

00921
66



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

USO, CONOCIMIENTO Y CRITERIOS DE ELECCION DE UN
METODO ANTICONCEPTIVO EN LA PRIMERA RELACION
COITAL DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES DE LA
ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA 9 "PEDRO DE ALBA"
TURNO VESPERTINO.

T E S I S G R U P A L
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADOS EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N :
GARCIA ROJAS ALBERTO
MANCILLA HERNANDEZ KARINA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. DANIEL RANGEL PORTILLA



MEXICO. D.F.,

NOVIEMBRE DE 2003.



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.

Dedicatoria:

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en todo el territorio nacional el contenido de este libro.

NOMBRE: García Rojas Alberto
Karina Mancilla Hernández

FECHA: 14-11-03

FIRMA:

[Handwritten signatures]

A mis padres por su apoyo incondicional, a mis hermanos, a Karina por compartir parte de su vida, a dos angeles que forman parte de lo que soy, a la familia Mancilla Hernández, al Profesor Daniel Rangel por guiar mi vida académica y su disponibilidad, y a quienes dieron soporte para favorecer mi crecimiento como persona

Gracias

Alberto García Rojas

Dedicatoria:

A mis padres: Jorge y Juanita:

Por su apoyo incondicional, su confianza en mí y su gran amor que me motiva para salir adelante y que sin ellos no hubiera sido posible este trabajo

A mis hermanas Roc y Esther, por ser mis dos amigas en quienes confío y agradezco su gran apoyo.

A mis tíos y tías por que me demuestran que siempre están conmigo en todos los momentos

A Dios por todo, agradezco lo bueno, y lo malo que me hacen ser la persona que hoy soy.

A Alberto por su apoyo y compañía en esta nueva experiencia de aprendizaje.

Al Profesor Daniel Rangel Portilla, quién supo guiarnos, motivarnos, siempre dispuesto y hoy participa en este gran logro

Por todo esto y mucho más

Mil gracias

Karina Mancilla Hernández.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
INTRODUCCIÓN	1
1.1.FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.2.IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3.IDENTIFICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO	12
1.4.OBJETIVOS	12
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1.EMBARAZO ADOLESCENTE.....	14
2.1.1. SITUACIÓN ACTUAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN MÉXICO	14
2.1.2. SU SUPUESTO INCREMENTO	16
2.1.3. SU CONTRIBUCIÓN AL CRECIMIENTO ACELERADO DE LA POBLACIÓN	17
2.1.4. SUS EFECTOS ADVERSOS SOBRE LA SALUD DEL NIÑO Y LA MADRE	17
2.1.5. SU SUPUESTA CONTRIBUCIÓN A LA PERSISTENCIA DE LA POBREZA	18
2.1.6. CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	21
2.1.7. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	22
2.1.8. RIESGOS Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	23
2.1.9. ABORTO	24
2.2.INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	25

D

3.3.3. CUESTIONARIO	26
2.3.1. SITUACIÓN ACTUAL	27
2.3.2. EPIDEMIOLOGÍA	28
2.3.3. FACTORES DE RIESGO	30
2.4. BASES LEGALES	31
3. METODOLOGÍA	33
3.1.VARIABLE	33
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
3.2.1. TIPO	33
3.2.2. DISEÑO	33
3.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
3.3.1. TIPOS DE FICHAS	33
3.3.2. OBSERVACIÓN	33
3.3.3. CUESTIONARIO	33
3.4. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	33
3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS	33
4. RESULTADOS	34
4.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS	64
4.2. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	67
5. CONCLUSIONES	68
6. REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	70
7. ANEXO	72
8. BIBLIOGRAFIA	74

F

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS

CONTENIDO	PÁGINA
POBLACIÓN CON VIDA SEXUAL ACTIVA EN LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, POR SEXO	
CUADRO 1	34
GRAFICA 1	35
EDAD DE INICIO DE VIDA COITAL ENTRE LOS JÓVENES DE LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, POR SEXO	
CUADRO 2	36
GRAFICA 2.	37
CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE LOS JÓVENES DE LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO	
CUADRO 3	38
GRAFICA 3.	39
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL DE LOS JÓVENES DE LA ENP #9, "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO	
CUADRO 4	40
GRAFICA 4	41
CRITERIOS DE ELECCIÓN PARA EL USO DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL DE LOS JÓVENES DE LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO.	
CUADRO 5	42
GRAFICA 5	43
MOTIVOS MÁS FRECUENTES PARA NO UTILIZAR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL DE LOS JÓVENES DE LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA" TURNO VESPERTINO.	
CUADRO 6	44
GRAFICA 6	45



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS CON MÁS FRECUENCIA EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL DE LOS ADOLESCENTES DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO.

CUADRO 7	46
GRAFICA 7	47

¿COMO CALIFICAN LOS ADOLESCENTES DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, LA PRIMERA RELACIÓN COITAL?

CUADRO 8	48
GRAFICA 8	49

¿CÓMO CALIFICAN LAS ADOLESCENTES DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, LA PRIMERA RELACIÓN COITAL?

CUADRO 9	50
GRAFICA 9	51

MOTIVOS MÁS FRECUENTES POR EL QUE LOS JÓVENES DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, INICIAN ACTIVIDAD COITAL

CUADRO 10	52
GRAFICA 10	53

MOTIVOS MÁS FRECUENTES POR EL QUE LAS JÓVENES DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, INICIAN ACTIVIDAD COITAL

CUADRO 11	54
GRAFICA 11	55

MEDIOS DE INFORMACIÓN A LOS QUE RECURREN CON MAYOR FRECUENCIA LOS JÓVENES DE LA ENP9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

CUADRO 12	56
GRAFICA 12	57

INICIO DE ACTIVIDAD COITAL BAJO EL EFECTO DE ALGUNA SUSTANCIA ADICTIVA EN LOS JÓVENES DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO

CUADRO 13	58
GRAFICA 13	59

**¿CON QUIÉN INICIAN ACTIVIDAD COITAL LOS JÓVNES
DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO?**

CUADRO 14	60
GRAFICA 14	61

**PRACTICA SEXUAL QUE ENTRE LOS JÓVENES DE LA
ENP 9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, SE
CONSIDERA LA MÁS SEGURA PARA EVITAR UN
EMBARAZO NO PLANEADO O UNA INFECCIÓN DE
TRANSMISIÓN SEXUAL.**

CUADRO 15	62
GRAFICA 15	63

INTRODUCCION

México experimenta, en el umbral del nuevo milenio, un proceso de cambio que implica transiciones múltiples del ámbito demográfico, epidemiológico y familiar. Todas estas transiciones se encuentran estrechamente interrelacionadas y tienen consecuencias y ramificaciones profundas y de índole variada.

El concepto integral de salud reproductiva, a través de sus componentes, planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer, confiere una alta prioridad de la salud sexual y reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes, privilegiando las acciones de tipo preventivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad, mientras que la juventud es la etapa comprendida entre los 15 y 24 años de edad. Las definiciones de estos dos núcleos poblacionales se acuñaron con un estricto enfoque de salud, ya que los adolescentes y jóvenes requieren estrategias de información, atención médica y apoyo psicológico diferenciadas de acuerdo a los procesos intrínsecos de maduración en estas etapas de la vida.

La adolescencia se caracteriza por una serie de cambios orgánicos, funcionales y conductuales que se presentan al inicio de la pubertad, incluyendo la aparición de caracteres sexuales secundarios, la maduración del sistema endocrino y aparato reproductivo, la primera menstruación (menarquía) en la mujer y el inicio de la actividad gameto génica (ovogénesis y espermatogénesis) en la mujer y en el varón. Estos cambios se acompañan de profundos ajustes de las y los adolescentes a un ambiente social, cultural y político cambiante, que en ocasiones puede serles hostil. Esto explica, que un gran número de adolescentes encuentren diversos grados de dificultad para adaptarse a esta etapa de su desarrollo, particularmente en lo relativo a su sexualidad.

