



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

**IMPACTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE
EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

PONCE PADILLA DULCE MARÍA

DIRECTOR DE TESIS

DR. CAMARILLO NAVA VICTOR MANUEL

ASESORA METODOLÓGICA

DRA. SANTA VEGA MENDOZA



GENERACION:
2020-2023



CIUDAD DE MÉXICO, 2022



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.

IMPACTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE
EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

DIRECTOR DE TESIS:



Dr. Victor M. Camarillo Nava
Coordinador Auxiliar Médico
de Investigación en Salud
IMSS Mat. 99354174

DR. CAMARILLO NAVA VICTOR MANUEL
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD ADSCRITO DELEGACIÓN NORTE, CIUDAD DE MÉXICO

ASESORA METODOLÓGICA:



IMSS
U. M. F. No. 20
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MÉDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.

IMPACTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE
EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Vo. Bo.

DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS.

Vo. Bo.



DRA. DANAÉ PÉREZ LÓPEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3404**
 U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS **18 CI 09 005 002**
 Registro CONSOÉTICA **CONSOETICA 09 CEE 013 2018002**

FECHA **Miércoles, 31 de marzo de 2021**

M.C. Victor Manuel Camarillo Nava

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **"IMPACTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional
R-2021-3404-011

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. Miguel Alfredo Zurita Muñoz
 Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Impreso

IMSS
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“Algo muy bonito pasa a la gente cuando su mundo se ha venido abajo: una humanidad, una nobleza, una inteligencia superior surge justo en el momento en que nuestras rodillas golpearon el suelo.”

Marianne Williamson

AGRADECIMIENTOS

A MIS ASESORES: DRA. SANTA Y DR. VÍCTOR.

Gracias por todo lo aprendido, por su guía, por compartirme su conocimiento; gracias por su paciencia cuando no encontraba el sentido de las cosas. Sin ustedes, esta tesis no se hubiera logrado.

ÍNDICE

RESUMEN.....	08
INTRODUCCIÓN.....	11
MARCO TEÓRICO.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
OBJETIVOS	35
HIPÓTESIS.....	36
METODOLOGÍA.....	37
RESULTADOS.....	47
DISCUSIÓN.....	67
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES.....	72
LIMITACIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXOS	80

IMPACTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Ponce-Padilla Dulce María¹, Camarillo-Nava Victor Manuel², Vega-Mendoza Santa³

1. Médica Residente tercer año, Medicina Familiar. UMF20, IMSS.
2. Maestro en Ciencias de la Salud, Coord. Auxiliar Médico de Investigación. OOAD Norte D.F. CDMX
3. Médica familiar, Maestra en Ciencias de la Educación. UMF20, IMSS.

La educación sexual y reproductiva en el adolescente tiene el objetivo de proporcionar las herramientas necesarias para poder ejercer su vida sexual de forma responsable y sin secuelas a futuro y en esta se incluye a la familia y el área médica. **Objetivo.** Es detectar si existe alguna relación del nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva del adolescente y la funcionalidad familiar. **Material y Métodos.** Estudio comparativo, en 243 adolescentes de 12-19 años, adscritos a la UMF20, IMSS. Previo consentimiento informado, se aplicó encuesta con datos sociodemográficos, escolaridad y ocupación de los padres, funcionamiento y tipología familiar. Conocimiento de conductas de riesgo sexual y reproductivo. Estadística bivariada. **Resultado:** Edad 16.9 ± 1.48 años, 68.7% mujeres, 31.1% hombres, sexto semestre 28%, segundo semestre 24.7%; solteros 93%, adolescencia tardía 97.9%, vida sexual activa 49.8%, inicio de relaciones sexuales 15 años 14%, heterosexuales 40%, una pareja sexual 22.7%, escuela medio de información 77.8%, familias nucleares simples 57.2%, moderadamente funcionales 53.2%. Nivel de conocimiento salud sexual y reproductiva mala 100%. Salud sexual mala 95.9% asociada al semestre de bachillerato(.018), vida sexual(.019), tipo de relación sexual (.005), falta de información médica(.021). Conocimiento salud reproductiva 82.7%, asociándose la edad del adolescente (.005) y funcionamiento familiar(.033) **Conclusiones:** Nuestros adolescentes con falta de información sexual y reproductiva que los lleva a conductas de riesgo por lo que se requiere entablar estrategias de orientación y consejería permanente y disminuir las complicaciones a futuro.

Palabras clave: Adolescencia, Salud Sexual, Salud Reproductiva, Conocimientos, familia.

IMPACT OF ADOLESCENT SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IN FAMILY FUNCTIONALITY.

Ponce-Padilla Dulce María¹, Camarillo-Nava Victor Manuel², Vega-Mendoza Santa³

1. Resident Physician third year, Family Medicine. UMF20, IMSS.
2. Master in Health Sciences, Coord. Research Medical Assistant. OOAD North D.F. CDMX.
3. Family doctor, Master in Educational Sciences. UMF20, IMSS

Sexual and reproductive education in adolescents has the objective of providing the necessary tools to be able to exercise their sexual life responsibly and without future consequences, and this includes the family and the medical area. Goal. It is to detect if there is any relationship between the level of knowledge in adolescent sexual and reproductive health and family functionality. Material and methods. Comparative study, in 243 adolescents aged 12-19 years, assigned to the UMF20, IMSS. Prior informed consent, a survey was applied with sociodemographic data, education and occupation of the parents, functioning and family typology. Knowledge of sexual and reproductive risk behaviors. Bivariate statistics. Result: Age 16.9 ± 1.48 years, 68.7% women, 31.1% men, sixth semester 28%, second semester 24.7%; single 93%, late adolescence 97.9%, active sexual life 49.8%, beginning of sexual relations 15 years 14%, heterosexual 40%, a sexual partner 22.7%, middle school information 77.8%, simple nuclear families 57.2%, moderately functional 53.2 %. Level of knowledge of sexual and reproductive health poor 100%. Poor sexual health 95.9% associated with the semester of high school (.018), sexual life (.019), type of sexual relationship (.005), lack of medical information (.021). Reproductive health knowledge 82.7%, associating the age of the adolescent (.005) and family functioning(.033). Conclusions: Our adolescents with a lack of sexual and reproductive information that leads them to risk behaviors, which is why it is necessary to establish orientation strategies and permanent counseling and reduce future complications.

Keywords: Adolescence, Sexual Health, Reproductive Health, Knowledge, family.

**IMPACTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL
ADOLESCENTE EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Registro ante el comité: R-2021-3404-011

INTRODUCCIÓN

Por datos obtenidos acerca del inicio de vida sexual entre adolescentes de 12 a 19 años en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19, el 21.2% ya habían iniciado su vida sexual, donde el 24.4% eran hombres y 18.0% mujeres.¹

Existe cada vez mayor evidencia acerca de que lo que suceda en los años de formación de la adolescencia será decisivo durante el resto de la juventud, y tendrá gran influencia en la salud y desarrollo futuro en lo personal, lo económico y lo social.² El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los adolescentes, requieren de la orientación adecuada de los padres, pero la falta de comunicación facilitaría prácticas sexuales riesgosas.³

En los últimos años se ha observado un incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) entre los adolescentes de los países occidentales, que es el grupo de edad en el cual determinadas infecciones, así como su modo de transmisión, son más prevalentes que en los adultos.⁴

La educación afectivo-sexual tiene como objetivo informar a los adolescentes, proporcionándoles herramientas y motivación para tomar decisiones saludables a lo largo de sus vidas en relación con su sexualidad y afectividad. Sin embargo, incluso en países desarrollados, sigue siendo una asignatura pendiente aún en pleno siglo XXI.⁵

MARCO TEÓRICO

Salud reproductiva

El nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva (SSR) refleja de manera sinérgica algunos de los principales indicadores del nivel de desarrollo de un país; por ejemplo, el nivel educativo de la población, las desigualdades entre zonas urbanas y rurales, pobreza y marginación, u otros factores que sitúan a ciertos grupos en condiciones desfavorables y de vulnerabilidad, como los grupos indígenas, las enraizadas inequidades de género, o las propias características de la edad como la juventud o la vejez, que condicionan de forma directa el acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.⁶

En el Consenso de Montevideo, llevado a cabo del 12 al 15 de agosto del 2013 se afirma que "...la promoción y protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos son esenciales para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales para el desarrollo sostenible, en sus tres pilares: social, económico y ambiental".⁷

En México, desde el 1974 la política de planificación familiar fue instaurada como respuesta a la tasa de fecundidad en ese momento, obteniendo como resultado una disminución acentuada de la tasa del 29.74% comparando el 1960 con el 2018.

Actualmente se cuenta con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Población, la Ley General de Salud, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018 y la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes que son punto de partida para las acciones a nivel nacional basadas en normativas internacionales y nacionales de planificación familiar, anticoncepción y salud reproductiva que deben de ser respetadas y llevadas a cabo por todas las instituciones a nivel nacional.

Esto, sin dejar atrás que México forma parte de los países que se comprometieron a cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en donde se busca garantizar para el 2030 el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación familiar y anticoncepción, información y educación y la reducción de la mortalidad materna.⁸

Definiciones

¿Qué es la Salud Sexual y Reproductiva? La OMS la define a la salud sexual como: “Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales.”⁹

De igual modo en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo en 1994, la cual nos define a la salud reproductiva como “Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.”¹⁰

La sexualidad según la Real Academia Española es: “Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo”.¹¹ Y refiriéndonos a una definición más completa y detallada de dicho concepto tenemos: “Conjunto de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y el deseo sexuales”. Al igual que los otros primates, los seres humanos utilizamos la excitación sexual con fines reproductivos y también para establecer y mantener vínculos sociales, pero nosotros hemos añadido el goce y el placer propio y el del otro. El sexo también desarrolla facetas profundas de la afectividad y la conciencia de la personalidad del ser humano, por lo que muchas culturas dan un sentido religioso o espiritual al acto sexual, y también pueden ver en éste un recurso para incidir en la salud (ya sea con influencia positiva o negativa).¹²

Dichas definiciones, en conjunto abordan que se tenga la posibilidad de llevar a cabo una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, que se puedan elegir métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables para tener la libertad de elegir cuando y cuantos hijos se desea tener, teniendo los conocimientos necesarios para entender el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida.

Lo anterior, queda estipulado en los derechos reproductivos que están consagrados en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: “Toda persona

tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”. Los derechos sexuales no están contemplados como tales en nuestra Constitución, pero sí en instrumentos internacionales adoptados por México.¹³

La satisfacción de la salud sexual está ligada a la medida en que se respetan, protegen y cumplen los derechos humanos. Los derechos sexuales abarcan ciertos derechos humanos reconocidos en los documentos internacionales y regionales pertinentes, en otros documentos de consenso y en las legislaciones nacionales. Los derechos fundamentales para la realización de la salud sexual son los siguientes:

- Los derechos a la vida, la libertad, la autonomía y la seguridad de la persona.
- Los derechos a la igualdad y la no discriminación.
- El derecho a no ser sometido a torturas o a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- El derecho a la privacidad.
- Los derechos al grado máximo de salud (incluida la salud sexual) y al nivel máximo de seguridad social.
- El derecho al matrimonio y a formar una familia con el libre y completo consentimiento de ambos esposos, y a la igualdad dentro del matrimonio y en el momento de disolución de este
- El derecho a decidir el número de hijos que se desea tener y el intervalo de tiempo entre los nacimientos.
- Los derechos a la información y a la educación.
- Los derechos a la libertad de opinión y de expresión.
- El derecho a la reparación efectiva en caso de violación de los derechos fundamentales.

Los derechos sexuales constituyen la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual. Protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, con el debido respeto por los derechos de los demás, dentro de un marco de protección frente a la discriminación.¹⁴

El inicio temprano o tardío de la actividad sexual y reproductiva tiene efectos de corto, mediano o largo plazo sobre la vida de una persona, al condicionar actividades como la

asistencia escolar, la participación en la actividad económica o el uso del tiempo libre, lo que en conjunto incidirá sobre su desarrollo.¹⁵

En el gobierno actual uno de los programas prioritarios dentro de su Programa Nacional de Desarrollo 2019-2024 es: Priorizar la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inserción en programas escolares de temas de nutrición, hábitos saludables y salud sexual y reproductiva.¹⁶

Según los datos obtenidos en la Ensanut de 2018-19, aplicada a 9 221 adolescentes de 10 a 14 años de edad, y de 8 705 adolescentes de 15 a 19 años de edad se obtuvieron los siguientes datos:

- Haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo: 90.4% de la población de 12 a 19 años de edad (88.6% hombres y 92.3% mujeres).
- Conocimiento de que solamente se puede usar una vez el condón masculino: 85.4% lo sabe (86.9% hombres y 83.8% mujeres).
- El condón masculino se usa para evitar un embarazo y/o una infección de transmisión sexual: 45.2% lo sabe (43.9% hombres y 46.6% mujeres).
- Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual: 19.1% (14% de los hombres y 26.1% de las mujeres) no utilizó métodos anticonceptivos. Los que usaron protección anticonceptiva en el debut sexual, el uso del condón masculino se reportó con mayor frecuencia, 82.7% en hombres y 69.2% en mujeres. Con respecto a la última relación sexual, 21.1% (15.8% de los hombres y el 28.5% de las mujeres) no utilizaron ningún método anticonceptivo; mientras que 79.2% de los hombres y 54.9% de las mujeres utilizaron el condón masculino.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS): 3.7% de la población adolescente reportó haber recibido consulta médica o tratamiento en los últimos 12 meses, lo que puede reflejar prácticas sexuales no protegidas. El 15% de los adolescentes declaró alguna vez haberse realizado la prueba de VIH y de estos, 88.2% conoce el resultado.
- Embarazo en la adolescencia: 46.2% de las mujeres de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual señalaron alguna vez haber estado embarazadas y 22.1% reportó haber estado embarazada al momento de la encuesta.¹⁷

Debemos tener en cuenta que la investigación social en este ámbito es reciente, por lo tanto, no se tienen puntos de comparación con generaciones pasadas, pero podemos tomarlo como punto de comparación para generaciones recientes.

