del Hospital General Nezahualcóyotl del ISSEMyM en la consulta externa la invitación a los adolescentes de 14 a 19 años de edad, en calidad de pacientes o acompañantes que se encuentren en la sala de espera a participar en el presente estudio de investigación de forma voluntaria y anónima, previa firma de consentimiento informado de padre o tutor si presenta minoría de edad, y posteriormente se le aplicara el cuestionario de auto llenado, anónimo con el contenido de datos demográficos, datos generales, de aptitudes y conocimientos sobre educación sexual. Posteriormente se seleccionará de acuerdo a los criterios de eliminación y exclusión, para realizar una tabulación y mediante la aplicación del programa Microsoft Excel 2003 y Programa Epi Info.

5.11 RECURSOS HUMANOS

Para la realización de este estudio se necesito:

- Investigador principal.
- Enfermera general de consulta externa.

5.12. RECURSOS MATERIALES

- Computadora Lap Top portátil Acer.
- Copias de Consentimiento informado y Cuestionario de Educación Sexual.
- Hojas blancas tamaño carta.
- Lápices y bolígrafos.
- Instalaciones del Hospital General Nezahualcóyotl del ISSEMyM.

5.13. RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos financieros correrán a cargo del investigador principal.

5.14. ANALISIS DE LA INFORMACION

Toda vez que se obtienen los datos almacenados en el programa Microsoft Excel e Epi-Info, se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen, porcentaje y frecuencias, y de tendencia central. La información obtenida se presenta en tablas y gráficas.

6. CONSIDERACIONES ETICAS

DECLARACIÓN DE HELSINKI

RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escócia (2000).

A. INTRODUCCION

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba

continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si conciente bajo presión. En un caso así, el

consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

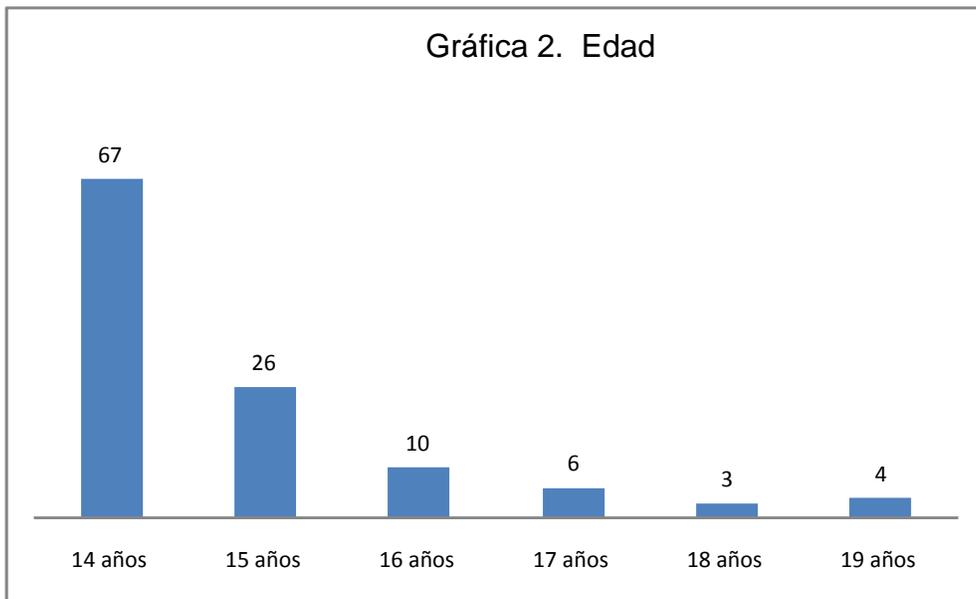
7. Resultados

Se estudiaron un total de 116 adolescentes que acudieron a la consulta externa del Hospital General de Nezahualcóyotl, durante el período del 1º de septiembre del 2010 al 31 enero del 2012 . Con respecto al sexo que presentaron los adolescentes 59 eran hombres (51%) y 57 mujeres (49%). Gráfica 1