En planificación familiar, el avance observado hasta la fecha indudablemente señala la necesidad de continuar reforzando las acciones orientadas a mejorar la calidad y la cobertura de los servicios en áreas rurales y urbano marginadas, así como en grupos vulnerables de la población. Es por ello que en la presente investigación incluimos a los y las adolescentes siendo el grupo etareo de mayor vulnerabilidad y donde se presenta el inicio de la vida sexual y como consecuencia el embarazo no planeado y el primer contagio de infecciones de transmisión sexual.

En las últimas décadas han ocurrido cambios importantes en el inicio de la pubertad y de la vida sexual de la población adolescente. En efecto, un número importante de clínicos y epidemiológicos, así como encuestas de comportamiento, revelan que los últimos años, la edad a la que se presenta la menarquía ha disminuido significativamente, el inicio de la vida sexual es más temprano y la edad a la primera unión es más tardía. Estas circunstancias de la vida contemporánea, condicionan la necesidad de que la población de adolescentes y jóvenes tenga acceso a información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca de la sexualidad y desarrollo saludable, reproducción humana y salud sexual y reproductiva, para poder prevenir embarazos no planeados y no deseados, abortos inducidos practicados en forma clandestina, infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo las producidas por el virus del papiloma humano (VPH) y adicciones como tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias psicoactivas, así como otros aspectos que intervienen en la salud integral de este grupo etareo.

El marco teórico de este documento esta conformado por las diversas y principales problemáticas de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes y adolescentes como es las causas y consecuencias del embarazo adolescente así también se aborda de manera general las causas y consecuencias de las infecciones de transmisión sexual, tratando de abordar el tema del aborto aún con sus limitantes para determinar esta problemática en nuestro país en cuanto a índices de ocurrencia y sus causas que contribuyen a que se presente como un problema de salud pública aún no bien determinado.

Por todo lo anterior representa un importante desafío comprobar que la salud sexual y reproductiva en los adolescentes representa una prioridad para el desarrollo de individuos saludables en lo físico y social para el desarrollo óptimo de un país, ya que este tipo de problemas constituyen retos difíciles de vencer en materia de salud pública y que son perfectamente prevenibles.

Si bien es bueno tratar de dar solución a problemáticas existentes es mucho mejor prevenir estos eventos en la vida de las personas, diseñando estrategias que involucren a los adolescentes y jóvenes que representan un grupo susceptible, pero tratando de reforzar estas acciones de educación con padres, maestros, y agentes sociales relevantes que contribuyan al auto cuidado y protección de la salud sexual de los individuos. Pero también en materia de sexualidad y de educación sexual puede darle un giro para eliminar mitos, tabúes y conceptos erróneos que se manejan en los diferentes niveles, y que favorecen a la aparición de dicho fenómeno.

Para lo cual conocer sobre la frecuencia con que los jóvenes usan un método anticonceptivo en la primera relación coital, que tanto conocen de ese método una vez elegido, y que aspectos consideran para preferir un método anticonceptivo entre las diversas alternativas sobre anticoncepción nos permiten analizar, el impacto que tiene la primera relación coital como en la salud sexual de los jóvenes y adolescentes. Valorar la precisión de los conceptos que reciben sobre sexualidad y específicamente sobre métodos anticonceptivos, considerando el hecho de que la educación sexual se recibe de manera formal, en el campus universitario. Si influyen diversas situaciones en el uso de un método anticonceptivo, todo esto para tratar de evaluar las circunstancias en las que los jóvenes inician su vida coital y nos permita considerar a los jóvenes como un grupo susceptible que tiene practicas de riesgo para su salud sexual.

Y lo más importante señalar la importancia que cobra la información veraz y oportuna que se caracterice por reconocer la autonomía, responsabilidad e información adecuada, con una clara perspectiva de género y el derecho a su libre decisión, y que su salud, particularmente la de los estudiantes de este grupo etareo, se inscriban en el marco de los derechos humanos y que proponga la participación de los jóvenes para que contraigan un compromiso por y para el cuidado de su salud

El reto fundamental en materia de salud sexual y reproductiva representa el hecho de garantizar información apropiada y servicios de calidad, con el fin de lograr una sexualidad saludable y sin riesgos.

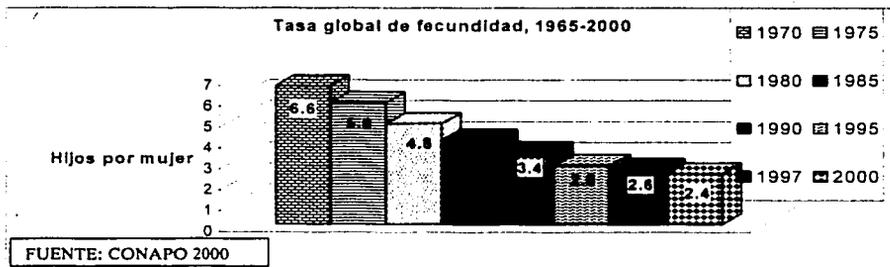
1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

La adolescencia se caracteriza por una serie de cambios orgánicos, funcionales y conductuales que se presentan al inicio de la pubertad, incluyendo la aparición de caracteres sexuales secundarios, la maduración del sistema endocrino y aparato reproductivo, la primera menstruación en la mujer y el inicio de la actividad gameto génica (ovogénesis y espermatogénesis) en la mujer y el varón, además de representar una etapa del curso de la vida donde ocurren transiciones intensas, diversas y trascendentes que se manifiestan prácticamente en todos los ámbitos de la vida familiar, escolar, laboral, afectivo y social. Cada trayectoria de vida es distinta, cada transición sigue un orden diverso y reviste grados de intensidad y dificultad. Sin embargo estas son rutas y transiciones que determinan rutas y circunstancias en la vida de las personas

La distribución por sexo es más pareja que la nacional: un 49,8% de hombres y un 50, 2% de mujeres. Se prevé que para los años 2000 a 2020, esta población de 10 a 19 años constituirá el grupo de edad más grande en números absolutos¹.

Las tendencias recientes de la fecundidad y de la mortalidad no sólo han determinado el crecimiento de la población, sino que también han incidido en su composición por edades. El crecimiento de la población joven (15 a 24 años) es más dinámico que los grupos de menor edad ya que todavía se ve influido por la elevada fecundidad del pasado. Se estima que en la actualidad el número de personas de este grupo de edad asciende a 20.2 millones (10.5 millones de adolescentes y 9.7 millones de jóvenes de 20 a 24 años de edad respectivamente).

Los jóvenes se distribuyen en el territorio nacional siguiendo un patrón similar al del conjunto de la población, de tal suerte que la mitad de ellos (49,9%) se concentra en apenas 7 de las 32 entidades federativas que conforman el país registrándose la mayor proporción de jóvenes en el Distrito Federal (8,4%) y Estado de México (13,3%).



¹ Instituto de Estadística Geografía e Informática. 2000. INEGI, México, D.F.

La fecundidad adolescente es alta: de 8.048, 266 mujeres de 12 a 19 años de edad, el 6,52% tiene hijos presentado el porcentaje más alto el grupo comprendido entre los 15 y los 19 años de edad. Si bien la tasa de fecundidad ha descendido de 3.3. a 2.4 hijos por mujer, aún es elevado el número de madres adolescentes, lo que resulta preocupante en tanto el inicio temprano de la reproducción repercute directamente en el índice de la fecundidad a lo largo de la vida. Los nacimientos que ocurren en mujeres menores de 20 años representan el 17% del total nacional aproximadamente 366, 000 nacimientos, porcentaje que aumenta sus proporciones en los grupos de menor escolaridad y en las áreas rurales. Además, según los datos sobre estado civil, se observa un considerable número de adolescentes que asumen las responsabilidades como jefes o madres de familia a temprana edad.

En el rango de edad entre 15 y 24 años, las complicaciones del **embarazo, parto y puerperio** constituyen la 6ta. causa de muerte.² Por otro lado, el problema del **aborto** inducido en México es relevante: datos de ENADID (1992)³ indican que alrededor del 19% de madres de entre 15 y 49 años, han experimentado al menos un aborto; entre las adolescentes de entre 15 y 19 años, la proporción asciende a casi el 10%. Otro problema es el constituido por las enfermedades de transmisión sexual y específicamente el SIDA. Si se toma en cuenta que el período de aparición de la enfermedad oscila entre los 5 y los 10 años en promedio, y que el grupo de edad más afectado con la enfermedad es el de 24-30 años, es preocupante concluir que ha sido durante la adolescencia cuando se contrajo el virus.