Los derechos sexuales en la adolescencia fueron fundamentados en el marco jurídico mexicano como resultado del Foro Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales convocado por el Instituto Mexicano de la Juventud y continuó con el impulso de la sociedad civil y el aval de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) para dar a conocer la importancia del reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos relacionados con la sexualidad de la población juvenil del país, a la fecha, el avance que nuestro país ha experimentado en materia de derechos humanos ha sido sustancial. Dichos derechos son los siguientes:

1. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre su cuerpo y su sexualidad.
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente su sexualidad.
3. Derecho a manifestar públicamente nuestros afectos.
4. Derecho a decidir libremente con quienes se relacionan afectiva, erótica y socialmente.
5. Derecho a que se respete su privacidad e intimidad y a que se resguarde confidencialmente su información personal.
6. Derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual.
7. Derecho a decidir de manera libre e informada sobre su vida reproductiva.
8. Derecho a la igualdad.
9. Derecho a vivir libres de discriminación.
10. Derecho a la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad.
11. Derecho a la educación integral en sexualidad.
12. Derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva.
13. Derecho a la identidad sexual.
14. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción.¹⁸

Impacto epidemiológico de la salud reproductiva en adolescentes

Las condiciones socio-económicas (pobreza, desigualdad de género), culturales (edad al inicio de las relaciones sexuales, lavados vaginales, «dry sex», etc.), la biología (sexo, edad) y las conductas sexuales (múltiples parejas sexuales, tipo de prácticas sexuales, uso de drogas y alcohol, etc.) determinan la vulnerabilidad a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Cada país tiene que identificar las poblaciones específicas más afectadas por estas infecciones e intensificar las actividades de prevención y cuidados en las mismas. La expresión poblaciones específicas incluye a aquellas con más probabilidad de tener un elevado número de parejas sexuales.¹⁹

Las (ITS) son frecuentes en los adolescentes ya que carecen de adecuada educación sexual y de acceso a métodos de protección tanto para embarazo como para contagiarse. Por otro lado, en los países en vías de desarrollo, como México, los adolescentes conforman una gran población de sus pirámides poblacionales.²⁰

Adolescencia

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, la cual divide en dos fases: adolescencia temprana que comprende de los 10 a los 14 años de edad y tardía, de 15 a 19 años de edad. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes.²¹

En la adolescencia temprana aparecen los caracteres sexuales secundarios, hay fantasías sexuales, preocupación por los cambios puberales e incertidumbre sobre la apariencia; es un periodo de turbulencia, con gran ambivalencia afectiva. En la adolescencia medio y tardía aumenta la experimentación sexual y hay cambios imprevisibles de conducta, así como sentimientos de vulnerabilidad; a esto se une que las conductas sexuales de los adolescentes se dan cada vez con mayor precocidad.²²

Alrededor de esta etapa, han surgido varias teorías en donde se trata de explicar los cambios importantes o significativos.

En Medicina Familiar, se estudia a la familia en sus diferentes ciclos como individuo y como un conjunto, basándonos en diferentes vertientes psicológicas, una de ellas es el ciclo vital de Erikson en donde se identifica a la adolescencia en la quinta etapa,

comprendiendo de los 12 a los 19 años, en dicha etapa la búsqueda de la identidad se encuentra en su punto crítico, esto por los cambios significativos en toda la persona en donde le cuesta trabajo definirse y al adulto le cuesta trabajo entenderlo; todos estos cambios son significativos de forma especial en el ego, ya que para Erikson es la continuidad interna e incapacidad de lograr un sentido de identidad. Etapa en la que el éxito se vuelve un punto crítico y sienten que no son muy hábiles en ninguna actividad, son juzgados y se juzgan a sí mismos, caracterizada por una combinación de inmadurez prolongada y precocidad provocada, cambio abrupto de la conducta. Cuando se logra un sentido de identidad, estado emocional placentero, bienestar con los demás y consigo mismo, se atribuye esto a las virtudes de devoción y fidelidad. Siendo el totalismo el ritualismo de esta etapa en donde se manifiesta una preocupación excesiva por lo que parece incuestionable y cuando se sufre una confusión de papeles carecer de una ideología aceptada, enfatiza el fanatismo de ideales y las respuestas absolutas a problemas de la vida.²³

Con lo anteriormente citado es posible comprender la importancia de nosotros como profesionales de la salud los factores determinantes del nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva por parte de los adolescentes.

Salud reproductiva la adolescencia

México y otros países latinoamericanos necesitan invertir en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Garantizar la disponibilidad de atención médica y promover comportamientos saludables en este grupo de la población genera beneficios económicos que mejoran la productividad laboral futura. Los esfuerzos en nombre de los adolescentes también contribuyen a reducir riesgos, como las complicaciones durante el embarazo en mujeres muy jóvenes, así como la prevención de partos pretérmino y bebés con bajo peso al nacer. Desde la perspectiva de los derechos humanos, los adolescentes tienen el derecho de recibir la información y los servicios de salud que necesitan para sobrevivir, crecer y darse cuenta de todo su potencial como individuo.²⁴

México ha sido testigo de una reducción significativa de la tasa de fecundidad desde mediados de los años 70's, disminuyendo de 7 niños por mujer en ese momento a 2.21 niños por mujer en 2014. Este declive se debió en gran medida a labor de servicios de

salud pública que proporcionaron anticonceptivos en todas las regiones del país. La proporción de casados o en unión libre las mujeres que usan anticonceptivos aumentaron del 30% en el de mediados de la década de 1970 al 72,3% en 2014. Estos cambios ocurrieron en combinación con otros fenómenos sociales importantes: la urbanización, la expansión de la escolarización, especialmente en mujeres y una mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo, que junto con la introducción métodos anticonceptivos modernos, permitió a las mujeres limitar el tamaño de su familia. Sin embargo, una vez que esta rápida caída en la fertilidad se había observado, estas políticas anticonceptivas se redujeron, ya que se creía que la disminución de la fertilidad y el aumento del uso del uso de anticonceptivos continuaría. Desde el año 2000, sin embargo, los progresos realizados en prevalencia de anticonceptivos y necesidad insatisfecha de la anticoncepción se ha estancado. Esto se combina con los recientes cambios en los comportamientos sexuales y reproductivos, observados en un debut sexual más temprano entre las mujeres, un aumento brecha entre la iniciación sexual y la unión, y un aumento en el deseo de limitar la gestación a edades más tempranas.²⁵

Embarazo adolescente

El embarazo adolescente es una situación preocupante en nuestro país ya que en los últimos años ha estado en aumento y ello condiciona a condiciones de salud, sociales, ambientales y económicas desfavorables para los involucrados. En México, a partir del reconocimiento nacional e internacional del embarazo y la maternidad en adolescentes como problemas de salud pública, se han implementado políticas y acciones dirigidas a reducirlos, y aunque se han logrado avances, los resultados alcanzados no han sido suficientes. En 2009, se registraron 64 nacimientos por cada 1 000 mujeres adolescentes en el país, cifra que en 2014 aumentó a 77.5. Con el fin de disminuir esta tendencia, en 2015 la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) propuso políticas y acciones intersectoriales, las cuales han ayudado a mejorar la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva dirigida a esta población. De acuerdo con las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (Conapo), en 2018 se reportó un descenso en la fecundidad adolescente (70.5 hijos nacidos vivos [HNV] por cada 1 000 mujeres); no obstante, la fecundidad sigue siendo elevada en comparación con otros países de la región de América Latina y el Caribe, en donde se reportaron 66.5 nacimientos por cada 1 000 mujeres adolescentes.²⁶

Es frecuente que el embarazo adolescente ocurra como un evento no deseado o planificado. Habitualmente, es consecuencia de una relación débil de pareja, pero también se han detectado ciertas características como:

- Gran diversidad de adversidades sociales acumuladas
 - Mayor tolerancia al miedo de la maternidad adolescente.
 - Fantasías de infertilidad.
 - Familiares
 - Pertenecer a una familia disfuncional.
 - La existencia marcada de violencia familiar.
 - Pérdida del vínculo familiar por migración constante.
 - Región que habitan
 - Rural.
 - Suburbana.
 - Falta o distorsión de la información sexual.
 - Aumento en el número de adolescentes.
 - No considerar el riesgo de infecciones de transmisión sexual.
 - Religión
 - Pensamiento mágico.
 - Nivel educativo
 - Abandono de escuela.
 - Bajo nivel educativo.
- Aspectos biológicos
 - Maduración sexual temprana
 - Menarca temprana
 - Actividad sexual prematura
- Otros factores determinantes
 - Relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.
 - Abuso sexual.
 - Violación.

Y los factores que impulsan a adolescente a continuar con el embarazo hasta el nacimiento de su hijo pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse y de ellas destacan:

- El matrimonio a edades tempranas y el establecimiento del rol de género que tradicionalmente se le asigna a la mujer (área rural).
- Práctica de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.
- Presión de los pares para tener relaciones sexuales.
- Educación sexual insuficiente, principalmente sobre métodos anticonceptivos y/o no tener fácil acceso para su adquisición.
- Consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas.²⁷

Comparando los primeros embarazos, con embarazo subsecuentes en adolescentes, estos están asociados con incremento del riesgo de parto pretérmino y mortalidad. Adicionalmente, en adolescentes, el segundo embarazo y subsecuentes están asociados a bajo peso al nacer, bajo nivel educativo y problemas de aprendizaje en los niños y depresión, alta deserción escolar y decrecimiento económico de la autosuficiencia económica de la madre. La prevención de los embarazos adolescentes subsecuentes deberían ser el primer paso para reducir la tasa de fertilidad adolescente. En México, los profesionales de la salud atienden el 98% de los partos y por arriba del 75% de los adolescentes que tienen hijos reciben más de 5 consultas prenatales. Este contacto durante el primer embarazo y puerperio inmediato representa una gran oportunidad para profesionales de la salud para proveer de consejería anticonceptiva a los adolescentes y prevenir el segundo embarazo y subsecuentes.²⁸

Para la prevención del embarazo durante la adolescencia, se ha diseñado una amplia variedad de intervenciones educativas. Estas se pueden agrupar en función de diversos criterios. Si atendemos al objetivo que se quiere lograr, las intervenciones son de 3 tipos: intervenciones educativas con un enfoque tradicional, donde la prevención se aborda mediante el desarrollo de habilidades por parte del adolescente y centradas en el retraso en la edad de inicio de las relaciones sexuales; intervenciones de promoción de la anticoncepción, donde se busca mejorar el nivel de conocimiento y la tasa de uso de los métodos anticonceptivos, y, por último, intervenciones combinadas, donde la prevención se aborda aunando las 2 anteriores. Por otro lado, en función del lugar donde se realiza la intervención educativa, existen intervenciones realizadas desde el ámbito clínico, desde el ámbito escolar y/o desde el comunitario.²⁹

Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son enfermedades producidas por bacterias, virus, protozoos y ectoparásitos que se propagan predominantemente por vía sexual, incluidos el sexo vaginal, oral, anal, o el contacto directo con piel o mucosas. Algunas de ellas también pueden transmitirse a través de la sangre o de la madre al hijo durante el embarazo o el parto. Aunque en la mayoría de los casos las ITS son asintomáticas, especialmente entre las mujeres o en localización extragenital, las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen: úlceras, y verrugas genitales o extragenitales; secreción vaginal, uretral o ano-rectal; dolor abdominal; disuria y coitalgia.³⁰ Son uno de los problemas de salud pública más frecuentes y universales. Debido a que las ITS son responsables de una alta morbilidad, así como de secuelas graves, es muy importante que todos los profesionales de la salud las tengan en cuenta en el momento de valorar al paciente. La dificultad en el control de las ITS se debe principalmente al retraso diagnóstico.³¹ La identificación precoz de personas que sufren una infección de transmisión sexual (ITS) ayuda a disminuir la cadena de transmisión y a prevenir nuevas infecciones.³²

En 2006 se realizó una revisión de estudios con enfoque metodológico y cualitativo en torno a la salud sexual y reproductiva de adolescentes, publicados en México durante el periodo de 1986 a 2004. En éstos se encontró que entre la población joven existen deficiencias en cuanto al conocimiento de formas de transmisión del VIH, y al uso correcto del condón como medida preventiva; y poca claridad en la diferencia conceptual entre el VIH y el SIDA. Y en cuanto a la percepción y creencias sobre dichas enfermedades se encontró, por un lado, una concepción de que sus causas son de tipo moral (pérdida de valores, inmoralidad, comportamiento preventivo irresponsable y castigo natural o divino a los comportamientos desviados de la normalidad social); y por el otro, la atribución de que dichas enfermedades son comunes a grupos de riesgo.³³

En un estudio realizado en adolescentes escolarizados, nivel bachillerato, en Barcelona, España; entre mayo de 2016 a junio de 2017 mediante un cuestionario se les interrogó acerca de datos sociodemográficos, uso de preservativo, inicio de relaciones sexuales, asociación de consumo de alcohol y otras drogas a la relación sexual, conocimiento de ITS y percepción de riesgo a contraer una ITS según diferentes conductas, se encontró que 30.3% de los adolescentes ya había iniciado su vida sexual, de estos sólo el 32.4% decía utilizar siempre preservativo, 8% asociaba el consumo de alcohol y drogas con la

relación sexual, la ITS más conocida era el VIH con un 59.9%, seguido de la gonorrea con un 10% y sífilis con un 6%. Identificaron como mayor conducta de riesgo a contraer una ITS el mantener una relación sexual con una persona que padece una ITS y la de menor riesgo el mantener una relación sexual con una pareja nueva en el último año.³⁴

Las relaciones sexuales de riesgo son frecuentes en los adolescentes, sobre todo cuando inician sus primeras relaciones sexuales, haciéndolos vulnerables a las ITS y embarazos no deseados. Es nuestra obligación como personal de salud y en especial de primer contacto no obviar los conocimientos en educación sexual y reproductiva de los adolescentes.