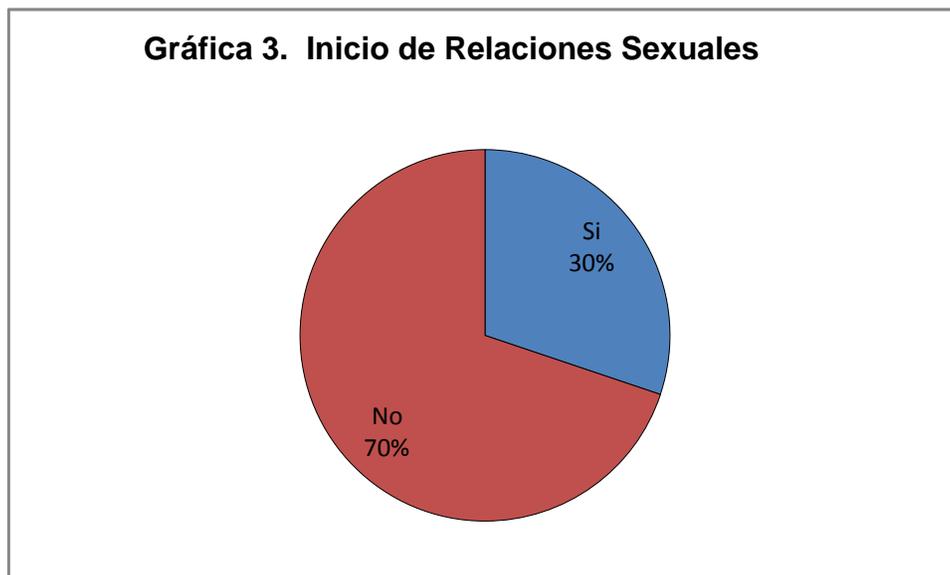
Fuente: Encuesta conocimientos y actitudes sobre la sexualidad del adolescente

En cuando a la edad, al agruparlas en una edad de 14 años un total de 67 adolescentes, de 15 años de edad con un total de 26 adolescentes, de 16 años de edad un total de 10 adolescentes, de 17 años un total de 6 adolescentes, en el grupo de 18 años de edad con 3 adolescentes y para el grupo de 19 años con un total de 4 adolescentes. Gráfica 2



Fuente: Encuesta conocimientos y actitudes sobre la sexualidad del adolescente

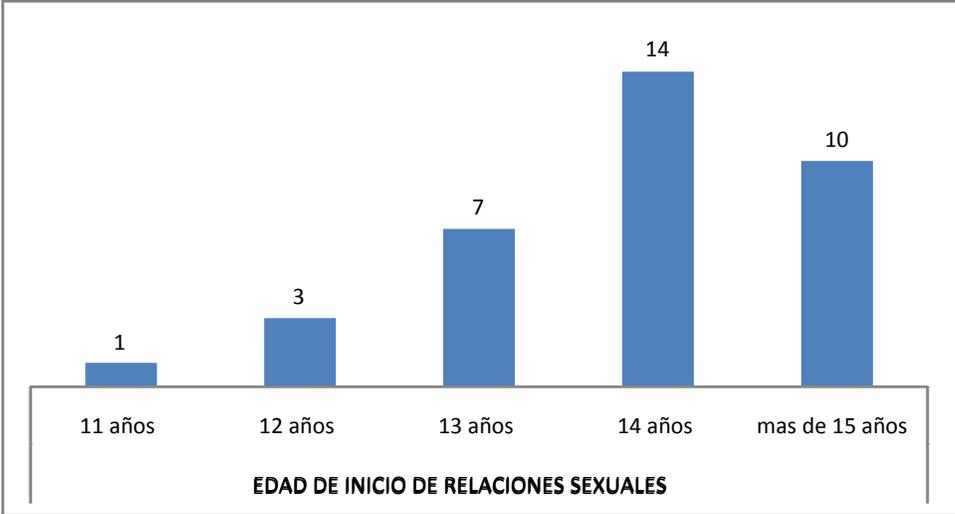
Del total de los adolescentes que contestaron la encuesta el 30% (35 adolescentes) de ellos habían iniciado vida sexual activa y el 70% (81 adolescentes) no había iniciado una vida sexual activa. Gráfica 3.