Por último y en cuanto a su **inserción económica**, el 21,3% de esta población es económicamente activa brindando el mayor porcentaje de "activos" el grupo de hombres adolescentes.

En el grupo de adolescentes, la **prevalencia de uso de anticonceptivos** es significativamente inferior al que se observa entre el total de mujeres en edad fértil unidas, por lo que podemos ver que se encuentra mayormente expuestas a embarazos no planeados e Infecciones de Transmisión Sexual, con sus respectivas consecuencias sociales y económicas.

El Programa de Salud 2001-2006, como parte de sus estrategias y objetivos básicos incorpora a la planificación familiar como una de las acciones sustantivas en salud reproductiva, además de promover los derechos sexuales y reproductivos de la población, y contribuir a garantizar el derecho de los individuos y las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada el número y espaciamiento de los hijos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población, tomando especial atención en los grupos con menor desarrollo socioeconómico, entre ellos los adolescentes, tratando de fomentar actitudes y prácticas responsables con respecto a sus salud sexual y reproductiva⁴.

Los métodos anticonceptivos son a menudo inaccesibles para los adolescentes debido a tabúes sociales, a barreras económicas o geográficas, a la escasez de confidencialidad de los servicios y al inadecuado conocimiento sobre los anticonceptivos así como sobre dónde obtenerlos. Miedos infundados sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos modernos

² INEGI, 1993.

³ En Programa Promoción de la Salud Integral de los Adolescentes. Secretaría de Salud, México.

⁴ Programa Nacional de Salud 2001-2006

pueden desalentar aún más a los adolescentes a buscar servicios de planificación familiar⁵. En nuestro país la naturaleza esporádica y espontánea de las relaciones sexuales de los jóvenes ha sido identificada como un considerable obstáculo para el uso permanente de los métodos anticonceptivos. Así mismo, los adolescentes pueden no estar dispuestos a revelar su actividad sexual a los adultos, ya sea a los padres o a los proveedores de servicios de planificación familiar. Como consecuencia, se produce una proporción elevada de embarazos no deseados entre las adolescentes, especialmente entre aquéllas que están solteras.

Debido a que los servicios de planificación familiar han sido el dominio de las mujeres adultas y casadas los asesores carecen de experiencia para ofrecer información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos a los adolescentes. Además de la incomodidad que pueden presentar los adolescente acerca de discutir sobre sus necesidades.

Con los resultados que genere esta Investigación pretendemos explicar las condiciones de inicio de la vida sexual activa de los adolescentes de la preparatoria 9. Es decir establecer cuales son los criterios que los adolescentes consideran para el uso o no de un método anticonceptivo en la primera relación coital. Así mismo identificar la frecuencia de uso de un método anticonceptivo en la primera relación coital.

La evaluación de las problemáticas encontradas permitirá establecer, estrategias, líneas de acción y determinar necesidades de información de los adolescentes, con acciones innovadoras, activa participación de diferentes agentes de cambio.

Este estudio por tanto representa a una parte de la población universitaria que por el nivel de estudios algunos podrían considerar que maneja algunos conceptos de manera correcta en materia de sexualidad y que por los resultados obtenidos cargan con mitos, tabús e ideas erróneas alrededor de los métodos anticonceptivos incurriendo en practicas de riesgo que se traducen en embarazos no deseados, abortos clandestinos o infecciones de transmisión sexual (ITS).

⁵ La Juventud del Mundo, Population Reference Bureau, Inc

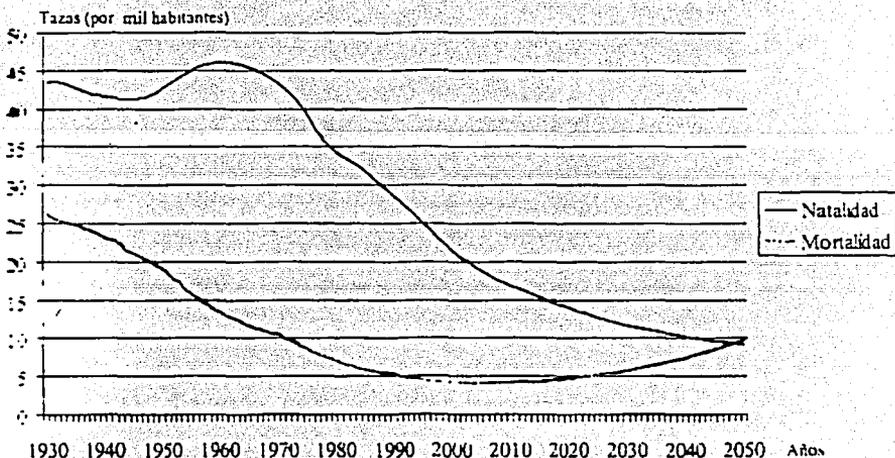
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DEL PROBLEMA

Aproximadamente el porcentaje de jóvenes que han tenido relaciones sexuales es de 59.4% en hombres y 50.5% en mujeres.⁶ La edad de inicio de relaciones sexuales coitales, se encuentra fundamentalmente en el rango de 15 a 19 años⁷.

Actualmente los adolescentes y jóvenes, representan un grupo etareo en ascenso que representa el 21% de la población total de nuestro país es decir más de 20 millones⁸ En la actualidad, los jóvenes (de 10 a 24 años de edad) representan un poco más del 30 por ciento de la población total del país, lo que indica que actualmente tres de cada 10 mexicanos pertenecen a estos grupos etareos.

Hoy en día hay mayor número de jóvenes y esta etapa de la vida se amplía en comparación al concepto tradicionalmente establecido: la llegada de la pubertad se presenta antes y la edad al contraer matrimonio se retrasa.

Transición demográfica de México, 1930-2050



CONAPO

⁶ Encuesta Nacional del Instituto Nacional de la Juventud, 2000, p.32

⁷ Ídem.

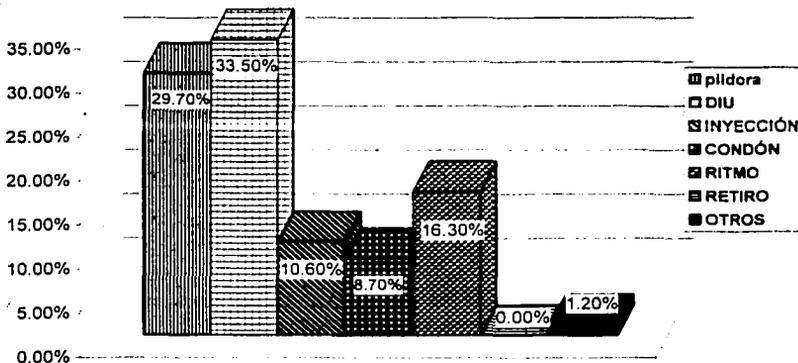
⁸ CONAPO 1998

Resultados de un estudio en la Ciudad de México reporta lo siguiente: 18.4 % ha tenido relaciones sexuales. El promedio de edad de la primera relación sexual fue a los 14 (hombres) y 15 años (mujeres). El haberse embarazado o haber embarazado a alguien sin intención lo informó el 1.2 %. El 77 % de los que han tenido relaciones usan anticonceptivos, los más utilizados son el condón (90.9 %) y el coito interrumpido (1.8 %). El 20 % ha tenido relaciones bajo los efectos del alcohol. En tanto, 22 % no utiliza ningún método anticonceptivo y 0.8 % de las adolescentes ha resultado embarazada.⁹

Una encuesta realizada en América Latina y el Caribe¹⁰ donde se presenta el porcentaje de mujeres adolescentes que usan actualmente un método anticonceptivo en México, unidas presento que sólo el 7.7% usan un método pero representan las mujeres unidas, lo que expone a las no unidas que tienen vida sexual activa a un embarazo no deseado. Y que forman parte entre las adolescentes que ya han iniciado su vida coital.

En cuanto al uso de un método en específico las estadísticas se presentan de la siguiente manera:

Método Anticonceptivo más usado entre la población



CONAPO 2000

⁹ Fleiz-Bautista C, Villatoro-Velásquez J, Medina-Mora ME, et al. Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. Salud Ment 1999; 22(4): 14-19.