En México, menos de 20% de las unidades médicas proporciona servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad y no se cuenta con instalaciones adecuadas para una atención privada, confidencial y amigable para adolescentes.³⁵

Familia

Siendo la familia como nuestra unidad de estudio, en la especialidad de medicina familiar, debemos de conocer a la perfección las diferentes definiciones que se manejan:

- OMS: “Miembros del hogar emparentado entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”.
- ONU: “Grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos”.
- Consenso de Medicina Familiar (2005): “un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales o afinidad”.
- Huerta González (2005): “En la actualidad la palabra familia suele designar a una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta en relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir, en familia”³⁶

Funciones

Las funciones familiares han sido descritas por varios autores, pero en esta ocasión citaremos las descritas por John P. Geyman, las cuales son:

- Socialización: Transformación de un individuo dependiente en una persona totalmente independiente capaz de participar y desarrollarse en la sociedad.
- Cuidado: Preservación de la especie humana y satisfacer necesidades básicas y sanitarias.
- Afecto: necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes.
- Reproducción: consiste en proveer de nuevos miembros a la sociedad, con compromiso y responsabilidad. Incluye aspectos de salud reproductiva.
- Estatus: transferencia de derechos y obligaciones con el objetivo de perpetuar privilegios, posición social y logros familiares. Aspiraciones, anhelos, tradiciones, herencia sociocultural, nivel socioeconómico y expectativas.³⁷

Teoría de los subsistemas

Desde una perspectiva sistémica, podemos definir a la familia como un conjunto de unidades organizadas e interdependientes, entre las cuales se rigen con reglas de comportamiento y funciones que cada uno de sus miembros deben de cumplir; además de que dicho sistema es abierto y flexible lo que permite una interacción constante entre cada uno de los miembros de la familia y el exterior.

En 1968, Ludwig Von Bertalanffy formuló la Teoría General de los Sistemas con la finalidad de dar una explicación a la organización de muchos fenómenos naturales; en la actualidad, es empleada en predominancia para el estudio de la familia.³⁸

En esta definición se contemplan varios aspectos fundamentales de la teoría de sistemas: la familia como sistema total configurado por subsistemas, la familia como sistema abierto que se autorregula por reglas de interacción y, finalmente, la familia como sistema en constante transformación e interacción con otros sistemas. Considerando a la familia y a sus miembros como un todo y a la vez una parte de un todo supraordinal, todo en un ambiente homeostático. Situación en la que debe de ser de vital importancia la adaptabilidad y cohesión del grupo para poder llevar a cabo soluciones a crisis normativas y paranormativas que se le lleguen a presentar.

Ciclo vital

El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.

Reuben Hill y Evelyn Duvall observaron que cada miembro de las generaciones joven, media y mayor en la familia tiene sus propias tareas evolutivas cuyo logro depende del éxito de las tareas de los demás y contribuye al mismo.

En 1957, Duvall clasificó el ciclo vital de la familia en ocho etapas, relacionadas con entradas y salidas de miembros de la familia y con eventos nodales de la crianza. El ciclo vital de la familia es una evolución en el curso de la cual la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros está en contacto se va extendiendo. Este ciclo se ha distribuido para su estudio en ocho etapas, conformadas, a su vez, por varias fases que explican el desarrollo del grupo familiar.³⁹ En el caso de las familias con hijos adolescentes, se encuentran en la quinta etapa del ciclo vital familiar según Evelyn Duvall.

Roles

Los miembros de una familia están ligados por una serie de lazos y conforman una relación reticular. Se entrelazan bajo la influencia de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos.

Los lazos familiares pueden consolidarse o relajarse ante los eventos críticos que se presentan en la existencia del individuo y que se manifiestan igualmente en la vida familiar.

En 1928, Burgess sugirió que la familia podía ser estudiada como una unidad de personas en interacción y cada una de ellas dentro de la familia ocupa una posición definida por un determinado número de roles.

Los roles familiares se definen como: “La forma de actuación, expectativas y normas que un individuo tiene ante una situación familiar específica en la que están involucradas otras personas u objetos”.

Los roles familiares son un modelo extraído de la posición legal, cronológica o sexual de un miembro de la familia y describe ciertas conductas esperadas, permitidas y prohibidas

de la persona en este rol. Implica las funciones asumidas o asignadas, tanto instrumentales como afectivas que cada uno de los integrantes de la familia lleva a cabo.

Pueden ser múltiples y simultáneas, así como funcionales y disfuncionales. La multiplicidad de roles atribuidos a cada miembro de la familia resulta inevitable y se admite que son funcionales cuando reúnen las siguientes características:

- Aceptados: si cada uno se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él.
- Flexibles: de tal manera que se pueden llevar a cabo ajustes periódicos ante la presencia de eventos críticos, sin que se altere la homeostásis familiar.
- Complementarios: Los roles tradicionales siempre significan pares, no se puede desempeñar el papel de esposa sin marido, ni el de padre sin hijos.⁴⁰

Crisis familiar

Una crisis es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar, y cuando no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar. El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente. Los eventos críticos pueden asociarse a pérdidas, cambios, problemas interpersonales o a marcados conflictos internos. Son de dos tipos:⁴¹

- Crisis normativas (evolutivas o intrasistémicas) siendo estas las que se esperan de acuerdo al crecimiento y desarrollo de cada uno de los miembros de la familia, Por ejemplo, llegada del primer hijo, inicio de etapa escolar del hijo, hijos adolescentes.
- Crisis paranormativas (no normativas o intersistémicas) estas crisis son inesperadas. Por ejemplo, enfermedades crónico degenerativas, muerte accidental de algún miembro, embarazo adolescente.

Funcionalidad familiar

Una vez que comprendamos que la familia es un sistema que se compone de subsistemas (conyugal, paterno-filial, fraternal) los cuales deben de cumplir sus funciones y roles de forma individual y que además poseen características que las hacen únicas y similares a la vez (tipología), podremos comenzar a adentrarnos en el concepto de funcionalidad familiar.

La funcionalidad familiar o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.⁴²

El Modelo Circumplejo de Olson explica la dinámica de la funcionalidad familiar y se evalúa por 3 dimensiones:

- 1) Cohesión, que se refiere a la unión afectiva y emocional entre los miembros de la familia.
- 2) Adaptabilidad, que estudia el liderazgo en el hogar y sus normas de acuerdo con roles.
- 3) Comunicación, que facilita la interacción entre las 2 dimensiones anteriores.

Los niveles de Funcionalidad familiar pueden ser equilibrados, medio o extrema, perteneciendo a esta última clasificación la adaptabilidad caótica, que se caracteriza por un ineficaz liderazgo, falta de control, disciplina y decisiones impulsivas que pueden afectar la dinámica familiar, por lo que resultados equilibrados o medios son los recomendables.⁴³

Estudios previos han analizado las asociaciones entre distintas características sociodemográficas, como determinantes sociales, y los estilos de vida durante la adolescencia. Factores como el sexo, el grupo de edad, el estatus socioeconómico, la etnia y el entorno familiar, además, de otros factores personales y psicológicos, se han considerado predictores para la adopción de conductas de riesgo o de protección. De acuerdo a Pons y Buelga, los factores de riesgo y de protección no pueden ser entendidos en términos de causalidad necesaria, sino de probabilidad, es decir, cuantos más factores de riesgo exista y cuanto más dura la exposición a estos, mayor será la probabilidad de adoptar un determinado comportamiento de riesgo para la salud.⁴⁴

Disfunción familiar

Según Hunt (2007) da dos definiciones de familia disfuncional: primero, considera que “Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia”. Por lo tanto, la estabilidad emocional y psicológica de los padres es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. Y segundo, “Una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos emocional, psicológica y espiritualmente”. Partiendo del concepto de que salud involucra todos los aspectos en los que se desenvuelve el ser humano, para que una familia sea funcional todos sus miembros deben ser saludables.⁴⁵

También se habla de disfuncionalidad familiar cuando uno de los roles que debe cumplir uno o ambos padres. Es asumido por otra persona, tenga o no tenga parentesco con los menores (Ejemplo: abuelos, tío, primos, maestros, médicos).

La percepción de la disfuncionalidad familiar en adolescentes se ha relacionado con el desarrollo de obesidad, alcoholismo, abuso de drogas, embarazo no planeado, enfermedades mentales y violencia, a nivel mundial. Los adolescentes son el grupo etario predominante en la actualidad en México, y las causas de morbimortalidad en esta población (como violencia, embarazo no planeado, depresión y suicidio, etc.) coinciden con las relacionadas con la disfuncionalidad familiar, siendo estas comorbilidades prevenibles, tratables y de índole psicosocial, motivos que justifican su investigación. Además, es fundamental estudiar y trabajar con la familia del adolescente, al ser considerada como el primer entorno de desarrollo para el individuo, y ser el recurso y sostén en cada etapa del desarrollo de sus integrantes.⁴⁶

Instrumentos de medición

En Medicina Familiar disponemos de diferentes instrumentos para la evaluación de la funcionalidad familiar como parte de nuestro ejercicio médico diario, en este trabajo se mencionarán tres instrumentos que se aplican para dicha evaluación, pero para fines del estudio se empleará la Prueba de Percepción de funcionamiento familiar (FF-SIL).

Apgar familiar

Instrumento el cual fue creado en 1978 por el Dr. Gabriel Smilkstein, se muestra cómo perciben los miembros de una familia su nivel de funcionalidad como unidad, en un momento determinado; de forma global. Existiendo una versión la cual es aplicable para la población infantil.

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor:

- Adaptación: capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- Participación: implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- Gradiente de recurso personal: desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- Afecto: relación de cariño amor que existen entre los miembros de la familia.
- Recursos: compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir ingresos y espacios.⁴⁷

Este instrumento es un cuestionario que debe de ser entregado a cada miembro de la familia y deberá de responder de forma persona. Cada una de las preguntas planteadas como situaciones (9 en total), tiene diferente puntaje para las posibles respuestas, siendo este:

- Nunca (0 puntos)
- Casi nunca (1 punto)
- Algunas veces (2 puntos)
- Casi siempre (3 puntos)
- Siempre (4 puntos)

Esto, al final dará un puntaje, el cual se interpretará de la siguiente manera:

- Normal/Funcional: 17 a 20 puntos

- Disfunción leve: 13 a 16 puntos.
- Disfunción moderada: 10 a 12 puntos.
- Disfunción severa: < 0 = a 9 puntos.

Family Functioning Evaluation Scale (FACES III)

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3ª versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo: la cohesión y la flexibilidad familiar.⁴⁸

La cohesión es el grado de unión emocional que perciben los miembros entre sí y la flexibilidad familiar es la magnitud de cambio dentro de la familia. Esto en conjunto constituye un indicador del funcionamiento predominante en la familia, siendo las familias que encuentran el balance las que son funcionales.

Para la evaluación se da un puntaje preestablecido a cada respuesta con la que se responderán las 20 preguntas comprendidas, las posibles respuestas son las siguientes:

- Nunca (1 punto)
- Casi nunca (2 puntos)
- Algunas veces (3 puntos)
- Casi siempre (4 puntos)
- Siempre (5 puntos)

Recordando que en este instrumento se evalúa la flexibilidad y cohesión, cabe mencionar que la suma de los puntajes de las preguntas pares determinará el puntaje para la flexibilidad, la cual será clasificada de la siguiente forma:

- 10 a 19 puntos: Rígida
- 20 a 24 puntos: Estructurada.
- 25 a 28 puntos: Flexible.
- 29 a 50 puntos: Caótica.

De igual forma, para evaluar la cohesión familiar se sumarán los puntajes de las preguntas impares y con dicho puntaje obtenido se clasificará de la siguiente manera:

- 10 a 34 puntos: No relacionada.
- 35 a 40 puntos: Semirelacionada
- 41 a 45 puntos: Relacionada.
- 46 a 50 puntos: Aglutinada.

Siendo las siguientes opciones consideradas como “Balanceadas”:

- Flexible semirelacionada
- Flexible relacionada.
- Estructurada separada.
- Estructurada conectada.

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

La prueba FF - SIL se diseñó en 1994, con la idea de que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria. Consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo dos a cada uno de los siete factores que mide este cuestionario. Para cada situación existe una escala de 5 opciones de respuestas, que tienen una calificación en puntos de menor a mayor:⁴⁹

- Casi nunca (1 punto).
- Pocas veces (2 puntos)
- A veces (3 puntos)
- Muchas veces (4 puntos)
- Casi siempre (5 puntos)

Situaciones:

- 1 y 8 miden la cohesión.
- 2 y 13 miden la armonía.
- 5 y 11 miden la comunicación.
- 7 y 12 miden la permeabilidad.
- 4 y 14 miden la afectividad.
- 3 y 9 miden los roles.
- 6 y 10 miden la adaptabilidad.

Resultados:

- Familia funcional: 57 a 70 puntos
- Familia moderadamente funcional: 43 a 56 puntos.
- Familia disfuncional: 28 a 42 puntos.
- Familia severamente disfuncional: 14 a 27 puntos.

Instrumentos de medición de salud reproductiva en adolescentes

En esta ocasión optaremos por emplear un instrumento creado por los Doctores Alba Cortés Alfaro, René García Roche, Jorge Fuentes Abreu y el Licenciado Raúl Fullerat Alfonso en la Ciudad de La Habana, Cuba titulado “Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes.” Publicado en la Revista Cubana de Medicina Tropical en el año 2000. Este instrumento consta de un cuestionario el cuál puede ser aplicado como entrevista de forma confidencial, consta de 37 preguntas en 5 secciones, éstas son:

- Sección I: datos sociodemográficos (En esta sección, con fines del estudio, solamente se aplicarán 4 preguntas de las 9 presentes).
- Sección II: aspectos del conocimiento en relación con las ETS/SIDA.
- Sección III: actitudes y comportamientos sexuales.
- Sección IV: antecedentes de ETS/VIH/SIDA y manifestaciones clínicas relacionadas con las ETS.
- Sección V: factores que pudieran estar relacionados con estas enfermedades.⁵⁰

Al tratarse de menores de edad, debe de aplicarse previo a que nos otorguen su asentimiento informado y sus padres el consentimiento informado, reflejar el carácter de anónimo y respetando los principios bioéticos de autonomía y no maleficencia. Al no contar con puntos de referencia establecido en dicho instrumento para poder estadificar el nivel de conocimiento en los adolescentes, hemos decidido tomar en cuenta los siguientes parámetros:

- Identificar las preguntas referentes de Salud Sexual, donde se identificó como puntaje máximo 10 puntos, de ahí se hicieron puntos de corte donde:
 - 8 a 10 reactivos correctos: Nivel de conocimientos bueno
 - 6 a 17 reactivos correctos: Nivel de conocimientos regular

- 0 a 5 reactivos correctos: Nivel de conocimientos malo
- De igual forma, se identificaron las preguntas referentes a salud reproductiva, donde únicamente se obtuvieron dos parámetros:
 - Con conocimiento
 - Sin conocimiento

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como lo hemos planteado durante todo el trabajo, de acuerdo a los datos obtenidos en encuestas de salud y estudios, los adolescentes son poblaciones en las que ha aumentado la frecuencia de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, esto relacionado a un deficiente conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, métodos de planificación familiar y comportamiento sexuales de riesgo.