Fuente: Encuesta conocimientos y actitudes sobre la sexualidad del adolescente

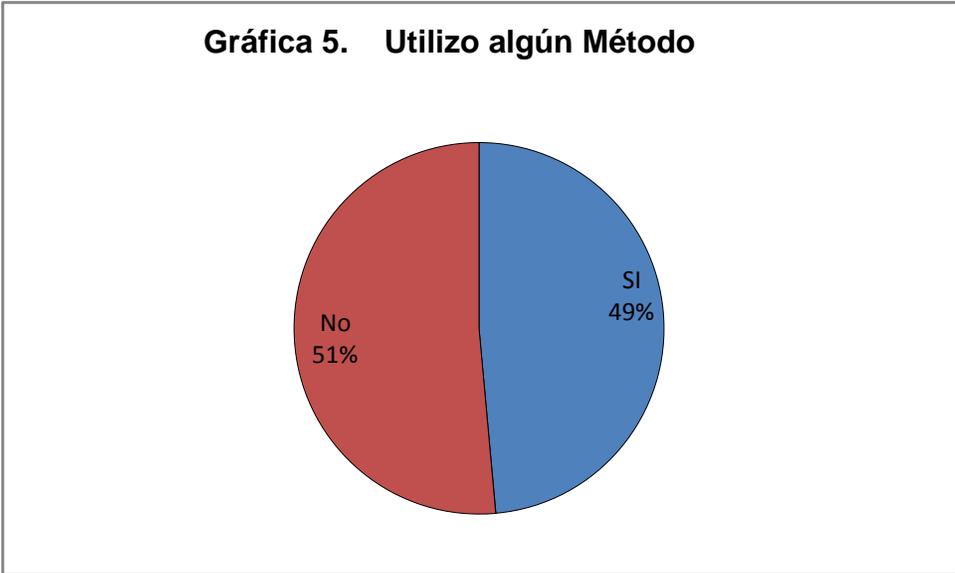
De los cuales el inicio de edad para iniciar su vida sexual la más frecuente fue a los 14 años de edad con 14 adolescentes, seguido de más de 15 años con un total de 10 adolescentes, con 13 años de edad 7 adolescentes, a los 12 años de edad fueron 3 adolescentes y por último 1 adolescente de 11 años de edad. Gráfica 4

Gráfica. 4



Fuente: Encuesta conocimientos y actitudes sobre la sexualidad del adolescente

Ahora bien de los adolescentes que iniciaron vida sexual con un porcentaje de 51% no utilizó algún método de planificación familiar en su primera relación y con un 49% si utilizó un método de planificación familiar. Gráfica 5



Fuente: Encuesta conocimientos y actitudes sobre la sexualidad del adolescente

De los 116 adolescentes entrevistados 96 de ellos no conocían algún método de planificación familiar, 14 de los adolescentes conocían el preservativo, 4 de los adolescentes identifican al hormonal oral como método, un adolescente refiere a la pastilla de emergencia como método de planificación y por último un adolescente menciona como método el método de calendario.

La escolaridad que presentaban los padres de acuerdo a los rangos de licenciatura, bachillerato, Secundaria y primaria, se reflejan en el cuadro 1.