¹⁰ Diagnóstico de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de América Latina y El Caribe, UNFPA, 2000, p. 130

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

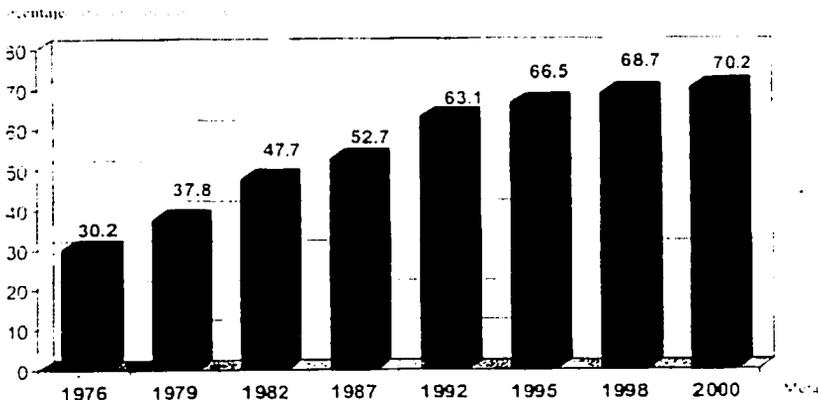


Figura 10. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15-19 años en México, 1976-2000. Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSSR).

Una encuesta realizada en la Ciudad de México sobre el comportamiento sexual en el año 1993¹¹, toca diversos tipos de conducta sexual en diversas generaciones que proyecta el hecho de que la edad de inicio de las relaciones coitales disminuye de los 17.4 años a los 16.4, y la edad de inicio para el uso de un método anticonceptivo a los 17.2 años, sólo el 36% permaneció activa después de su inicio de actividad sexual entre los adolescentes de 15-19 años. De la población que reportó tener prácticas heterosexuales y bisexuales se tiene que 61.3% no uso ningún tipo de protección en su última relación sexual, mientras que sólo el 19.5% manifestó haber usado el condón como medio de protección de una ITS o VIH-SIDA, de los que contestaron haberlo usado sólo el 4.3% lo hizo para prevenir VIH-SIDA, y 47.9% para evitar un embarazo no deseado, como medio de protección contra una ITS EL 47.1%, hay una baja incidencia de uso de condón en sexo anal aproximadamente del 24.6%.

En cuanto a la ocurrencia de ITS, el dato es definitivamente alarmante, ya que hablando de embarazos es un evento que pudiera transformar la vida de las personas y afectarla en diversas esferas en un adolescente pero una ITS, por supuesto que afectará su salud sexual y los predispone a una serie de problemas a futuro como lo es la infertilidad. La encuesta reportó que el grupo de edad que más sufre de ITS es el de los 15 años en un 16.2%.

El Instituto Nacional de la Juventud en el año 2000 realizó una encuesta donde se abordaban distintos temas en adolescentes y jóvenes de todo el país, en el tema de sexualidad se encontraron diversos resultados que fundamenta la problemática actual de los adolescentes, algunos de los tópicos abordados en relación a la 1ª. Relación coital, sobre valoración de la experiencia, con que persona iniciaron su vida sexual, conocimiento de métodos anticonceptivos que revela un

¹¹ Encuesta sobre comportamiento sexual en la ciudad de México, 1993, CONASIDA-SSA. P.43

predominio sobre este tema del 76.0% a 78.7% sin embargo sólo el 46.7 % de mujeres y 55.3 % de hombres, que ya han iniciado su vida sexual lo usan, entre el método más usado se encuentra el condón entre los hombres con un 42.2%, y entre las mujeres llama la atención la distribución de usuarias equitativo en cada uno de los métodos teniendo una pequeña mayor incidencia de uso, el condón y el DIU, en aproximadamente el 10.9% y 15.4 % respectivamente.

De acuerdo con un estudio realizado entre trabajadores adolescentes de tiendas de autoservicio¹², este sector de la población enfrenta amenazas y diversas barreras, así como falta de conocimiento respecto a su sexualidad, que los sitúa en estadio de vulnerabilidad ante los embarazos no deseados y el aborto. Este estudio arrojó los siguientes datos: para las mujeres el inicio de la vida sexual significa demostración de amor y confianza, mientras que para los varones se trata de una experiencia que reafirma su masculinidad. Y que más adelante veremos que las mujeres al manejar escalas de valores diferentes a las del sexo opuesto las sensibiliza a sufrir una serie de problemas en el ejercicio de su sexualidad (embarazos e ITS).

Para los adolescentes, la mujer es la responsable del embarazo y crianza de los hijos, enfatizando el valor social de la maternidad, aun cuando ello implique su propio sacrificio.

En torno al VIH/SIDA, la investigación arrojó que los adolescentes cuentan con información sobre las vías de transmisión, aunque desconocen de manera precisa los mecanismos de contagio, destacando una serie de mitos concernientes a la homosexualidad. Una vez más podemos observar que las ITS se consideran como problemas alejados a la propia realidad de los jóvenes y que sólo se relacionan a personas que anteriormente se conocían como de "alto riesgo".

De acuerdo con los resultados de la encuesta, los adolescentes presentan un desconocimiento generalizado acerca de su sexualidad y confusión, lo que dificulta la prevención y facilita modelos de desigualdad genérica, generacional y sexual. Asimismo vinculan las técnicas abortivas como situaciones de riesgo y dramatismo.

A pesar de que pertenecen al sector más educado de la sociedad, los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) cargan con mitos, tabús e ideas erróneas acerca de la sexualidad; lo que deriva en prácticas de riesgo y bajo uso de métodos anticonceptivos que, a su vez, se traducen en embarazos no deseados, abortos clandestinos o infecciones de transmisión sexual (ITS).

Información recopilada en el campus universitario revela que 17 por ciento de los jóvenes varones que ingresan al bachillerato y cinco por ciento de las estudiantes ya tienen vida sexual; en tanto, al entrar a la licenciatura, la cifra aumenta a 50 por ciento de los hombres y 20 por ciento de las mujeres. Sin embargo, la prevalencia de uso de anticonceptivos --incluido el condón--, en la primera relación sexual de los estudiantes fue menor al 40 por ciento¹³.

De acuerdo con la CONAPO¹⁴, del total de jóvenes menores de 19 años, 44 por ciento de ellos y sólo 21 por ciento de ellas ya iniciaron su vida sexual. De esos porcentajes, sólo alrededor de 15 por ciento planearon sus primeros encuentros sexuales y no utilizaron ningún método

¹² Gran ignorancia sobre sexualidad: estudio de IPAS, Silvia Magally cimacj México, D.F.

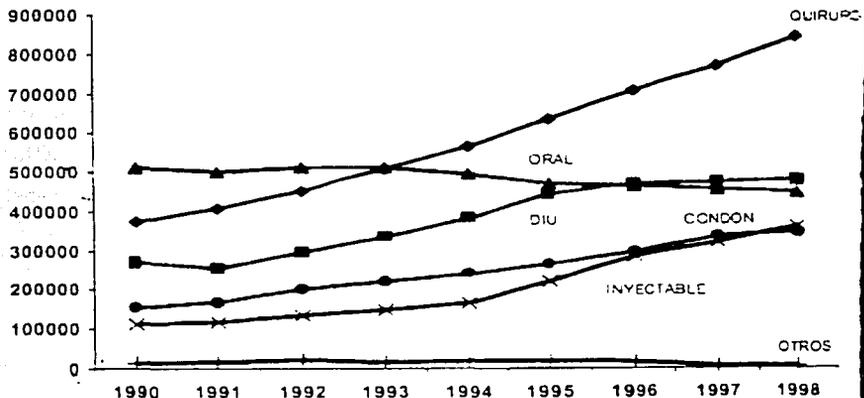
¹³ Mitos y desinformación sobre el sexo moldean a los universitarios, Silvia Magally cimacj México, D.F.

¹⁴ CONAPO 2000

anticonceptivo más de 50% lo cual no se aleja de los resultados obtenidos de la población universitaria en estudio.