La educación sexual y reproductiva tiene el objetivo de proporcionar las herramientas necesarias para poder ejercer su vida sexual de forma responsable y sin secuelas a futuro, estrategia que debe de aplicarse a nivel mundial, ya que sin importar el nivel de desarrollo del país en el que habite el adolescente, sigue habiendo deficiencias. Dicha educación, de debe de llevar en conjunto con los padres de familia, profesores y médicos, ya que la educación debe de ser integral, promoviendo el diálogo entre los involucrados, evitando juicios y estigmas sociales.

En la actualidad, nuestra sociedad está llena de tabúes en torno a la educación sexual y reproductiva, aun cuando el interesado sea adulto; nuestra cultura, tradiciones, sigue teniendo mayor peso que los derechos universales de poder ejercer una sexualidad libre y responsable. Al ser la familia, nuestro primer y más importante medio de socialización, es pieza clave para la educación sexual de los niños y adolescentes, que formarán parte de esta sociedad.

Por lo anterior no hemos planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el impacto de la salud sexual y reproductiva del adolescente en la funcionalidad familiar ?.

OBJETIVOS

General

Analizar el nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva en el adolescente y su impacto en la funcionalidad familiar.

Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes
- Describir las conductas sexuales de los adolescentes
- Conocer el nivel de estudios y ocupación del padre y la madre del adolescente
- Conocer los canales de información mediante el cual recibe el adolescente adquiere conocimiento de la salud sexual y reproductiva
- Identificar el nivel de funcionalidad y tipología familiar de los adolescentes derechohabiente a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo".
- Identificar el nivel de conocimiento global o general de salud sexual y reproductiva de los adolescentes
- Identificar el nivel de conocimientos sobre la salud sexual de los adolescentes
- Identificar el nivel de conocimientos sobre salud reproductiva de los adolescentes
- Relacionar el nivel de conocimientos general sobre la salud sexual y reproductiva del adolescente con las características sociodemográficas, ocupación y escolaridad de ambos padres, canales de información, funcionalidad familiar.

HIPÓTESIS

Ha. Existe un impacto relevante de la salud sexual y reproductiva del adolescente con la funcionalidad familiar que sea derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo".

H0: No existe un impacto relevante de la salud sexual y reproductiva del adolescente con la funcionalidad familiar que sea derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo".

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

Diseño arquitectónico:

Causa - efecto.

Diseño metodológico

De acuerdo a la exposición de la maniobra fue un estudio: **Es observacional.**

De acuerdo al seguimiento de los participantes: **Es transversal**

De acuerdo a la direccionalidad de la obtención de la información: **Es retrospectivo**

De acuerdo a la asociación de variables: **Es comparativo.**

Tipo de Estudio.

Encuesta transversal.

Lugar y universo de estudio:

Unidad de Medicina Familia No. 20 "Vallejo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Población de estudio.

Adolescentes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo".

Criterios de participación

Inclusión

- Que aceptaron participar en el estudio.
- Que firmaran el consentimiento y asentimiento informado.
- Derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo"
- Adolescentes entre 12 y 17 años de edad.
- Estudiantes de nivel básico y medio superior.

Exclusión

- Aquellos que no firmaron el consentimiento y asentimiento informado.
- Participantes que desearon abandonar el estudio.
- Adolescentes menores de 12 años de edad.
- Que no cursaran el nivel básico y medio superior.
- Adolescentes con alguna discapacidad: visual, auditiva, motora.
- Adolescentes que con adicción al alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas.
- Adolescentes que cursaran o con antecedente de embarazo.
- Adolescentes que hayan padecido alguna ITS.
- Adolescentes con antecedente de violencia intrafamiliar.

Eliminación

- Cuestionarios incompletos o ilegibles.
- Respuestas incongruentes o con patrón de respuesta al azar.

Tamaño de la muestra.^{51,52}

Para estimar el tamaño de muestra de la prevalencia o proporción de un evento o característica se deben identificar distintos componentes, empezando por la medida de resumen (p_0), que corresponde a la proporción esperada, y la precisión de esta (d), que equivale a la mitad de la amplitud del IC. Si entendemos este apartado, podemos despegar la fórmula de tamaño de muestra a partir de la fórmula de la precisión, que a su vez proviene de la estimación de la desviación estándar de una proporción:

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

En dónde.

Z = nivel de confianza,

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada

q = probabilidad de fracaso

d = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

Nivel de confianza: 95%

Tamaño de la población: 20,000.

Frecuencia esperada: 20%

Límite de confianza: 5%.

Tamaño de muestra: **243 participantes.**

Técnica de recolección de la muestra

No probabilística por conveniencia.

Variables

Variable dependiente. Conducta sexual, Salud sexual, Salud reproductiva

Variables independientes: Funcionalidad Familiar, Tipología familiar, edad, sexo, escolaridad, estado civil.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional.	Tipo de variable/Escala de medición	Fuente
Independiente				
Funcionalidad Familiar	La familia funcional es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar.	<p>Se medirán en base al resultado del instrumento FF-SIL:</p> <p>De 70 a 57 puntos: Familia funcional. De 56 a 43 puntos: Familia moderadamente funcional. De 42 a 28 puntos: Familia disfuncional. De 27 a 14 puntos: Familia severamente disfuncional.</p> <p>Además de evaluar las siguientes situaciones, sumando el puntaje obtenido por las preguntas: 1 y 8 miden la cohesión. 2 y 13 miden la armonía. 5 y 11 miden la comunicación. 7 y 12 miden la permeabilidad. 4 y 14 miden la afectividad. 3 y 9 miden los roles. 6 y 10 miden la adaptabilidad.</p> <p>Aquí decidimos</p>	Cualitativa nominal	Cuestionario

		<p>evaluarlo de la siguiente forma:</p> <p>8 a 10: Bueno 6 a 7: Regular <5: Malo</p>		
Tipología familiar	<p>Identificación de la conformación de la familia, tomando en cuenta sus elementos.</p> <p>Se empleó la clasificación de tipología familiar en base al parentesco según Consenso Americano de Medicina Familiar (2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Nuclear simple -Nuclear numerosa -Reconstruida/Binuclear -Monoparental -Monoparental extendida -Monoparental extendida compuesta -Extensa -Extensa compuesta -No parental 	Cualitativa nominal	Cuestionario
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o cierto animales o vegetales.	<ul style="list-style-type: none"> -12 años -13 años -14 años -15 años -16 años -17 años -18 años -19 años 	Cuantitativa discreta/años	Cuestionario
Adolescencia	Periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, la cual divide en dos fases: adolescencia temprana y tardía..	<p>Adolescencia temprana: 10 a los 14 años de edad.</p> <p>Adolescencia tardía: 15 a 19 años de edad.</p>	Cualitativa ordinal	Cuestionario

Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	1= Masculino 2= Femenino	Cualitativa dicotómica	Cuestionario
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Primaria Secundaria Preparatoria en curso Carrera técnica en curso	Cualitativa ordinal/jerárquica	Cuestionario
Estado Civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo	Cualitativa nominal	Cuestionario
Dependientes				
Conducta sexual	Todo tipo de práctica sexual que una persona puede realizar consigo misma o con otra persona	Se identificarán las conductas mediante las siguientes preguntas Inicio de vida sexual activa -Si -No Edad de Inicio de vida	Cualitativa nominal dicotómica	

		<p>Sexual activa</p> <p>-10 años</p> <p>-11 años</p> <p>-12 años</p> <p>-13 años</p> <p>-14 años</p> <p>-15 años</p> <p>-16 años</p> <p>-17 años</p> <p>-18 años</p> <p>-19 años</p> <p>Orientación sexual</p> <p>-Heretosexual</p> <p>-Homosexual</p> <p>-Bisexual</p> <p>Número de parejas sexuales</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p> <p>-4</p> <p>-5...</p>	<p>Cuantitativa discreta/años</p> <p>Cualitativa nominal politómica</p> <p>Cuantitativa numérica</p>	Cuestionario
Salud sexual	Estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar.	<p>Donde el puntaje máximo es de 10 puntos</p> <p>8 a 10 reactivos correctos: Nivel de conocimientos bueno</p> <p>6 a 7 reactivos correctos: Nivel de conocimientos regular</p> <p>0 a 5 reactivos correctos: Nivel de conocimientos malo</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p> <p>Bueno</p> <p>Regular</p> <p>Malo</p>	Cuestionario
Salud reproductiva	Estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia	<p>1: Con conocimiento</p> <p>2: Sin conocimiento</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p> <p>Con conocimiento</p> <p>Sin conocimiento</p>	Cuestionario

	de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.			
--	---	--	--	--

Descripción general del estudio.

Se pretendió conocer el grado de afectación que puede llegar a tener en la funcionalidad familiar el nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva de los hijos adolescentes.

Se solicitó autorización a la Comisión Nacional de Investigación Científica del Instituto Mexicano del Seguro Social (acorde al procedimiento para la evaluación y registro de protocolos de investigación en salud presentados ante la Comisión Nacional de Investigación en Científica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2800-003-004).

Una vez aceptado se captaron a 243 participantes estudiantes de nivel medio superior que cumplan con los criterios de inclusión y se les invitó a participar en el estudio. Su participación fue libre y autónoma. Se solicitó su autorización mediante firma de la carta de consentimiento y asentimiento informado.

Se les aplicó el instrumento de trabajo (hoja de recolección de datos) que fue elaborado por los Doctores Alba Cortés Alfaro, René García Roche, Jorge Fuentes Abreu y el Licenciado Raúl Fullerat Alfonso en la Ciudad de La Habana, Cuba titulado "Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes." Que consiste en 37 ítems de opción múltiple. Se aplicará también el test de funcionamiento familiar FF-SIL el cual consiste en 14 ítems de opción múltiple tipo Likert.

Responder el instrumento y los datos sociodemográficos llevó más de 10 minutos en promedio por lo que fue un instrumento de autoaplicación, sencillo y fácil de responder.

Análisis estadístico y procesamiento de los datos.

Se utilizará estadística descriptiva para variables cualitativas frecuencia y porcentajes, para variables cuantitativas medidas de tendencia central (media, mediana, DE, mínimo, máximo).

Para la asociación de variables se usará únicamente χ^2 y Rho de Spearman se determinará una $p \leq 0.05$ como estadísticamente significativo.

Se procesarán los datos en el programa Windows Office Excel 2010 y el paquete estadístico IBM SPSS V.26.

RESULTADOS

En nuestro estudio se evaluaron 243 adolescentes con una edad mínima de 14 años, edad máxima 19 años, con una edad media de 16.92 años \pm 1.48 años, el 21.8% de 15 años y el 20.6% 18 años, un 68.7% mujeres, 31.1% hombres, cursando la preparatoria/ bachillerato en sexto semestre 28% y segundo semestre 24.7%; estado civil solteros 93%, en etapa de adolescencia tardía 97.9%. Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes

Características	N	%
Edad		
14	5	2.0%
15	53	21.8%
16	41	16.9%
17	48	19.8%
18	50	20.6%
19	46	18.9%
Sexo		
Hombre	76	31.1
Mujer	167	68.7%
Escolaridad de bachillerato		
Primer semestre	42	17.3%
Segundo semestre	60	24.7%
Tercer semestre	25	10.3%
Cuarto semestre	28	11.5%
Quinto semestre	20	8.2%
Sexto semestre	68	28.0%
Estado Civil		
Soltero	226	93.0%
Unión libre	7	2.9%
Casado	10	4.1%
Etapa de adolescencia		
Temprana	5	2.1%
Tardía	238	97.9%

En las conductas sexuales reportadas en los adolescentes encontramos que el 49.8% ya había iniciado su vida sexual activa y el 50.2% no. La edad de inicio de vida sexual activa mínima fue a los 10 años, con una edad media de 14.98 años \pm 1.47 años. La orientación

sexual para la relación sexual más frecuente fue la heterosexual con el 39%, homosexual y bisexual 4.9% respectivamente. En cuanto al número de parejas sexuales encontramos que el 22.6% de adolescentes mencionaron haber tenido una pareja sexual. Tabla 2.

Tabla 2. Conductas sexuales en los adolescentes

Conductas	N	%
Inicio de relaciones sexuales		
Si	121	49.8%
No	122	50.2%
Edad de inicio de vida sexual activa		
No aplica	122	50.2%
10	1	0.4%
11	3	1.2%
12	4	1.6%
13	12	4.9%
14	18	7.4%
15	34	14.0%
16	31	12.9%
17	18	7.4%
Orientación sexual en las relaciones sexuales		
Heterosexual	97	40.0%
Homosexual	12	4.9%
Bisexual	12	4.9%
No menciona	122	50.2%
Tipo de relación sexual		
Anal	24	9.9%
Genital	21	8.6%
Genital-Anal	14	5.8%
Genital-Oral	53	21.8%
Genital-Oral-Anal	6	2.5%
Oral- Anal	3	1.2%
No menciona	122	50.2
Número de parejas sexuales		
0	122	50.2%
1	55	22.7%
2	26	10.7%
3	19	7.8%
4	7	2.9%
5	8	3.3%
6	2	0.8%
7	2	0.8%
10	1	0.4%
20	1	0.4%

En el nivel de estudios y ocupación de los padres encontramos que el nivel de estudios de la madre fue Licenciatura completa con el 24.3%, seguido de preparatoria o bachillerato trunco con el 21.0%. La ocupación de la madre fue ama de casa con el 32.5% seguido de profesionista con el 16.5%. En el nivel de estudio del padre fue licenciatura completa con el 27.3%, seguido de preparatoria o bachillerato trunco con el 22.6%. La ocupación del padre fue amo de cada con el 18.5%. Tabla 3 y 4.