Tabla 1. Estudios de los padres

	Licenciatura	Bachillerato/Secundaria	Primaria
Padre	16	77	23
Madre	24	68	24

Fuente: Encuesta conocimientos y actitudes sobre la sexualidad del adolescente

Respecto de las opiniones y conocimientos sobre sexualidad, el 51% de los adolescentes manifiestan su desacuerdo y total desacuerdo con la afirmación de que ser virgen protege del embarazo, siendo un 49% de los encuestados los que piensan que ser virgen protege del embarazo. Respecto a sobre si determinadas posturas al hacer el amor protegen del embarazo, responden que si el 49%, y de que estas posturas protegen de la transmisión de ETS el 57.7% en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Respecto del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), preguntando por la opinión que tienen sobre la posibilidad de contagiarse con la sola penetración bucal, el 29 % piensan que no hay tal posibilidad o dicen desconocerlo, el 43% piensa que si y el resto (28%) dicen no saber. Acerca del uso de preservativo, el 79.3% opinan que su uso, teniendo puesto el preservativo en toda relación sexual con penetración, evita contagiarse de una ETS. En lo que corresponde a si los padres les encontraran con preservativos, el 6.8% de los adolescentes opinan que se enfadarían mucho, y con 31.8% no lo saben. El 39.6% creen que usar preservativo permite tener unas relaciones sexuales seguras y placenteras sin ser un rollo, y con 45.6% dice no saber. Si la penetración es lo mas importante en la relación sexual, con 32.7% afirma que si, mientras el 31.1 % refiere que no, por último al interrogar sobre la adquisición de los conocimientos sobre sexualidad con 42.2% afirma haberlo obtenido de la

escuela, seguido de 31% de los padres, y el resto 26.8% solos o de revistas y/o películas.

8. Discusión

En la adolescencia se produce la estructuración de funciones nuevas que incluyen el nivel de autoconciencia, relaciones interpersonales, y la interacción social, los jóvenes aprenden a conocerse, formar amistades, y se evidencia el despertar de la sexualidad.⁵ La familia se ha caracterizado por la trasmisión a las nuevas generaciones de los valores acumulados por la sociedad en el devenir histórico. Le corresponde por ello educar a sus hijos en sus diferentes edades siendo una de las más difíciles la adolescencia por las características que presenta grandes cambios de la familia.

En el presente trabajo lo que se observa en cuando a la edad de inicio de vida de sexual activa concuerda con el trabajo de **González Garza**, y en cuando a los estudios de los padres que tienen un comportamiento equilibrado, con una mínima diferencia entre ellos sin que sea estadísticamente significativa. Diferente a lo observado por **Baraldí**, en donde predominó un mayor nivel escolar entre los padres. Llama la atención el alto número de jóvenes que piensa que ser virgen (49%). Esta afirmación denota un alto grado de ignorancia sobre embarazo y anticoncepción, como lo menciona el **Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.** en donde se refleja de igual forma un alto número de adolescentes con esa creencia, como refiere es posiblemente porque la información académica que reciben suele estar más encaminada a aspectos teóricos, biológicos, descuidándose la información sobre métodos anticonceptivos.

Es en la adolescencia además cuando existe mayor posibilidad de contagio, por la variabilidad e inestabilidad de la pareja y porque la misma fisiología de los adolescentes los sitúa frente a un más alto riesgo de presentar una Enfermedad de Transmisión Sexual o de infectarse con el VIH (menos barrera mucosa cervical,

alteraciones del pH vaginal, epitelio cilíndrico inmaduro del cervix uterino, primer contacto con enfermedades sexuales y ausencia total de inmunidad frente a las mismas, o bien aunado a ello la creencia de que determinadas posturas al hacer el amor puedan evitar embarazos, no deseados, es bueno saber que a diferencia de los estudios hechos por Gallardo nuestros adolescentes no creen que estas posturas también previenen Enfermedades de Transmisión Sexual.