La incorporación de nuevas estrategias anticonceptivas en la SSA ha contribuido a modificar significativamente la mezcla de uso de métodos para la regulación de la fertilidad en esta institución. Es importante destacar que el uso del dispositivo intrauterino, el condón y los hormonales inyectables muestra una clara tendencia ascendente en los últimos años.

SSA Usuarios activos por método anticonceptivo total nacional, 1990-1998



Sin embargo cabe señalar que entre los adolescentes y jóvenes el uso de un método anticonceptivo se presenta en menor porcentaje debido a la falta de preparación en los prestadores de servicios y a los prejuicios en torno a brindar este tipo de servicios, además de el hecho de tratarse población menor de edad que se vuelve una situación contradictoria, si tomamos en cuenta el hecho de que cuentan con derechos que los hace poder exigir este servicio.

En virtud de las restricciones del aborto en México, la mayor parte de las instituciones no abordan el proceso de decisión de los adolescentes sobre el embarazo y su intervención se limita a canalizar a las jóvenes a la consulta peri natal, aun cuando el embarazo sea producto de una violación.

No obstante, se prevé poner a disposición de la comunidad universitaria una nueva metodología anticonceptiva, especial para la población joven. En ella se hablará, por ejemplo, de los dispositivos intrauterinos diseñados específicamente para adolescentes debido a su tamaño pequeño y hormonales en sus diferentes presentaciones.

Los mitos y las ideas erróneas se filtran entre los estudiantes, a veces generados por la ignorancia y otras por grupos con ciertas creencias interesados en la prevención de la actividad sexual en los

jóvenes sobre todo cuando esta es antes del matrimonio que favorecen al ejercicio de la sexualidad con culpas y riesgosa.

Múltiples estudios revelan que los jóvenes enfrentan diversos obstáculos, desde la ignorancia, la falta de recursos disponibles, que ponen de manifiesto una alta demanda insatisfecha en términos de información pero también de alternativas relacionadas al auto cuidado de su salud sexual.

Desterrar mitos y creencias es uno de los objetivos clave de organismos gubernamentales y no gubernamentales y ha identificado que no es suficiente repartir condones si no de permitir asuman los jóvenes su sexualidad con autonomía, responsabilidad e información adecuada; con una clara perspectiva de género como parte de sus derechos reproductivos

1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

USO, CONOCIMIENTO Y CRITERIOS DE ELECCIÓN DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES DE LA ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA 9 "PEDRO DE ALBA" TURNO VESPERTINO.

1.3. IDENTIFICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en la Cd. de México, D. F., en el periodo comprendido del 1 de febrero del 2003 al 14 de octubre del 2003, en la Escuela Nacional Preparatoria #9, "Pedro de Alba", turno vespertino, que comprende uno de los planteles de Universidad Nacional Autónoma de México.

1.4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer las causas más frecuentes por los que los jóvenes inician actividad coital, la frecuencia y criterios de elección para el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación coital en estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria 9 "PEDRO DE ALBA" turno vespertino las situaciones bajo las cuales tienen relaciones, identificar el uso de anticonceptivos y comparar estos datos por edad y sexo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Cuantificar la frecuencia con que la población estudiantil usa un método anticonceptivo en la primera relación coital
- Definir los criterios que establece la población para el uso de los métodos anticonceptivos en la primera relación coital.
- Evaluar el grado de conocimientos que se tiene sobre los métodos anticonceptivos
- Distinguir el uso de métodos anticonceptivos entre hombre y mujeres en la primera relación coital en tipo y frecuencia
- Determinar las necesidades de información en salud reproductiva en la población estudiantil de la Escuela Nacional Preparatoria #9 "Pedro de Alba", turno vespertino.
- Determinar las condiciones en las cuales se llevó la primera relación coital y si existió el uso de un método anticonceptivo.
- Identificar conductas de riesgo en la población estudiantil para llevar una vida sexual y reproductiva, saludable y sin riesgos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. EMBARAZO ADOLESCENTE

En los últimos diez a quince años ha aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores sociales en México por el fenómeno del embarazo adolescente, lo cual se ha traducido en políticas y programas -de población, de salud, de educación, sociales- en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes.

El embarazo en la mujer adolescente (menor de 20 años) es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y del producto de la concepción, las cuales contribuyen al aumento de la morbimortalidad materna y perinatal. La desproporción céfalo pélvica es frecuente en esta situación, por lo que la resolución del embarazo en la adolescente, particularmente en las menores de 15 años, requiere de operación cesárea, con los inertes riesgos anestésico y quirúrgico. Cuando el embarazo en la adolescente se acompaña de algún grado de desnutrición, se incrementa el riesgo de complicaciones de la gestación, como la enfermedad hipertensiva del embarazo (preclampsia-eclampsia) y de infecciones, incluyendo la sepsis puerperal. Por otra parte, la prevalencia de bajo peso al nacimiento y algunas alteraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, se incrementan notablemente en los recién nacidos de madres adolescentes, con todas sus implicaciones.¹⁵ Además del impacto a la salud que conlleva el embarazo en la adolescente, existen repercusiones psicosociales quizá aún más importantes, sobre todo cuando el embarazo no fue planeado. El cambio tan importante sobre los proyectos de vida que una gestación no planeada impone sobre la adolescente o la joven, condiciona problemáticas de relación en su entorno familiar y social. Otra implicación de gran relevancia, asociada al embarazo no planeado en esta etapa de la vida, es que contribuye en gran medida a la deserción escolar; un efecto muy costoso tanto para la adolescente o la joven como para el Estado, ya que se trata de educación secundaria, preparatoria o profesional.

2.1.1 Situación actual del embarazo adolescente en México.

Se sabe que el embarazo adolescentes es un fenómeno relativamente frecuente en México. Los datos más recientes indican que cada año hay 500, 000 embarazos adolescentes, que representan el 25% del total de los registrados en el país.¹⁶ Y que como ya hemos visto se trata de un problema grave debido al cambio en la dinámica geográfica que expresa cada vez un mayor número de adolescentes que continua en crecimiento. Y a quien irán destinados los programas para brindar diversas oportunidades dependiendo de sus características y su problemática específica.

¹⁵ Modelo Universitario de Salud Sexual y Reproductiva para la comunidad estudiantil, Dr. Gregorio Pérez Palacios, México, D. F., 2001, P. 6

¹⁶ Cárdenas, Elva Leonor, Subdirectora General de Asistencia y Concertación del DIF, Reunión Nacional de Capacitación del Programa de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes que se realizó el 17 de Octubre de 1997.

Del total anterior, 390, 000 embarazos llegan a término, lo que significa que el 17% de los alumbramientos que tienen lugar en México son de mujeres menores de 19 años.¹⁷ Lo cual nos conduce a pensar que hay una gran cantidad de embarazos que no llegan a término y nos permite dirigir este pensamiento hacia dos vertientes, es decir la primera que no llegan a termino debido a las características físicas y psíquicas de la adolescente, que desencadenan complicaciones durante este y que producen la perdida del producto de manera no provocada o bien la segunda teoría que puede ser que esa realidad de la madre adolescente que se encuentra sin apoyo de la familia o de la pareja, y que no quiere dejar la escuela o enfrentarse a un futuro desalentador, piense que el aborto provocado sea la solución.

En 1990 había en nuestro país 4, 904, 511 mujeres de entre los 15 y 19 años, de las cuales, 511 642 (es decir, 10,43% de las adolescentes)¹⁸ ya tenían hijos. Además, en este mismo año se registro que 12,720 niñas entre los 12 y 14 años de edad dieron a luz .¹⁹ Situación que resulta preocupante, debido a los riesgos que representa el embarazo a esta edad, y reto importante para los programas que deben reforzar programas dirigidos a través de las diferentes etapas de la vida en todos los sectores de la población. Debido también a que es probable que estos embarazos se presenten en el interior del país donde aún es aceptable un embarazo a esta edad.