Tabla 3. Nivel de estudios y ocupación de la madre de los adolescentes

Estudios/Escolaridad	N	%
Nivel de estudios de la madre		
Analfabeta	2	0.8%
Primaria trunca	4	1.6%
Primaria completa	5	2.1%
Secundaria trunca	12	4.9%
Secundaria completa	30	12.3%
Preparatoria/Bachillerato trunca	40	16.5%
Preparatoria/Bachillerato completa	51	21.0%
Licenciatura trunca	25	10.3%
Licenciatura completa	59	24.3%
Posgrado	15	6.2%
Ocupación de la madre		
Administrativa	27	11.1%
Ama de casa	79	32.5%
Desconoce	25	10.3%
Directiva/Jefa	6	2.5%
Empresaria/ Comerciante	28	11.5%
Jubilada	4	1.6%
No trabaja	7	2.9%
Obrera	10	4.1%
Profesionista	40	16.5%
Técnica	1	0.4%
Trabajadora doméstica	16	6.6%

Tabla 4. Nivel de estudios y ocupación del padre de los adolescentes

Estudios/Escolaridad	N	%
Nivel de estudios del padre		
Analfabeta	4	1.6%
Primaria trunca	1	0.4%
Primaria completa	1	0.4%
Secundaria trunca	10	4.1%
Secundaria completa	25	10.3%
Preparatoria/Bachillerato trunco	33	13.6%
Preparatoria/Bachillerato completo	55	22.6%
Licenciatura trunca		
Licenciatura completa	31	12.8%
Posgrado	66	27.2%
	17	7.0%
Ocupación del padre		
Administrativo	6	2.5%
Administrativo/Gerente	37	15.2%
Amo de casa	45	18.5%
Desconoce	22	9.1%
Jubilado	3	1.2%
No lo menciona	12	4.9%
No trabaja	3	1.2%
Obrero	25	10.3%
Obrero Agrícola	2	0.8%
Otro	40	16.5%
Profesionista	15	6.2%
Técnico	10	4.1%
Trabajador Doméstico	23	9.5%

Dentro de los canales de difusión de información sobre salud sexual y reproductiva encontramos que el más frecuente fue la escuela con 77.8%, seguido de redes sociales con 131 equivalente al 53.9% y padres/ tutores con el 47.3%. Tabla 5.

Tabla 5. Canales de información de salud sexual y reproductiva en adolescentes

Canal de información	N	%
Escuela	189	77.8%
Televisión	15	6.2%
Amigos	62	25.5%
Médico	87	35.8%
Padres/Tutores	115	47.3%
Otros familiares	34	14.0%
Redes sociales	131	53.9%
Otros	27	11.1%

El nivel de funcionalidad familiar percibido fue moderadamente funcional con el 53.5% de la población total. En cuanto a las situaciones evaluadas dentro del instrumento encontramos que la cohesión fue buena en 66.3%, la armonía buena en 63.4%, comunicación buena en un 49.8%, la permeabilidad regular en un 39.5%, afectividad buena en un 56.4%, llevan a cabo los roles en un 53.5% y muestran capacidad de adaptabilidad un 47.7%. Tabla 6.

Tabla 6. Nivel de funcionalidad familiar en adolescentes

Nivel de funcionalidad	N	%
Funcional	75	30.9%
Moderadamente funcional	130	53.5%
Disfuncional	35	14.4%
Severamente disfuncional	3	1.2%
Situaciones de funcionalidad		
Cohesión		
Malo	15	6.2%
Regular	67	27.6%
Bueno	161	66.3%
Armonía		
Malo	32	13.2%
Regular	57	23.5%
Bueno	154	63.4%
Comunicación		
Malo	53	21.8%
Regular	69	28.4%
Bueno	121	49.8%
Permeabilidad		
Malo	63	25.9%
Regular	96	39.5%
Bueno	84	34.6%
Afectividad		
Malo	37	15.2%
Regular	69	28.4%
Bueno	137	56.4%
Roles		
Malo	42	17.3%
Regular	71	29.2%
Bueno	130	53.5%
Adaptabilidad		
Malo	20	8.2%
Regular	107	44.0%
Bueno	116	47.7%

La tipología familiar encontrada con mayor frecuencia fue la nuclear simple con el 57.2%, seguida de la monoparental con el 23.9%. Tabla 7.

Tabla 7. Tipología familiar de los adolescentes

Tipología familiar	N	%
Nuclear simple	139	57.2%
Nuclear numerosa	17	7.0%
Monoparental	58	23.9%
Monoparental extendida	1	0.4%
Monoparental extendida compuesta	6	2.5%
Extensa compuesta	5	2.1%
No parental	17	6.9%

Mediante el cuestionario aplicado de conocimientos de salud sexual y reproductiva del adolescente encontramos que el 100% participantes tienen un nivel de conocimientos malo de salud sexual y reproductiva. Tabla 8.

Tabla 8 Nivel de conocimiento general de salud sexual y reproductiva de los adolescentes

Nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva	N	%
Malo	243	100%

De acuerdo al área de salud sexual el 95.9% tienen un mal nivel de conocimientos y en salud reproductiva el 82.7% si cuentan con conocimientos de salud reproductiva. Tabla 9 y 10.

Tabla 9. Nivel de conocimientos sobre salud sexual en adolescentes

Conocimiento de salud sexual	N	%
Regular	10	4.1%
Malo	233	95.9%

Tabla 10. Conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes

Conocimiento de salud reproductiva	N	%
Con conocimientos	201	82.7%
Sin conocimientos	42	17.3%

Los adolescentes con un **nivel de conocimientos regular** en salud sexual fueron 4 de 19 años (40%), 9 mujeres (90%), 7 cursando el segundo semestre de preparatoria/bachillerato (70%), 10 solteros (100%), 10 en adolescencia tardía (100%); 7 ha tenido relaciones sexuales (70%), 3 iniciaron su vida sexual activa a los 17 años (30%), 6 su orientación sexual es heterosexual (60%), 4 llevan a cabo relaciones sexuales genital-oral (40%), 6 han tenido una pareja sexual (60%); 4 la madre cuenta con licenciatura completa (40%), 4 desconocen la ocupación de la madre (40%), 3 el padre cuenta con preparatoria/bachillerato completo (30%), 3 el padre tiene ocupación a las enlistadas (30%); 10 obtuvieron información de la escuela (100%); 7 con nivel de funcionalidad familiar moderadamente funcional (70%); 7 con tipología familiar nuclear simple.

Los adolescentes con un **nivel de conocimientos malo** en salud sexual fueron 51 de 15 años (21.9%), 158 mujeres (67.8%), 65 cursan el sexto semestre (27.9%), 216 son solteros (92.7%), 228 se encuentra en la adolescencia tardía (97.9%); 119 no han iniciado vida sexual activa (51.1%), 33 han iniciado su vida sexual activa a los 15 años (14.2%), 118 no mencionan su orientación sexual (50.6%), 119 no mencionan el tipo de relación sexual que realiza (51.1%), 119 no ha tenido parejas sexuales (51.1%); 55 con madres con licenciatura completa (23.6%), 38 son profesionistas (16.3%); 63 con padres con licenciatura completa (27.0%), 43 son amos de casa (18.5%); 179 obtienen información

de la escuela (76.8%); 123 con familia moderadamente funcional (52.8%); 132 tipología familia nuclear simple (56.7%). Tabla 11 a la 17.

Tabla 11. Salud sexual en adolescentes y sus características sociodemográficas de los adolescentes

Características	SALUD SEXUAL				P
	REGULAR		MALO		
	N	%	N	%	
Edad					
14	0	0	5	2.1	.360
15	2	20.0	51	21.9	
16	1	10.0	40	17.2	
17	0	0.0	48	20.6	
18	3	30.0	47	20.2	
19	4	40.0	42	18.0	
Sexo					
Hombre	1	10.0	75	32.2	.138
Mujer	9	90.0	158	67.8	
Escolaridad de bachillerato					
Primer semestre	0	0	42	18.0	.018
Segundo semestre	7	70.0	53	22.7	
Tercer semestre	0	0	25	10.7	
Cuarto semestre	0	0	28	12.0	
Quinto semestre	0	0	20	8.6	
Sexto semestre	3	30.0	65	27.9	
Estado Civil					
Soltero	10	100	216	92.7	.676
Unión libre	0	0	7	3.0	
Casado	0	0	10	4.3	
Etapa de adolescencia					
Temprana	0	0.0	5	2.1	.640
Tardía	10	100.0	228	97.9	

Tabla 12. Salud sexual en adolescentes y conductas sexuales de los adolescentes

Características	SALUD SEXUAL				P
	REGULAR		MALO		
	N	%	N	%	
Inicio de relaciones					
Si	7	70.0	114	48.9	.192
No	3	30.0	119	51.1	
Edad de inicio de vida sexual activa					
No aplica					.019
10	2	20.0	119	51.1	
11	1	10.0	0	0.0	
12	1	10.0	2	0.9	
13	0	0.0	5	2.1	
14	1	10.0	11	4.7	
15	1	10.0	17	7.3	
16	1	10.0	33	14.2	
17	0	0.0	31	13.3	
	3	30.0	15	6.4	
Orientación sexual en las relaciones sexuales					
Heterosexual	6	60.0	91	39.1	.422
Homosexual	0	0.0	12	5.2	
Bisexual	1	10.0	12	5.2	
No menciona	3	30.0	118	50.6	
Tipo de relación sexual					
Anal					.005
Genital	1	10.0	23	9.9	
Genital-Anal	0	0.0	21	9.0	
Genital-Oral	0	0.0	14	6.0	
Genital-Oral-Anal	4	40.0	49	21.0	
Oral- Anal	2	20.0	3	1.3	
No menciona	0	0.0	3	1.3	
	3	30.0	119	51.1	
Número de parejas sexuales					
0	3	30.0	119	51.1	.528
1	6	60.0	49	21.0	
2	1	10.0	24	10.3	
3	0	0.0	19	8.2	
4	0	0.0	7	3.0	
5	0	0.0	8	3.4	
6	0	0.0	2	0.7	
7	0	0.0	2	0.7	
10	0	0.0	1	0.4	
20	0	0.0	2	0.7	

Tabla 13. Salud sexual en adolescentes y nivel de escolaridad/ ocupación de la madre

Escolaridad	SALUD SEXUAL				P	
	REGULAR		MALO			
	N	%	N	%		
Nivel de estudios de la madre					.572	
Analfabeta	0	0.0	2	0.9		
Primaria trunca	0	0.0	4	1.7		
Primaria completa	1	10.0	4	1.7		
Secundaria trunca	0	0.0	12	5.2		
Secundaria completa	0	0.0	30	12.9		
Preparatoria/Bachillerato trunca	1	10.0	39	16.7		
Preparatoria/Bachillerato completa	3	30.0	48	20.6		
Licenciatura trunca	1	10.0	24	10.3		
Licenciatura completa	4	40.0	55	23.6		
Posgrado	0	0.0	15	6.4		
Ocupación de la madre						.277
Administrativa	0	0.0	27	11.6		
Ama de casa	3	30.0	76	32.6		
Desconoce	4	40.0	21	9.0		
Directiva/Jefa	0	0.0	6	2.6		
Empresaria/ Comerciante	1	10.0	27	11.6		
Jubilada	0	0.0	4	1.7		
No trabaja	0	0.0	7	3.0		
Obrera	0	0.0	10	4.3		
Profesionista	2	20.0	38	16.3		
Técnica	0	0.0	1	0.4		
Trabajadora doméstica	0	0.0	16	6.9		

Tabla 14. Salud sexual en adolescentes y nivel de escolaridad/ocupación del padre

Características	SALUD SEXUAL				P
	REGULAR		MALO		
	N	%	N	%	
Nivel de estudios del padre					.979
Analfabeta					
Primaria trunca	0	0	4	1.7	
Primaria completa	0	0.0	1	0.4	
Secundaria trunca	0	0.0	1	0.4	
Secundaria completa	0	0.0	10	4.3	
Preparatoria/Bachillerato trunco	0	0.0	25	10.7	
Preparatoria/Bachillerato completo	2	20.0	31	13.3	
Licenciatura trunca	3	30.0	52	22.3	
Licenciatura completa	1	10.0	30	12.9	
Posgrado	3	30.0	63	27.0	
	1	10.0	16	6.9	
Ocupación del padre					
Administrativo	1	10.0	5	2.1	
Administrador/Gerente	1	10.0	36	15.5	
Amo de casa	2	20.0	43	18.5	
Desconoce	0	0.0	22	9.4	
Jubilado	0	0.0	3	1.3	
No lo menciona	2	20.0	10	4.3	
No trabaja	0	0.0	3	1.3	
Obrero	1	10.0	24	10.3	
Obrero Agrícola	0	0.0	2	0.9	
Otro	3	30.0	37	15.9	
Profesionista	0	0.0	15	6.4	
Técnico	0	0.0	10	4.3	
Trabajador Doméstico	0	0.0	23	9.9	

Tabla 15. Salud sexual en adolescentes y medios de información

Canal de información	SALUD SEXUAL				P
	REGULAR		MALO		
	N	%	N	%	
Escuela	10	100	179	76.8	.084
Televisión	0	0.0	15	6.4	.407
Amigos	4	40.0	58	24.9	.283
Médico	7	70.0	80	34.3	.021
Padres/Tutores	3	30.0	112	48.1	.262
Otros familiares	0	0.0	34	14.6	.193
Redes sociales	6	60.0	125	53.6	.693
Otros	2	20.0	25	10.7	361