Pero en igual forma que **Balboa y Gallardo**. En un grupo importante de los adolescentes existe la convicción de que el SIDA no se transmite con la penetración bucal. Esta práctica es considerada por los encuestados como de escaso riesgo, sin que haya diferencia. Referente al uso de preservativo, la Organización Mundial de la Salud ha declarado que, para la mayor parte de los Jóvenes sexualmente activos, el preservativo debe ser el método anticonceptivo de primera elección, con ventajas adicionales sobre otros anticonceptivos al evitar no solo el embarazo no deseado sino también las Enfermedades de Transmisión Sexual. Los adolescentes piensan mayoritariamente que la mejor forma de evitar Enfermedades de Transmisión Sexual es usar preservativos en toda la relación con penetración. Cabe mencionar en cuando al resultado de que sucedería si a los jóvenes se les encontrara preservativos por parte de los padres que sucedería, el mayor porcentaje denota que lo desconocen es decir no lo saben, podría esto reflejar la poca comunicación que llega a existir entre padres e hijos, ya que de acuerdo a otras referencias (Barrella), destacaba más el enojo de los padres cuando encontraban preservativos en los jóvenes del sexo femenino, lo cual refleja una conducta machista, y en nuestro estudio no hay una diferencia de esta situación solo de desconocer la reacción.

Por último cabe destacar que en cuando a los conocimientos adquiridos sobre sexualidad el mayor número de jóvenes destaca que fue en el hogar y la escuela, como ya se había mencionado, tal vez la información es muy técnica o de acuerdo a la comunicación que se está dando, no es clara, no está codificada para ser entendida por el propio adolescente, porque de acuerdo a los resultados, no están del todo preparados para hacer frente a su vida sexual.

9. Conclusiones

Los temas sobre sexualidad se deben abordar desde la niñez y dentro del sistema familiar, sin embargo la pregunta sería, si como refiere la literatura si la información debe ser a través de los padres y maestros, quién enseña a estos, por que la educación sexual se ha vuelto muy técnica dentro de las escuelas, solo abordando temas muy biológicos y de enfermedad, y dentro de la familia la poca comunicación entre padres y adolescentes, ocasionada por las distancias generacionales y por cuestión incluso cultural.

Es prioritario replantear la forma de educación sexual que se esta llevando, estas acciones educativas debe en nuestra opinión, ser dirigidas a los mismos padres, para que a partir de ellos, repercuta en los jovenes a más temprana edad, para así no llegar a la adolescencia sin información.

Es de importancia abordar a los adolescentes sin importar de que institución provengan o si al presentar un embarazo no deseado dejen de ser derechohabientes por cuestiones administrativas, es en los jóvenes al tener un mejor proyecto de vida y una adecuada preparación, futuro de nuestro país y por supuesto de nuestra sociedad, representada en la familia, futuros padres que contengan una mejor educación sexual y puedan traspolar estos conocimientos y no actitudes de que entre más educación sexual no significa necesariamente más sexo, pero sí puede darse una sexualidad más responsable y saludable.

10. Referencias Bibliográficas:

- 1.- Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. «El Desarrollo Normal en la Adolescencia: Los últimos años de la escuela secundaria y mas allá» 2008.
- 2.- Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. «El Desarrollo Normal de la Adolescencia: La escuela intermedia y los primeros años de la secundaria»:2008.
- 3.- Baraldi, Ana Cyntia Paulin, DAUD, Zaira Prado, ALMEIDA, Ana Maria de et al. Gravidéz en adolescencia: estudio comparativo de usuarias en maternidades públicas y privadas. Rev. Latino-Am Enfermería; 2008, pp. 799-805.
- 4.- Carrasco Soto Raymundo. La sexualidad en el adolescente: conformación de la conciencia en el adolescente sobre la sexualidad. Revista Psicología Científica 2007: 210-217.
- 5.- Consejo Nacional de Población, Programa Nacional de Población 2001-2006. Hacia la construcción de nuestro futuro demográfico con libertad, equidad y responsabilidad, México, CONAPO, 2001, p. 107.
- 6.- Dirección General de Información en Salud. Adolescent's mortality. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2005; 62(3): 225-238.
- 7.- Editorial. Norma Oficial Mexicana para la atención a la Salud de la Adolescencia. Acta Pediatric Mex 2006; 27(3): 121-123.
- 8.- Enciclopedia médica en español. «Desarrollo del adolescente». Editorial Trillas, 2007.