Esto significa que un total de 524, 362 mujeres mexicanas de alrededor de 19 años ya son madres, y que muchas de ellas tienen más de un hijo. Las cifras de embarazo adolescente seguramente son más altas, si consideramos que no todos los embarazos llegan a término, sea porque terminen en un aborto espontáneo o en uno inducido.²⁰

En México la fecundidad adolescente ha descendido lenta pero significativamente. La proporción de mujeres de 15 a 19 años que por lo menos procrea un hijo disminuyó de 1 de cada 7 en 1975 a 1 de cada 14 en el año 2000, según estimaciones del CONAPO, por lo que se estima que en la actualidad que se producen cerca de 70 nacimientos por mil. Se estima que durante el año 2000 ocurrieron 366 mil nacimientos de mujeres de 15 a 19 años de edad, los cuales representan alrededor de 17 % del total de nacimientos . Sin embargo se habla de que la velocidad de descenso de la fecundidad no ha sido tan rápida entre las madres adolescentes ya que su contribución ha venido creciendo de 11.1% a 14.6%.

¹⁷ CONAPO, Carpeta Informativa para el 11 de julio, Día Mundial de la Población, 1997.

¹⁸ INEGI, Los Jóvenes en México, INEGI, México, 1993.

¹⁹ INEGI, Fecundidad, Tabulados temáticos, México, 1993.

²⁰ *Ibidem*,

Una Investigación internacional encontró que gran parte de los nacimientos de mujeres jóvenes de 15 a 19 años en América Latina no fueron planeados. Un tercio de todos los embarazos adolescentes no fueron planeados en 7 de los 10 países latinoamericanos incluidos en este informe. Aunque una importante proporción de las madres adolescentes afirma que su embarazo no fue planeado, más de la mitad dice que el nacimiento sí fue deseado.²¹ Esto significa que la mayor parte de las adolescentes que se embarazan aceptan la maternidad sin importar que el embarazo haya sido resultado de un "accidente" o "descuido", por no usar o usar mal los métodos anticonceptivos.

En este apartado analizaremos al embarazo adolescente como un problema de salud pública pero también como un problema social que atañe a los individuos afectados pero también a sus familias y al país en el que ellos viven.

Por otra parte, este fenómeno da lugar a problemas que deben ser enfrentados y atendidos, por lo que es necesario hacer una reflexión más profunda acerca de la verdadera naturaleza del mismo, sobre la manera como se investiga y como se actúa al respecto. De esta manera se destaca la participación del personal de enfermería que requiere de estar mejor capacitado para enfrentarse a las necesidades de una población con diferentes características.

En este apartado resumimos los argumentos que generalmente se esgrimen para definir al embarazo adolescente como un problema público y señalamos algunas reservas respecto a los mismos, mientras que, más adelante lo que consideramos las verdaderas razones por las cuales se ha llegado a convertir en un problema social.

Nos referiremos a cuatro elementos que se consideran para definir al embarazo adolescente como problema social y de salud pública.

2.1.2 Su supuesto incremento

Se dice que el número de embarazos adolescentes está aumentando de manera considerable, y que alcanza grandes cifras y altas proporciones (alrededor de 450 000 nacimientos anuales en los últimos lustros, equivalentes aproximadamente al 15% del total). Sin embargo, de acuerdo con el sentido común y con la evidencia disponible, no parece que sea más frecuente en México ahora que, digamos, hace cincuenta, treinta o veinte años, que las adolescentes se embaracen (y tomemos como tales, provisionalmente, a las que tienen entre 15 y 19 años de edad, que es el criterio más utilizado por quienes manejan estadísticas sociodemográficas en relación con la sexualidad y la salud reproductiva de los adolescentes); los datos lo confirman.

A pesar de que la evidencia es incompleta, porque no incluye los embarazos no llevados a término, un vistazo a la tasa específica de fecundidad de las mujeres del grupo de edad mencionado (el número de hijos nacidos vivos de las mujeres de dichas edades) muestra que, al contrario de lo que se dice, en México ha disminuido la fecundidad de las adolescentes en los últimos lustros. Podría pensarse que el número de hijos nacidos vivos no constituye un buen indicador de los embarazos ocurridos, ya que una proporción de los mismos no llega a término y dicha proporción podría haber aumentado. No obstante, la evidencia existente para México no permite pensar que ello haya ocurrido en los últimos lustros.

²¹ The Alan Guttmacher Institute, "Risks and Realities of Early Childbearing Worldwide", en *Issues in Brief*, Nueva York 1996.

2.1.3. Su contribución al crecimiento acelerado de la población

Otro de los argumentos que se aducen para considerar al embarazo adolescente como problema público se da desde el punto de vista demográfico, en términos de sus consecuencias para el crecimiento de la población. Se indica -y los datos así lo muestran- que el embarazo temprano tiende a llevar a la joven a procrear un mayor número de hijos y a un menor espaciamiento entre ellos, lo cual contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento de la población.

No hay duda de que el embarazo adolescente contribuye al crecimiento de la población; y que, en tanto lo haga de manera desmesurada, puede constituirse en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad y, por tanto, definirse como un problema público legítimo. Empero, habría que valorar su peso real en el crecimiento de la población -que probablemente no es muy elevado- y circunscribirlo a ciertos sectores de la misma en los que el fenómeno se concentra: en los sectores más pobres de la sociedad, en los que, además, la fecundidad tiende a ser elevada independientemente de la edad del primer embarazo.

La legitimidad del embarazo adolescente como problema demográfico, por otra parte, no implica que su solución se limite a una mayor cobertura de métodos anticonceptivos, como se piensa a menudo. En sectores muy numerosos de la sociedad mexicana, en particular la población rural y la marginal urbana -precisamente aquellos en los que el embarazo temprano es más frecuente- la unión y la maternidad tempranas aún constituyen una parte insoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales. Para las mujeres de estos sectores, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora los limitan. En tanto esto sucede, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo.

2.1.4. Sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño

Otro de los argumentos comúnmente manejados para definir este fenómeno como un problema público, y que parece ser el que ha adquirido un mayor peso en la actualidad, es el de sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño.

Como el embarazo en edades adolescentes tiende a concentrarse precisamente en los grupos de la población que presentan condiciones inadecuadas de nutrición y de salud de la madre y en los que ésta no cuenta con el apoyo y la atención necesarios, la correlación positiva entre la edad a la que ocurre el embarazo y el riesgo de problemas de salud se presenta con gran frecuencia en estudios empíricos. Pero no son ni la edad a la que ocurre el embarazo ni los factores biológicos asociados a la misma los que, en sí mismos, se constituyen en riesgos de consideración, sino su interacción con las condiciones de nutrición, de salud y de falta de atención de la madre.

Ciertamente, hay preocupaciones legítimas por el embarazo adolescente en términos de la salud de madres e hijos, pero estamos convencidos de que sus causas han sido mal comprendidas. Las condiciones sociales y culturales en las que tiende a ocurrir el embarazo adolescente tienen mucho más peso que la edad y los factores biológicos relacionados con ésta subrayamos nuevamente, excepto a edades muy tempranas en sus consecuencias negativas para la salud. El

que tengan dichas consecuencias obliga a que el Sector Salud intervenga de manera decisiva para atenderlas, remediarlas y tratar de prevenirlas en términos de posibles embarazos subsecuentes.

Sin embargo, dados los razonamientos anteriores, nos preguntamos si es el Sector Salud el más indicado para prevenir el embarazo en adolescentes, tal y como parece derivarse de las políticas recientes, que aparentemente le han encargado asumir esa responsabilidad, otorgándole cuantiosos recursos para ello.

Dada la naturaleza del problema, ¿No debiera recaer una parte importante de la responsabilidad en otros sectores, como el educativo -incluyendo la formación de maestros y los medios de comunicación de masas- y aquellos encargados de las políticas económicas y sociales?

Aquí, como en el caso del embarazo adolescente como problema demográfico, sugerimos que queda mucho por esclarecer y que, de nueva cuenta, en términos de sus consecuencias para la salud pública, éstas se concentran de manera predominante en los sectores pobres, en los que la mala nutrición y la salud precaria de la población son prácticamente consustanciales a su condición de pobreza.

2.1.5. Su supuesta contribución a la persistencia de la pobreza.

Uno de los argumentos que recientemente ha recibido mayor difusión y respaldo "científico" es aquel que ve en el embarazo adolescente un mecanismo que contribuye a la transmisión de la pobreza. Este argumento se asocia cercanamente al supuesto de que dicho fenómeno coarta las posibilidades de obtener una escolarización suficiente y, por lo tanto, limita las posibilidades de obtener un empleo conveniente (o mejor remunerado) lo cual, a su vez, reduce el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos, de tal modo que esta situación se perpetúa como un círculo vicioso.