Tabla 16. Salud sexual en adolescentes y funcionalidad familiar

Funcionamiento familiar	SALUD SEXUAL				P
	REGULAR		MALO		
	N	%	N	%	
Funcional	3	30.0	72	30.9	.539
Moderadamente funcional	7	70.0	123	52.8	
Disfuncional	0	0.0	35	15.0	
Severamente disfuncional	0	0.0	3	1.3	

Tabla 17. Salud sexual en adolescentes y tipología familiar

Características	SALUD SEXUAL				P
	REGULAR		MALO		
	N	%	N	%	
Nuclear simple	7	70.0	132	56.7	.942
Nuclear numerosa	0	0.0	17	7.3	
Monoparental	2	20.0	56	24.0	
Monoparental extendida	0	0.0	1	0.4	
Monoparental extendida compuesta	0	0.0	6	2.6	
Extensa compuesta	0	0.0	5	2.1	
No parental	1	10.0	16	6.9	

Los **adolescentes con conocimientos en salud reproductiva** fueron 44 de 18 años (21.9%), 142 mujeres (70.6%), 58 cursan sexto semestre (28.9%), 189 solteros (94.0%), 199 adolescencia tardía (99,0%), 106 han tenido relaciones sexuales (52.7%), 30 indican como edad de inicio de vida sexual (14.9%),95 no menciona su orientación sexual (47.3%), 95 no habían tenido pareja sexual (47.3%); 48 madre cuenta con licenciatura completa (23.9%, 65 son amas de casa (32.3%); 56 de los padre cuentas con licenciatura completa (27.9%), 39 son amos de casa (19.4%); 168 como canal de difusión la escuela (83.6%); 111 con familiar moderadamente funcionales (55.2%); 118 familias nucleares simples (58.7%)

Los **adolescentes sin conocimientos en salud reproductiva** fueron 51 de 15 años (21.9%), 158 mujeres (67.8%), 65 sexto semestre de bachillerato (27.9%), 216 solteros (92.7%), 228 en adolescencia tardía /97.9%); 119 no ha tenido relaciones sexuales (51.1%), 119 no ha tenido parejas sexuales (51.1%), 118 no menciona su orientación sexual (50.6%), 49 tienen relaciones sexuales genitales- oral (21.0%), 119 no ha tenido parejas sexuales (51.1%), 55 madre cuentan con preparatoria/bachillerato completa (23.6%), 76 amas de casa (32.6%); 63 padre cuentan con licenciatura completa (27.0%), 43 amos de casa (18.5%), 179 obtienen información de la escuela (76.8%); 123 familias moderadamente funcionales (52.8%); 132 familias nucleares simples (56.7%). Tabla 18 a 24.

Tabla 18. Salud reproductiva en adolescentes y características sociodemográficas

CARACTERÍSTICAS	SALUD REPRODUCTIVA				P
	CON CONOCIMIENTOS		SIN CONOCIMIENTOS		
	N	%	N	%	
Edad					
14	2	1.0	3	7.1	.005
15	38	18.9	15	35.7	
16	39	19.4	2	4.8	
17	41	20.4	7	16.7	
18	44	21.9	6	14.3	
19	37	18.4	9	21.4	
Sexo					
Hombre	59	29.4	17	40.5	.157
Mujer	142	70.6	25	59.5	
Escolaridad de bachillerato					
Primer semestre	34	16.9	8	19.0	.325
Segundo semestre	54	26.9	6	14.3	
Tercer semestre	18	9.0	7	16.7	
Cuarto semestre	22	10.9	6	14.3	
Quinto semestre	15	7.5	5	11.9	
Sexto semestre	58	28.9	10	23.9	
Estado Civil					
Soltero	189	94.0	37	88.1	.389
Unión libre	5	2.5	2	4.8	
Casado	7	3.5	3	7.1	
Etapas de adolescencia					
Temprana	2	1.0	3	7.1	.011
Tardía	199	99.0	39	92.9	

Tabla 19. Salud reproductiva en adolescentes y conductas sexuales

CONDUCTAS SEXUALES	SALUD REPRODUCTIVA				P
	CON		SIN		
	CONOCIMIENTOS		CONOCIMIENTOS		
	N	%	N	%	
Inicio de relaciones sexuales					.045
Si					
No	106	52.7	15	35.7	
	95	47.3	27	64.3	
Edad de inicio de vida sexual activa					.055
No aplica	95	47.3	27	64.3	
10	1	0.5	0	0.0	
11	3	1.5	0	0.0	
12	4	2.0	0	0.0	
13	11	5.5	1	2.4	
14	11	5.5	7	16.7	
15	30	14.9	4	9.5	
16	29	14.4	2	4.8	
17	17	8.5	1	2.4	
Orientación sexual en las relaciones sexuales					.167
Heterosexual					
Homosexual	82	40.8	15	35.7	
Bisexual	12	6.0	0	0.0	
No menciona	12	6.0	1	2.4	
	95	47.3	26	61.9	
Tipo de relación sexual					.247
Anal	21	10.4	3	7.1	
Genital	18	9.0	3	7.1	
Genital-Anal	10	5.0	4	9.5	
Genital-Oral	49	24.4	4	9.5	
Genital-Oral-Anal	1	0.5	0	0.0	
Oral- Anal	2	1.0	1	2.4	
No menciona	95	47.3	27	64.3	
Número de parejas sexuales					.112
0	95	47.3	27	64.3	
1	48	23.9	7	16.7	
2	25	12.4	0	0.0	
3	17	8.5	2	4.8	
4	4	2.0	3	7.1	
5	5	2.5	3	7.1	
6	2	1.0	0	0.0	
7	2	1.0	0	0.0	
10	1	0.5	0	0.0	
20	2	1.0	0	0.0	

Tabla 20. Salud reproductiva en adolescentes y nivel de escolaridad/ ocupación de la madre

ESCOLARIDAD/ OCUPACIÓN DE LA MADRE	SALUD REPRODUCTIVA				P
	CON CONOCIMIENTOS		SIN CONOCIMIENTOS		
	N	%	N	%	
Nivel de estudios de la madre					.252
Analfabeta	2	1.0	0	0.0	
Primaria trunca	3	1.5	1	2.4	
Primaria completa	5	2.5	0	0.0	
Secundaria trunca	7	3.5	5	11.9	
Secundaria completa	22	10.9	8	19.0	
Preparatoria/Bachillerato trunca	34	16.9	6	14.3	
Preparatoria/Bachillerato completa	45	22.4	6	14.3	
Licenciatura trunca	23	11.4	2	4.8	
Licenciatura completa	48	23.9	11	26.2	
Posgrado	12	6.0	3	7.1	
Ocupación de la madre					
Administrativa	25	12.4	2	4.8	
Ama de casa	65	32.3	14	33.3	
Desconoce	17	8.5	8	19.0	
Directiva/Jefa	6	3.0	0	0.0	
Empresaria/ Comerciante	23	11.4	5	11.9	
Jubilada	0	0.0	4	9.5	
No trabaja	7	3.5	0	0.0	
Obrera	10	5.0	0	0.0	
Profesionista	33	16.4	7	16.7	
Técnica	1	0.5	0	0.0	
Trabajadora doméstica	14	7.0	2	4.8	

Tabla 21. Salud reproductiva en adolescentes y nivel de escolaridad/ ocupación del padre

ESCOLARIDAD/ OCUPACIÓN DEL PADRE	SALUD REPRODUCTIVA				P
	CON CONOCIMIENTOS		SIN CONOCIMIENTOS		
	N	%	N	%	
Nivel de estudios del padre					
Analfabeta	1	0.5	3	7.1	.251
Primaria trunca	1	0.5	0	0.0	
Primaria completa	1	0.5	0	0.0	
Secundaria trunca	9	4.5	1	2.4	
Secundaria completa	20	10.0	5	11.9	
Preparatoria/Bachillerato trunco	29	14.4	4	9.5	
Preparatoria/Bachillerato completo	44	21.9	11	26.2	
Licenciatura trunca	26	12.9	5	11.9	
Licenciatura completa	56	27.9	10	23.9	
Posgrado	14	7.0	3	7.1	
Ocupación del padre					
Administrativo					.075
Administrador/Gerente	32	15.9	5	11.9	
Amo de casa	39	19.4	6	14.3	
Desconoce	18	9.0	4	9.5	
Jubilado	3	1.5	0	0.0	
No lo menciona	12	6.0	0	0.0	
No trabaja	3	1.5	0	0.0	
Obrero	15	7.5	0	0.0	
Obrero Agrícola	2	1.0	0	0.0	
Otro	33	16.4	7	16.7	
Profesionista	15	7.5	0	0.0	
Técnico	8	4.0	2	4.8	
Trabajador Doméstico	17	8.5	6	14.3	

Tabla 22. Salud reproductiva en adolescentes y medios de información

Canal de información	SALUD REPRODUCTIVA				P
	CON CONOCIMIENTOS		SIN CONOCIMIENTOS		
	N	%	N	%	
Escuela	168	83.6	21	50.0	.000
Televisión	8	4.0	7	16.7	.002
Amigos	46	22.9	16	38.1	.040
Médico	81	40.3	6	14.3	.001
Padres/Tutores	107	53.2	8	19.0	.000
Otros familiares	28	13.9	6	14.3	.952
Redes sociales	116	57.7	15	35.7	.009
Otros	14	7.0	13	31.0	.000

Tabla 23. Salud reproductiva en adolescentes y funcionalidad familiar

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	SALUD REPRODUCTIVA				P
	CON CONOCIMIENTOS		SIN CONOCIMIENTOS		
	N	%	N	%	
Funcional	64	31.8	11	26.2	.033
Moderadamente funcional	111	55.2	19	45.2	
Disfuncional	23	11.4	12	28.6	
Severamente disfuncional	3	1.5	0	0.0	

Tabla 24. Salud reproductiva en adolescentes y tipología familiar

TIPOLOGÍA	SALUD REPRODUCTIVA				P
	CON CONOCIMIENTOS		SIN CONOCIMIENTOS		
	N	%	N	%	
Nuclear simple	118	58.7	21	50.0	.158
Nuclear numerosa	13	6.5	4	9.5	
Monoparental	42	20.9	16	38.1	
Monoparental extendida	1	0.5	0	0.0	
Monoparental extendida compuesta	6	3.0	0	0.0	
Extensa compuesta	5	2.5	0	0.0	
No parental	16	8.0	1	2.4	

Se rechaza hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, al tener adolescentes con conocimiento malo en salud sexual y reproductiva, y la familia si tiene un impacto significativo en la salud reproductiva siendo el mayor riesgo embarazos a temprana edad.

DISCUSIÓN

La familia es un sistema conformado por diferentes miembros que se relacionan entre ellos y con otros sistemas de contacto en el ambiente. Las familias con adolescentes se encuentran en una etapa del proceso vital de grandes cambios, de tipo biopsicosocial, tanto para las y los adolescentes que buscan su independencia e identidad, como para los padres que deben asumir los cambios de sus hijos.⁵³

La experiencia de la sexualidad en este periodo se vuelve más evidente y suele aparecer a través de prácticas sexuales sin protección, debido a la falta de información y comunicación entre familiares, y por algunos mitos o tabúes, o por miedo a asumir la propia sexualidad. Por lo tanto, la búsqueda y curiosidad por nuevas experiencias y falta de orientación sobre los cambios que están experimentando los adolescentes hacerlos vulnerables a situaciones de riesgo, incluso sexualmente infecciones de transmisión sexual (ITS), que pueden incluir el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La actividad sexual precoz y sin protección no causa, en general, morbilidad y mortalidad durante el período de la adolescencia; sus efectos y costos se manifiestan más tarde en la vida y puede tener importantes repercusiones en el desarrollo biológico, social y psicológico de la joven generación.

A nuestros 243 adolescentes estudiados los encontramos con un nivel global de conocimientos de salud sexual y reproductiva malo, sin embargo, al analizar cada variable de forma independiente encontramos que los adolescentes cuentan con un mal nivel de conocimientos en salud sexual con un 95.9%, el cual contrasta totalmente con los conocimientos en salud reproductiva con un 82.7% de la población; en cuanto a funcionalidad familiar encontramos que el 53.5% de la población contaba con un nivel de funcionalidad familiar moderadamente funcional, 30.9% con un nivel funcional, 14.4% disfuncional y 1.2% severamente disfuncional, lo cual coloca al 15.6% de la población en familias disfuncionales.