- 9.- García. J; Juan F: Práctica Anticonceptiva en Adolescentes y Jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México. Julio- Agosto 2007; 34 (4): 34-42.
- 10.- Gómez Cobos, Erick. Adolescencia y Familia: Revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. Revista Intercontinental de Psicología y Educación 2008; 10(2): 105-122.
- 11.- González Garza C, Rojas Martínez R. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Salud Pública Mex 2005; 47: 209-218.
- 12.- Leyva Correa Migdalia; García Leyva Liudmila. Caracterización de adolescentes y padres según conocimientos sobre sexualidad. MEDICIEGO; 2010; 16(1): 1-8.
- 13.- López, B; Mancias. Patrones de Crecimiento de los Venezolanos; Dimorfismo Sexual y Ritmo de Maduración. Archivos Venezolanos de Pediatría, Vol. 58. N~ 4.Octubre>Noviembre, 2005, pág. 163-170.
- 14.- M Rodríguez Rigual. Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia. Ann Pediatr 2003; 58: 104 - 106. Último acceso 19 de abril de 2008.
- 15.- Pacheco-Sánchez, Rincón-Suarez. Significaciones de la Sexualidad y Salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. Salud Pública Mex 2007; 49:45-51.
- 16.- Sánchez, L; Pineda, B: Nivel de Conocimiento y Actitud Sexual de Docentes en Educación Básica en las poblaciones de San Pedro - Barriqui - Quebrada de Hute - La Cañada de San Ignacio. Municipio Zamora Estado Falcón. 1994. Tesis de Grado UNEFM. Pág. 57 – 61.

- 17.- Sáenz, G: La Salud del Adolescente y la Acción en La Comunidad, 2da Edición, UNICEF, Vol. N~1. Julio 2007. pág. 7-10.
- 18.- Urbano, O; Navarro, E; Lihon, D: Exploración de Conocimientos sobre Sexualidad en Adolescentes. Estudiantes de medio rural, haciendo énfasis en MAC y ETC. Junio. 2004. Coro –Vzla; 34: 102-110.
- 19.- SECRETARIA DE SALUD. Dirección General de Información en Salud. Adolescent's mortality. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [online]. 2005, vol. 62, no. 3 [Último acceso 19 de abril de 2008], pp. 225-238. Disponible en: [1]. ISSN 1665-1146.
- 20.- POLANCZYK, Guilherme V., DENARDIN, Daniel, LAUFER, Tatiana et al. O transtorno de déficit de atención/hiperactividad en adolescencia. Adolesc. Latinoam. [online]. nov. 2002, vol.3, no.2 [citado 19 abril de 2008], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: [2]. ISSN 1414-7130.
- 21.- MedlinePlus (febrero de 2007, 2008). «Desarrollo del adolescente» (en español). *Enciclopedia médica en español*. Consultado el 19 de abril, 2008.
- 22.- Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (abril de 1998). «El Desarrollo Normal en la Adolescencia: Los últimos años de la escuela secundaria y mas allá» (en español). *Información para la familia*. Consultado el 19 de abril, 2008.
- 23.- Texas Children's Hospital (October de 2002). «Crecimiento y desarrollo de los adolescentes» (en español). Consultado el 19 de abril, 2008.
- 24.- Instituto del Corazón de Texas (junio de 2007). «Factores de riesgo cardiovascular para niños y adolescentes» (en español). *Centro de Información Cardiovascular*. Consultado el 19 de abril, 2008.

25.- Departamento de Estado, Programas de Información Internacional (enero de 2005). «La salud en los adolescentes: problemas mundiales, retos locales.» (en español). *Periódico Electrónico USA*. Consultado el 19 de abril, 2008.