Existen diversos elementos que se manejan al respecto; por ejemplo, que el embarazo adolescente tiende a repetirse entre las generaciones; a conducir a uniones inestables; a una jefatura de hogar femenina; a condiciones precarias para el desarrollo de los hijos, etcétera, lo cual, se arguye, se traduce en un mecanismo de transmisión de la pobreza.

En primer lugar, queremos resaltar lo siguiente: el argumento sobre el embarazo adolescente como un mecanismo de transmisión de la pobreza lleva fácilmente a la conclusión de que erradicar este comportamiento contribuiría a disminuir la pobreza, y muchos de los recursos canalizados a diversos programas dirigidos a los adolescentes y jóvenes son justificados con base en este supuesto. No obstante, se trata de un argumento en su mayor parte falaz. El hecho de que el embarazo temprano se encuentre frecuentemente asociado con la pobreza no implica que sea un fenómeno que conduzca a dicha situación ni que, por sí mismo, lleve a perpetuarla.

Más bien habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de nuestra población como una de las causas principales del embarazo adolescente: para algunos grupos sociales, como extensos sectores de la población rural, debido a que estos embarazos forman parte de su modo de vida, de la trayectoria usual que se sigue para formar una familia. Para otros, como el sector marginal urbano, porque los embarazos en adolescentes son vividos como una salida -así sea falsa en muchas ocasiones- a problemas de violencia familiar y

abuso, o como una manera de adquirir valoración social, etcétera, como lo muestran diversos estudios.

En segundo lugar, es necesario abandonar varios mitos relacionados con la argumentación aludida -que hemos importado críticamente a partir de lo que ocurre en sociedades donde esta etapa de la vida se da en condiciones sociales y culturales muy distintas a las nuestras. En particular, la creencia de que el embarazo precoz lleva al abandono escolar y, por tanto, coarta las posibilidades de una escolarización suficiente. De acuerdo con la evidencia disponible para México, la mayor proporción de las adolescentes embarazadas ya había abandonado la escuela antes de haberse embarazado. Difícilmente podría entonces el embarazo truncar su escolarización y ser la causa de los efectos que se derivan de ello a partir de la argumentación referida.

En términos de sus consecuencias, existe efectivamente evidencia (para otros países, cuando menos) de que el embarazo temprano se asocia con una situación menos ventajosa en términos de los niveles posteriores de bienestar material de la familia. Sin embargo, una parte importante de esta asociación se debe al origen mismo de la adolescente en términos del grupo étnico y del nivel socioeconómico del que proviene, del contexto familiar en el que creció y de los obstáculos que la sociedad interpone en su camino para un crecimiento y desarrollo adecuados.

Entonces, si los argumentos que usualmente se utilizan para definir el embarazo en adolescentes como un problema público no parecen justificar del todo dicha afirmación, ¿por qué se le aprecia como tal?

Procesos que contribuyen a que el embarazo adolescente se haya convertido en un problema creciente en México

Desde nuestro punto de vista, los factores y procesos que han jugado un papel importante para que el embarazo adolescente pueda considerarse como un problema público en México son los siguientes:

Primero, el gran crecimiento, en términos relativos y absolutos, del grupo de adolescentes en los últimos lustros. El grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad pasó de un poco más de dos millones en 1970 a más de cinco millones en 1992, lo que lo ha vuelto mucho más evidente y ha dado lugar al hecho de que, aun a tasas de fecundidad menores, el número de hijos nacidos de madres adolescentes sea muy grande.

Segundo, el hecho de que la fecundidad de los grupos de mujeres mayores ha disminuido más que la de los grupos de mujeres jóvenes (cuadro II), por lo que la proporción de hijos nacidos de mujeres jóvenes -muchas de ellas adolescentes- es mayor ahora que en el pasado.

Tercero, el mayor acceso de la población pobre de la sociedad, particularmente en el medio urbano, a los servicios de salud, lo cual, conjuntamente con la creciente medicalización del embarazo, ha puesto de manifiesto -al contrario de lo que sucedía cuando no tenían acceso a estos servicios- la alta incidencia de este tipo de embarazos, muchas veces problemáticos por las condiciones en que se presentan.

El resultado de estos tres factores, visto desde las clínicas y hospitales, es que la proporción de embarazos entre las mujeres jóvenes - muchas de ellas adolescentes- ha aumentado de manera muy visible y significativa en los últimos quinquenios, y que muchos de estos embarazos

presentan problemas. Esto puede parecer cierto si se comparan, a lo largo del tiempo, la incidencia y el resultado de los embarazos y partos de todas las mujeres que acuden a los centros de salud para ser atendidas: han disminuido proporcionalmente las mujeres de edades mayores y, correlativamente, han aumentado las más jóvenes, así como también ha aumentado la proporción de mujeres pobres -con un mayor riesgo de daños a la salud- que acuden a los hospitales. Pero, seguramente no es cierto para el grupo de las mujeres adolescentes en particular: entre ellas, la fecundidad y el embarazo, así como probablemente también la incidencia de daños a la salud como resultado de éstos, son cada vez menos frecuentes en términos relativos.

Un **cuarto** factor que está contribuyendo a que el embarazo adolescente se considere como un problema social es la ocurrencia creciente de este tipo de embarazos en contextos normativos en los que se supone no debiera ocurrir.

Para las generaciones anteriores a las nuestras, los embarazos de jóvenes entre los 15 y los 20 años de edad no eran considerados por la mayor parte de la población como algo indebido o indeseable -cuando menos no en el mismo grado en que lo son ahora-. La mayoría de las adolescentes, particularmente de la población rural -que era la más numerosa- no asistía a la escuela o lo hacía unos cuantos años; la maternidad era prácticamente la única función de la mujer, y la postergación de la unión o matrimonio hasta después de los 20 años de edad no era una norma generalizada.

Entonces, las uniones tempranas eran más comunes que ahora, y aun cuando el embarazo ocurriera antes de ellas, frecuentemente se legitimaba muy pronto con la unión -ya fuera consensual o matrimonial-. Esto último aún ocurre en sectores importantes de la población mexicana, pero se ha modificado para muchos otros que, correlativamente con el cambio social y cultural que ha ocurrido a partir de los años cuarenta en México, han incorporado la aspiración de posponer el embarazo hasta después de los 20 años. Me refiero a sectores numerosos de la población femenina que se han incorporado de manera creciente a una escolarización extendida y a la aspiración y necesidad de desarrollar alguna actividad propia además de la maternidad. Esto ha dado lugar a lo que se ha llamado el alargamiento del periodo de espera (para la unión y la maternidad) y que, al no ser acompañados por una sexualidad protegida, conduce a lo que puede denominarse la extensión del periodo de riesgo -en la acepción estadística del término- de un embarazo no previsto o no planeado anterior a la unión, lo cual se ilustra en la figura.

Por **último**, y en íntima vinculación con el aspecto anterior, se encuentra el hecho de que, aparentemente, se ha vuelto cada vez más frecuente -aunque no tan generalizado como se piensa- el fenómeno de las madres solteras a diferencia del pasado, cuando la gran mayoría de los embarazos que ocurrían entre adolescentes solteras conducía en pocos meses a una unión o matrimonio -ya fueran voluntarios o forzosos.

Para resumir, las verdaderas razones por las cuales el embarazo adolescente ha venido a constituirse en un problema social no son, como frecuentemente se aduce, su supuesta colaboración en el crecimiento desmesurado, las malas condiciones de salud y la pobreza de la población, sino el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente; la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres -que tienden a conducir a la formación temprana de las familias y que se asocian con mayores riesgos para la salud de éstas-; los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse

cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aun deseosos de hacerlo.

Como trasfondo del problema queremos agregar la siguiente reflexión: ¿no será que muchos de los problemas que llevan al embarazo adolescente y a los que éste conduce repetimos no negamos que sean problemas reales se derivan de la manera como hemos valorado la sexualidad premarital y, particularmente, sancionado la sexualidad adolescente?