Santiago y cols. En su estudio de “Conductas de riesgo y dinámica familiar del adolescente y la de sus padres”, donde su población de estudio fue de 50 participantes donde el promedio de edad fue de 13.3 ± 1.23 años; encontraron que el 2% de los padres

concluyeron su educación profesional y el 8% de las madres su educación media; la tipología familiar más frecuente fue la nuclear con 40%. En lo que respecta a conductas de riesgo, se les interrogó acerca de haber tenido relaciones sexuales alguna vez a lo que 94% de los adolescentes respondieron que sí. A comparación de nuestra población la cual la edad promedio es de 16.92 ± 1.48 años, el 50.2% de estos adolescentes no había iniciado su vida sexual activa; en cuanto al nivel educativo de los padres el 27.2% contaban con licenciatura completa y de las madres el 24.3% contaban con licenciatura completa; sin embargo, nuestros adolescentes no contaban con un buen nivel de conocimientos de salud sexual y reproductiva; por lo que no tiene relevancia el grado de estudios de los padres y la tipología familiar del adolescente.⁵⁶

Rojas Betancour y cols. En su estudio “Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía” realizado en los municipios de Bucaramanga, Piedecuesta, Girón y Floridablanca en el departamento de Santander, Colombia se estudió una población de 368 participantes en el grupo etario de 14 a 19 años, el 50.8% fueron mujeres y el 49.2% hombres; refieren que las principales fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva fueron Padres/hermanos hasta en un 45% en el grupo de 16 años, seguido de información proveniente de internet o redes sociales del 28% en el grupo de 19 años, instituciones de salud hasta en un 22% en los adolescentes de 14 años, amigos y pares con un 22% en adolescentes de 19 años y la fuente donde menos información reciben son los profesores con un 2.5% en los adolescentes de 19 años ; a diferencia de nuestro estudio en donde encontramos que la mayor fuente de información de salud sexual y reproductiva en nuestros adolescente es la escuela con un 77.8%, seguido de redes sociales con un 53.9%, padre/ tutores con un 47.4% y en menor proporción televisión con 6.2%, por lo que podríamos concluir que en nuestros programas educativos se están tratando de cubrir los conocimientos mínimos necesarios para que los adolescentes se puedan informar acerca de salud sexual y reproductiva, cumpliendo así con sus derechos sexuales y reproductivos como adolescentes.⁵⁷

Pérez Ferreiro y cols. En su estudio “Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016” donde su población de estudio fueron 71 adolescentes de entre 14 a 19 años encontraron que el 49.3% adolescentes refirieron haber iniciado su vida sexual activa coital, con una edad media de

inicio de 15.7 años \pm 1,9, 45.7% refiere haber tenido más de dos parejas sexuales; de los adolescentes que habían iniciado su vida sexual activa 94.3% manifestó haber tenido conocimiento sobre la prevención del embarazo y el 54.3% desconocían el preservativo como método de prevención sexual por lo que concluyeron que la mayoría de los adolescentes en su estudio tiene conocimientos sobre prevención del embarazo y menos de la mitad tiene conocimiento de la ITS, situación que los hace más vulnerables a estas. En cuanto a las características del funcionamiento familiar concluyeron que es un factor predisponente para las conductas de riesgo en la adolescencia, el 37.1% de los adolescentes con disfunción familiar habían tenido un inicio temprano de vida sexual activa, 22.9% habían tenido más de dos parejas sexuales al momento del estudio, 40.0% no usó preservativo en alguno de sus encuentros sexuales. En nuestro estudio encontramos que el 49.8% refirió haber iniciado su vida sexual activa, con una edad media de inicio de 14.98 años \pm 1.47, 15.6% de la población refiere haber tenido más de dos parejas sexuales; de nuestros adolescentes sexualmente activos encontramos que el 87.6% tiene conocimientos acerca de salud reproductiva y el 94.21% tiene un mal nivel de conocimientos en salud sexual; comparando con el estudio anterior, en cuanto a funcionamiento familiar encontramos que en nuestro estudio tuvimos 38 adolescentes con familias disfuncionales de los cuales 52.63% había tenido un inicio temprano de vida sexual activa, 51.57% se le había explicado en algún momento de su vida el uso del condón y 26.31% habían tenido más de dos parejas sexuales al momento del estudio.⁵⁸

Cabe mencionar que nuestra población fue estudiada durante la pandemia de COVID-19 en el año 2021, por lo que la educación sufrió un cambio adaptativo el cual nunca habíamos experimentado como sociedad, siendo totalmente en línea desde educación básica hasta educación superior. Creemos que esto fue lo que propició al rezago de información en los adolescentes, al dar prioridad a temas básicos de la educación básica y media superior, dejando a un lado temas de salud sexual y reproductiva, dando por hecho que los adolescentes estando en casa bajo el cuidado de padres y/o tutores no proporcionaron información y/o esta sería cubierta por los padres/ tutores en casa. Por lo que concluimos, que el nivel de funcionalidad familiar no interviene en el nivel de conocimientos de salud sexual y reproductiva del adolescente.

CONCLUSIONES

La edad más frecuente fue 15 años, en la adolescencia tardía, siendo la mayor parte de la población estudiada mujeres, cursando el sexto semestre de preparatoria/bachillerato, siendo soltero el estado civil más frecuente.

La mayoría no ha iniciado su vida sexual activa, sin embargo, dentro del porcentaje de población que ya ha iniciado su vida sexual activa la edad de inicio de vida sexual se encontró entre los 10 a 17 años, orientación sexual en el acto sexual más frecuente fue el heterosexual, mencionaron tener una pareja sexual en toda su vida

El nivel de estudios más frecuente encontrado en ambos padres fue licenciatura completa, la ocupación más frecuente fue ama/amo de casa.

Dentro de los canales de difusión más frecuentes de información sobre salud sexual y reproductiva fueron la escuela, redes sociales y tutores.

En cuanto conductas sexuales, la mayoría no había iniciado su vida sexual activa; dentro de los sexualmente activos la orientación sexual más frecuente fue la heterosexual, la edad de inicio de vida sexual activa más frecuente fue a los 15 años, el tipo de relación sexual fue Genital- Oral, la mayoría habían tenido únicamente una pareja sexual.

El nivel de funcionalidad más frecuente fue moderadamente funcional, dentro de las situaciones evaluadas por el instrumento encontramos que cuentan con buen nivel de cohesión, armonía, comunicación, afectividad, adaptabilidad; nivel regular de permeabilidad y cumplen con los roles. En cuanto a la tipología familiar, la más frecuente encontrada fue la nuclear simple.

La mayoría de los adolescentes estudiados tienen un mal nivel de conocimientos de salud sexual.

La mayoría de los adolescentes estudiados cuentan con conocimientos de salud reproductiva.

En cuanto al tema de salud sexual, la mayoría de los adolescentes se encontraron un mal nivel de conocimientos, el rango de edad más frecuente fue los 15 años, siendo mujeres en su mayoría, de la población total la mayoría se encontraba cursando el sexto semestre de bachillerato, el estado civil más frecuente fue soltero, cursando la etapa de adolescencia tardía. Respecto al nivel educativo de la madre el más frecuente fue la licenciatura completa y la ocupación profesionista; el nivel educativo más frecuente del padre fue licenciatura completa y la ocupación más frecuente fue amo de casa. Dentro de los canales de información encontramos a la escuela como el más mencionado, seguido de las redes sociales y padres/ tutores respectivamente. El nivel de funcionalidad familiar más encontrado en este grupo fue moderadamente funcional y la tipología familiar fue la nuclear simple.

En salud reproductiva, la mayoría de los adolescentes tienen conocimientos, el rango de edad más frecuente fue los 18 años, siendo mujeres en su mayoría, cursando el sexto semestre de Preparatoria/Bachillerato, el estado civil más frecuente fue soltero, cursando la etapa de adolescencia tardía. El nivel educativo más frecuente de la madre la licenciatura completa y ama de casa como ocupación; el nivel educativo más frecuente del padre fue licenciatura completa y la ocupación más frecuente fue amo de casa. Los canales de información más importantes encontramos a la escuela seguido de las redes sociales y padres/ tutores respectivamente. El nivel de funcionalidad familiar más encontrado en este grupo fue moderadamente funcional y la tipología familiar fue la nuclear simple.

Se rechaza hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, al tener adolescentes con conocimiento malo en salud sexual y reproductiva, y la familia si tiene un impacto significativo en la salud reproductiva siendo el mayor riesgo embarazos a temprana edad.

RECOMENDACIONES

- Personal médico, enfermería y trabajo social:
 - Se requieren que cuenten con los conocimientos necesarios de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y capacitación adecuada para informarlos de forma clara y precisa.
 - Realizar programas de salud dirigidos a este grupo, tomando en cuenta las deficiencias encontradas en estudio como punto de partida para la selección de información a los adolescentes.
 - Educación y promoción a la salud sexual y reproductiva del adolescente.

- Padres:
 - Capacitación con información clara y precisa de salud sexual y reproductiva en el adolescente para su correcta consejería del mismo.

- Escuelas:
 - Dar a conocer a los adolescentes sus derechos sexuales y reproductivos.
 - Instaurar programas de salud sexual y reproductiva dirigida a la educación y prevención.

Se recomienda repetir este estudio para comparar el nivel de conocimientos de los adolescentes que se encuentren cursando nivel medio superior una vez concluido la pandemia.

LIMITACIONES

Este estudio fue realizado durante el primer y segundo año de la pandemia de COVID 19, por lo que contamos con inconvenientes para poder completar el tamaño de muestra necesario debido al ausentismo de los adolescentes a los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020.
- ² Gayet C, Juárez F, Pedrosa L, Magis C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Publica Mex* 2003;45 supl 5:S632-S640.
- ³ Albornoz-Arias N. et al. Influencia de la educación sexual en la maternidad adolescente en el Departamento Norte de Santander, Colombia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2019; 38(1): 82-91.
- ⁴ Rodríguez Pichardo A, García Bravo B. Infecciones de transmisión sexual en la infancia y adolescencia. *Piel* 2005;20 (7): 331-337.
- ⁵ De Hoyos López, M C. Educación afectivo-sexual en adolescentes, una tarea de todos. *Acta Pediatr Esp*. 2020; 78(1-2): e47-e53.
- ⁶ Consejo Nacional de Población. Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana. 1ª Ed. México; 2016.
- ⁷ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Montevideo; 2013.
- ⁸ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago; 2016.
- ⁹ Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Suiza; 2018.
- ¹⁰ Galoviche V. Conferencia sobre población y desarrollo de El Cairo (1994), Avances y retos para la inclusión masculina en salud sexual y reproductiva. *RevIISE*. 2016; 8(8): 89-97.

-
- ¹¹ Diccionario de la lengua española. 2019 [citado 14 octubre 2020]. [Internet]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexualidad>
- ¹² Hernández Belmont R. M. Paradigmas de la diversidad sexual. Revista trabajo social. 2008; (18): 26- 33.
- ¹³ Ávalos Capín J. Derechos reproductivos y sexuales. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Fundación Konrad Adenauer. México; 2013.
- ¹⁴ World Health Organization. Developing sexual health programmes: a framework for action. Switzerland: 2010.
- ¹⁵ Welti Chanes C. Inicio de la vida sexual y reproductiva. Papeles de POBLACIÓN. 2005; (45): 143-176.
- ¹⁶ Gobierno de México. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. México; 2019. p. 45.
- ¹⁷ Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020.
- ¹⁸ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes. 2º Ed. México: CNDH; 2016.
- ¹⁹ López de Munain J. Epidemiology and current control of sexually transmitted infections. The role of STI clinics. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2019; 37(1): 45-49.
- ²⁰ Secretaría de Salud. Enfermedades de Transmisión Sexual en el Adolescente y Adulto que producen Úlceras Genitales: Herpes, Sífilis, Chancroide, Linfogranuloma venéreo y Granuloma inguinal. México; 2009.
- ²¹ Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente [citado 14 octubre 2020]. [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- ²² Rodríguez Carrión J, Traverso Blanco C I. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. Gac Sanit. 2012;26(6):519–524.

-
- ²³ Dicarpio N.S. Teorías de la personalidad. México: McGraw Hill; 1989.
- ²⁴ Ávila Burgos L, Montañez Hernández J C, Cahuana Hurtado L, Villalobos A, Hernández Peña P, Heredia Pi I. Government Expenditure on Maternal Health and Family Planning Services for Adolescents in Mexico, 2003–2015. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(3097): 1-17.
- ²⁵ Juárez C, Gayet C, Mejía-Pailles. Factors associated with unmet need for contraception in Mexico: evidence from the National Survey of Demographic Dynamics 2014. *BMC Public Health*. 2018; 18(546): 1-8.
- ²⁶ Villalobos A, Hubert C, Hernández-Serrato MI, de la Vara-Salazar E, Suárez-López L, Romero-Martínez M, Ávila-Burgos L, Barrientos T. Adolescent motherhood in under 100 000 inhabitants communities in the first decades of the millennium. *Salud Publica Mex*. 2019; 61: 742-752.
- ²⁷ Loredó-Abdalá A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A, González-Corona J, Gutiérrez-Leyva CJ. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada, *Rev Med Inst Mex Seg Soc* 2017;55(2):223-229.
- ²⁸ Sánchez- Pájaro A, Braverman-Bronstein A, De Castro F, Vidaña-Pérez D, Villalobos Hernández A, Barrientos-Gutiérrez T. Contribution of Second and Higher-Order Births to Adolescent Fertility in Mexico. *Studies in Family Planning* 2019; 50(1): 63-70.
- ²⁹ Sanz-Martos S, et al. Efectividad de las intervenciones educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia. *Aten Primaria*. 2019; 51(7): 424-434.
- ³⁰ del Romero J. et al. Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en personas con alto riesgo, incluyendo pacientes infectados por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019;37(2):117–126.
- ³¹ Rodríguez-Granger J, et al. Actualización en el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual. *Actas Dermosifiliogr*. 2020; xxx(xx): xxx-xxx.
- ³² Macaya A, Guardia Hernández J. J., Nuevo P. Confidencialidad de datos, secreto profesional y búsqueda de contactos en infecciones de transmisión sexual. *Med Clin (Barc)*. 2020; 154(9): 366-369.

-
- ³³ Torres López T. M., et al. Riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA desde el punto de vista de adolescentes migrantes del Estado de Jalisco, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2009;7(1): 135-154.
- ³⁴ Conocimientos de los adolescentes sobre infecciones de transmisión sexual: necesidad de intervenciones eficaces. *Enferm Clin*. 2019; 29(4): 257-259.
- ³⁵ De Castro F, Rodríguez-Hernández JA, Hubert-López C, Sánchez-Pájaro A, Rosas-Magallanes C, Villalobos A, Barrientos-Gutiérrez T. Curso masivo en línea “Salud sexual y reproductiva”: cambios en conocimientos, deserción, reprobación y satisfacción. *Salud Publica Mex*. 2020; 62: 559-568.
- ³⁶ UMF 25 IMSS. Compendio de Medicina Familiar. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. p. 3.
- ³⁷ UMF 25 IMSS. Compendio de Medicina Familiar. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. p. 30.
- ³⁸ Kaplan H I, Sadock B J. Teoría de sistemas y grupos pequeños. En: Agazarian, Yvonne M. Ed. D, Janoff Sandra, Ph D. *Terapia de Grupo*. 3° Edición. Panamericana; 1998. p. 36-49.
- ³⁹ Huerta González, José Luis. *Medicina familiar, la familia en el proceso salud-enfermedad*. 1° Edición. México: Editorial Alfil; 2005.
- ⁴⁰ UMF 25 IMSS. Compendio de Medicina Familiar. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. p. 32.
- ⁴¹ Huerta González, José Luis. *Medicina familiar, la familia en el proceso salud-enfermedad*. 1° Edición. México: Editorial Alfil; 2005.
- ⁴² Moreno Méndez, Jaime Humberto, Chauta Roza, Laura Camila, Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia*. Avances de la disciplina [Internet]. 2012;6(1):155-166. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770006>

-
- ⁴³ Paz Morales M. et al. Funcionalidad familiar, crianza parental y su relación con el estado nutricional en preescolares. *Aten Primaria*. 2020;52(8):548-554.
- ⁴⁴ Lima Serrano M, et al. Relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida de los adolescentes en edad escolar. *Enferm Clín*.2017;27(1):3-10.
- ⁴⁵ Pérez Lo Presti, Alirio, Reinoza Dugarte, Marianela, El educador y la familia disfuncional. *Educere* [Internet]. 2011;15(52):629-634. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35622379009>
- ⁴⁶ Ordóñez Azuara Y, et al. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Aten Primaria*. 2020;xxx(xx): xxx-xxx.
- ⁴⁷ Suárez Cuba, M. A, Alcalá Espinoza M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz*. 2014; 20(1): 53-57.
- ⁴⁸ Schmidt V, Barreyro J P, Maglio A L. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. *Escritos de Psicología*. 2009; 3(2): 30-36
- ⁴⁹ Rosales Córdova N C, Garrido Pérez S M G, Carrillo Ponte F. Funcionalidad familiar y afrontamiento en pacientes con incapacidad permanente en una Unidad Médica Familiar. *Horizonte sanitario*. 2017; 16(2): 127-137.
- ⁵⁰ Cortés Alfaro Alba, García Roche René, Fullerat Alfonso Raúl, Fuentes Abreu Jorge. Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes. *Rev Cubana Med Trop* [Internet]. 2000 Abr [citado 2020 Dic 17] ; 52(1): 48-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602000000100009&lng=es.
- ⁵¹ Talavera J.O, Rivas Ruiz R, Bernal Rosales L.P, Palacios Cruz L. V. Tamaño de muestra. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2011; 49(3): 39.

⁵² C. Valdivieso, R. Valdivieso Y O. Valdivieso. Determinación del tamaño muestral mediante el uso de árboles de decisión. UPB - Investigación & desarrollo 2011; 11:148 – 176.

⁵³ García Rueda A. Martínez De Acosta C. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. Avances en enfermería 2011; 29 (1) 75-86.

⁵⁴ Almeida RAAS, et al. Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(5):1033-9.

⁵⁵ Gómez Suárez R. Et al. Acciones educativas sobre aspectos de la sexualidad dirigidas a adolescentes. Revista Cubana de Salud Pública. 2015;41 (1): 57-66.

⁵⁶ Santiago Mijangos AD, Torres Falcón MP. Conductas de riesgo y dinámica familiar del adolescente y la de sus padres. Hacia Promoc. Salud. 2019; 24 (2): 17-31.

⁵⁷ Rojas Betancur M, Méndez Villamizar R, Montero Torres L. Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 52-62.

⁵⁸ Pérez Ferreiro YC, Apupalo Chisag MM, Creagh Bandera I. Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018 [citado]; 17(5):789-799. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1820>

ANEXOS

Anexo 1

Anexos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (padres o representantes
legales de niños o personas con discapacidad)**

"Impacto de la salud sexual y reproductiva del adolescente en la funcionalidad familiar"

Nombre del estudio:	_____
Patrocinador externo (si aplica):	_____
Lugar y fecha:	marzo a septiembre 2021
Número de registro institucional:	R-2021-3404-011
Justificación y objetivo del estudio:	Evaluar el nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva en los adolescentes y la funcionalidad en sus familias
Procedimientos:	Se aplicará una encuesta, previo consentimiento y asentimiento informado del padre/tutor y el adolescente
Posibles riesgos y molestias:	Mínimos, ya que el estudio se basa en experiencias/conocimientos de los adolescentes
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Planeación de estrategias de educación sexual y reproductiva de los adolescentes de forma integral y derivación de adolescentes vulnerables
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados serán proporcionados a los participantes y se les dará información clara y oportuna de salud sexual y reproductiva
Participación o retiro:	Libre de elegir cuando participar y cuando retirarse
Privacidad y confidencialidad:	_____

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Victor Camarillo Nava, drcamarillonava@gmail.com

Colaboradores: Dra. Santa Vega Mendoza santa.vega@imss.gob.mx / D. Ulise María Ponce Padilla dmpp.ipn@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNJC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comite.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación.

Anexo 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: "Impacto de la salud sexual y reproductiva del adolescente en la funcionalidad familiar"

Número de registro institucional R-2021-3404-011

Objetivo del estudio y procedimientos Evaluar tu nivel de conocimientos de sexualidad y el funcionamiento de tu familia

Hola, mi nombre es Víctor Camarillo Nava y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de Salud sexual y reproductiva en el adolescente y su relación con el nivel de funcionamiento de la familia y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en Otorgarnos tu permiso mediante este documento y así poder aplicarte dos cuestionarios breves en los que necesitamos que contestes con toda sinceridad.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si no quieres participar, déjalo en blanco.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

Fecha: _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 "VALLEJO"
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

(Anexo 3)

ENCUESTA SOBRE EL IMPACTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Fuente: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Departamento de Salud Escolar.

Encuesta No: _____ Fecha de aplicación: _____

Marca con una (x) o número de la opción que corresponda, dentro de la casilla.

Sección I			
Edad:	Sexo:		
años	Masculino	Femenino	
Estado civil			
Soltera (o)	Casada (o)	Unión libre	
Divorciada (o)	Viuda (o)		
Nivel de estudios			
Primaria	Secundaria	Secundaria trunca	
Preparatoria/Bachillerato	Preparatoria/Bachillerato trunco	Otro	
Ocupación de los padres			
Madre	1. Ama de casa	2. Profesionista	
	3. Directivo/Jefe	4. Obrero	
	5. Trabajador doméstico	6. Obrero Agrícola	
	7. Administrativo	8. Empresario/comerciante	
Padre	9. Administrador	10. Técnico	
	11. Jubilado	12. No trabaja	
	13. No sabe	14. Fallecido	
	15. Otra		
Escolaridad de los padres			
Madre	1. Analfabeta	2. Primaria trunca	

		3. Primaria completa	4. Secundaria trunca
		5. Secundaria completa	6. Preparatoria/Bachillerato trunca
Padre		7. Preparatoria/bachillerato completo	8. Licenciatura trunca
		9. Licenciatura terminada	10. Posgrado
¿Con quién vives?			

**Marca con una (X) dentro de la casilla la opción que creas que es la correcta
*(Puedes marcar más de una opción)**

Sección II					
¿Cómo se evita una enfermedad de transmisión sexual?*					
No tener relaciones		Evitando sentarse en Baños desconocidos		Teniendo pareja estable	
Vacunándose		Bañarse/Lavarse después de tener relaciones		Usando preservativo	
Tomando pastillas Anticonceptivas		Teniendo relaciones Sexuales		Seleccionando la Pareja	
No sabe		Otra: (Especifica)			
¿Qué crees de las enfermedades de transmisión sexual en cuanto a su contagiosidad o si se pega o no?					
Son contagiosas siempre		Son contagiosas a veces		No son contagiosas	
No sabe					
¿Qué connotación das a las enfermedades de transmisión sexual?*					
Enfermedad vergonzosa, inmoral		Enfermedad como otra cualquiera		Enfermedad de mal ambiente	
¿Qué es una enfermedad de transmisión sexual? VIH/SIDA?*					
Enfermedad que se adquiere por el contacto sexual		Enfermedad que se adquiere por el aire		Enfermedad que se adquiere por agujas de inyectar	

Instrumentos médicos contaminados		Enfermedad que se adquiere por la sangre (transfusión de sangre de enfermo)		No sé	
¿Cuáles son los factores que favorecen el contagio?*					
Teniendo relaciones sexuales con más de 1 persona a la vez del mismo sexo		Teniendo relaciones sexuales con varones y hembras		Teniendo relaciones sexuales hombre-mujer, mujer-hombre con varios a la vez	
Teniendo relaciones sexuales con personas que casi nunca ves		Teniendo relaciones sexuales con extranjeros		No usando preservativos en las relaciones sexuales con desconocidos	
No usando preservativo en las relaciones sexuales por encuentros ocasionales		Otros		No sé	
Para ti ¿Cuáles serían las consecuencias de una enfermedad de transmisión sexual no tratada?*					
Enfermarse del corazón		Embarazos ectópicos (fuera del útero)		Infertilidad en el hombre (no poder tener hijos)	
Infertilidad en la mujer (no poder tener hijos)		Nacer antes del tiempo (prematureo)		Cáncer de los genitales (masculino y femenino)	
Se estrecha el orificio de la salida de la orina (estrechez uretral)		Muerte		Nacer con bajo peso	
Abortar		Inflamación pélvica		Otra	
Ninguna		No sé			

¿Cuáles son las vías para transmitir el SIDA?*				
Relaciones sexuales		Jeringuillas contaminadas		Sangre (o hemoderivados)
Madre al feto		Sudor		Saliva
Beso		Convivir con enfermos de SIDA		A través de cuchillas de afeitar
Otros				
Dime de estas enfermedades, ¿Cuáles son o pueden ser transmitidas por contacto sexual o físico?*				
Ladillas o pediculosis pubis		Herpes genital		Condiloma o verrugas genitales o anales
Diabetes		Hepatitis B		Escabiosis
Gonorrea		Mononucleosis infecciosa		Parasitosis intestinales
VIH/SIDA		Gastritis		Sífilis
Trichomoniasis		Inflamación pélvica		Candidiasis
Uretritis no gonocócica		Embarazo ectópico		Linfogranuloma venéreo
Chancro blando		No sé		
Con respecto al SIDA, ¿Qué crees que es?				
Propia de homosexuales		Propia de bisexuales		Propia de heterosexuales
De todos por igual		No sé		

**Marca con una (x) o número de la opción que corresponda, dentro de la casilla.
*(Puedes marcar más de una opción)**

Sección III				
¿Has tenido relaciones sexuales?				
No		Sí		No responde
¿Con que sexo?				
Sexo opuesto		Mismo sexo		Ambos sexos
Si tu respuesta fue Sí, ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?				

¿Tienes otra u otra pareja sexual? Diferente con la que iniciaste tu vida sexual					
No		Sí		No responde	
¿ Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales en el último año?					
En cuanto al número de parejas sexuales, si te dijeran que debes tener una ¿Qué pensarías?					
Es difícil de cumplir		Es fácil de cumplir		No sé	
¿ Qué criterios tienes en cuanto a la protección que ofrece el preservativo de las enfermedades que se transmiten por contacto sexual?					
No protege		No siempre protege		Protege	
No sé					
Tus relaciones sexuales son:*					
Orogenital		Oroanal		Genitoanal	
Genitooral		Coito homosexual Femenino		Coito homosexual masculino	
Extragenital		No sé			

¿Usas preservativo en tus relaciones sexuales con desconocidos, extranjeros o conocidos que ves en ocasiones?					
Nunca		Siempre		Casi siempre	
No responde					
¿Te han explicado cómo debes usar el preservativo?					
No		Sí		No responde	

Marca con una (x) o número de la opción que corresponda, dentro de la casilla.

Sección IV					
Edad de tu primer menstruación					
Edad de tu primera eyaculación					
¿ Has padecido o padeces de algunas de estas enfermedades?					
Ladilla o pediculosis pubis		Herpes genital o anal		Condilomas	
Hepatitis B		Escabiasis		Infección vaginal por trichomonas	
Infección uretral por trichomonas		Candidiasis		Infección vaginal bacteriana	
Gonorrea		Sífilis		VIH	
Inflamación pélvica por infección vaginal		Uretritis no gonocócica		SIDA	
¿ Tu pareja sexual padeció o padece una de estas enfermedades?					
No		Sí (¿Cuál?)		No sabe	
¿Has presentado algunas de estas manifestaciones clínicas asociadas con las enfermedades de transmisión sexual?					
Vaginitis		Uretritis		Infección urinaria a repetición	
Embarazo ectópico					
Si has presentado alguna enfermedad de transmisión sexual, ¿Has tenido tratamiento?					
No		Sí		No responde	
Has sido víctima de:*					
Abuso sexual lascivo		Tocamientos sexuales no deseados e impuestos a la fuerza		Tocamientos sexuales durante la infancia por adultos (<12 años)	

Relaciones sexuales <12 años		Relaciones sexuales impuestas por la fuerza o la amenaza (=chantaje) después de los 12 años		Violación	
Pederastia (violación en niños)		Incesto (violaciones sexuales por familiares)		Estupro (relaciones sexuales >12 y <17 años) para el sexo femenino	
Por tal motivo, ¿Has tenido o tienes tratamiento psiquiátrico o psicológico?					
Psicológico		Psiquiátrico		No sé/ No responde	
¿ Has tenido embarazo anterior o actual?					
No		Sí		No responde	
Si ha habido embarazos anteriores ¿Cuántos?:					
¿Te has realizado regulaciones menstruales? Toma de anticonceptivos orales para regular tu ciclo menstrual					
Sí		No		No responde	
¿Has tenido abortos?					
No		Sí		No responde	
Motivo del aborto:					
Inducido		Espontáneo		Terapéutico	
¿Recibes información sexual?					
No			Sí		
Si la respuesta es sí, ¿De dónde la recibes? (Mayoritariamente)					
Escuela		Televisión		Amigos	
Padres		Médico		Otro	
¿ Cómo consideras que ha sido la información recibida sobre estos aspectos relacionados con la sexualidad?					
Deficiente o nulo		Rara vez o regular		Sistemático o bueno	
No responde					

¿ Se te ha hablado en la escuela sobre enfermedades de transmisión sexual?					
Sí		No		No responde	

Marca con una (x) o número de la opción que corresponda, dentro de la casilla en cuanto a la percepción de tu familiar (FF-SIL)

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familia difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