La valoración negativa del ejercicio de la sexualidad antes de la unión podía justificarse en el contexto de una sociedad en la que la sexualidad y la reproducción se encontraban casi indisolublemente unidas, como resultado del periodo relativamente breve entre la fecundabilidad y la unión y de la función prácticamente exclusiva de la mujer como esposa y madre, pero debiera justificarse cada vez menos, pues conforme dichas condiciones van cambiando, se amplían las opciones para las mujeres y se extiende el periodo entre la maduración sexual y la formación de la familia, durante el cual se requiere reforzar la preparación de los y las jóvenes para la prevención de embarazos no deseados e inconvenientes.

La sanción negativa obstaculiza el acceso a la información, la educación y la preparación para ejercer la sexualidad de una manera placentera y responsable, de modo que buena parte del problema estriba en la manera como los adultos calificamos el fenómeno; en la forma como las instituciones sociales -la familia, la escuela, las instituciones religiosas, el Sector Salud, etcétera- lo interpretan y lo manejan.

2.1.6. CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Las causas del embarazo adolescente están determinadas básicamente por factores socioculturales y también se cuentan elementos psíquicos. En sectores amplios de la sociedad mexicana por ejemplo en la sociedad rural y marginal urbana donde el embarazo es más frecuente, la maternidad forma parte indisoluble de la vida de las mujeres y en muchas ocasiones es la única forma de valoración social de que disponen. A diferencia de estos grupos, en las zonas urbanas la mayor parte de las adolescentes tiene expectativas de educación o empleo que se contradicen con un embarazo a esa edad.

En estos casos, el embarazo precoz es más bien producto de la falta de información, falla en los métodos anticonceptivos y difícil acceso a servicios de anticoncepción.

Obviamente, la falta de información y de acceso a los anticonceptivos son factores que también contribuyen al embarazo precoz. Hay quien afirma que “el embarazo es el precio que pagan él y la adolescente por desconocer los métodos anticonceptivos”. Sin embargo, más allá de la información y el acceso, el uso de los anticonceptivos entre los adolescentes ocurre rodeado de complejas condiciones culturales y psicológicas. En un estudio cualitativo sobre las barreras para utilizar anticonceptivos se encontró que hay un visión reproductiva de la sexualidad que hace que esta aparezca como una amenaza a la feminidad y a la masculinidad. Las mujeres deben ser frágiles y dependientes, por lo que el hecho de cuidarse a sí mismas se interpreta como egoísmo. En tanto, la maternidad y la dedicación a los demás es su valor más importante como mujeres. El hecho de que sus novios les propongan el uso del condón tiene un significado ambivalente: quiere

decir que ellos las quieren cuidar y proteger, pero también que no las toman en serio y sólo quieren "satisfacer su placer".²²

2.1.7. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO

Los análisis sobre el embarazo adolescente apuntan a que este fenómeno disminuirá si existiera los tres siguientes elementos: educación sexual, servicios de salud sexual y reproductiva, y oportunidades vitales para las y los adolescentes²³.

Por lo general las y los adolescentes carecen de información objetiva acerca de los medios que existen para protegerse de los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/sida. Debido a que en la escuela y en los servicios de salud no siempre se les da información respecto a la sexualidad, ésta se ventila sólo con amigos y amigas.

La educación sexual en México es aún insuficiente. "Los 10 millones de jóvenes que asisten a la escuela secundaria aprenden un poco acerca de la anatomía y fisiología de la reproducción y tal vez algo acerca de las enfermedades de transmisión sexual,²⁴ pero no hay programas que atiendan las principales dudas e inquietudes de los jóvenes respecto de su sexualidad y la forma de ejercerla sin riesgos.

Los programas de educación sexual y reproductiva dirigidos a los jóvenes son imperiosos sobre todo si "en una mayor abrumadora ellos quieren saber".

Quieren información acerca de sexualidad y salud sexual. Quieren saber como protegerse a sí mismos y a las personas que aman, del embarazo no deseado, de las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA y de las enfermedades del aparato reproductor"

Por otra parte, en México apenas se empieza a reconocer la necesidad de contar con servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos especialmente a la población joven y adolescente. La experiencia en otros países ha mostrado que, para lograr una buena cobertura, los servicios públicos y privados para adolescentes deben:

- 1) Tener un bajo costo.
- 2) Ser confidenciales y respetar el consentimiento informado, y
- 3) Estar disponibles inmediatamente.²⁵ En la actualidad existen varias iniciativas que pretenden cubrir la falta de dichos servicios, MEXFAM, CONAPO y la Secretaría de Salud han iniciado por hacer para lograr que todas las personas de entre 15 y 19 años se acerquen a los servicios de salud con el fin de solicitar la atención requerida para llevar una vida sexual libre del miedo a tener embarazos no deseados o a contraer infecciones de transmisión sexual.

Finalmente, es importante reconocer que el embarazo adolescente es un problema social frente al cual los adultos tienen que asumir una responsabilidad, pues aquí "se juega no sólo la ancestral carencia de poder de los jóvenes sobre sus vidas, sino pautas culturales que heredan de

²² Rodríguez G., Amuchástegui, M. Rivas y M. Bronfman. Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos del SIDA, en Brohman et al., México, IPE, 1994.

²⁴ MEXFAM: "El programa gente joven", en Popline, op. cit.,

²⁵ Organización Panamericana de la salud, "Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones", en Popline, op. cit.

los adultos, como el machismo y la irresponsabilidad reproductiva".²⁶ Si tomamos en cuenta esto, podremos ver con claridad que no basta con darles a las y los adolescentes información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, sino que también es necesario ofrecer más oportunidades vitales a las adolescentes "para que su autoestima y su interés por la vida rebasen el mistificado papel de madres".²⁷

Esto significa lograr que todas las adolescentes tengan razones valiosas para postergar el nacimiento de un hijo.

2.1.8. RIESGOS Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

RIESGOS:

El programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la población y Desarrollo afirma que "las madres adolescentes enfrentan un riesgo superior al riesgo general de perder la vida debido al embarazo y el parto y sus hijos tienen niveles más altos de morbilidad y mortalidad".²⁸

En México, algunas evidencias indican que el embarazo adolescente "tiende a concentrarse en los grupos de la población que presentan condiciones inadecuadas de la salud de la madre que esta no cuenta con el apoyo y la atención necesarios", lo cual sugiere que el riesgo de dar a luz antes de los 19 años no se debe solo a razones biológicas, sino también a las condiciones sociales en las que se desarrolla el embarazo.

2.1.9. CONSECUENCIAS

El embarazo adolescente representa un problema social debido a que no solo afecta a las personas y familias involucradas sino también a la sociedad en su conjunto. No obstante, este fenómeno tienen consecuencias distintas para las madres adolescentes, sus hijos y la sociedad en general. El matrimonio y la maternidad precoz disminuye las oportunidades de educación y trabajo futuros.

Además, el embarazo temprano esta asociado con una mayor fecundidad a lo largo de la vida. Según datos recientes, las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 18 años alcanzaron una descendencia de 4.8 hijos, 12 años después del nacimiento del primogénito.

En contraste, las mujeres que tuvieron su primer hijo a partir de los 23 años de edad presentaron una fecundidad de solo 3.2 hijos 12 años más tarde del nacimiento del primer hijo.

Algunos consideran que los hijos de las madres adolescentes, por su parte, "hacen frente a un riesgo de enfermedad y de muerte, de abandono y de convertirse en niños callejeros y de verse atrapados en un ciclo de pobreza que pasan de una generación a otra"

²⁷ Marta Lamas, op cit.,

²⁸ Conferencia Internacional de Población y desarrollo, citada en FNUAP, Estado de la Población Mundial, Nueva York, 1997

Finalmente, la sociedad se ve afectada si las jóvenes que se embarazan no concluyen su educación, pues su contribución económica al país y a la familia es probablemente menor y la sociedad no se beneficia tanto de la inversión hecha en su educación.²⁹

2.3. ABORTO

2.3.1. Situación Actual.

La participación de las adolescentes en el problema del aborto se considera de gran preocupación a nivel mundial; en México es muy difícil conocer con exactitud estos datos, existen ciertos estudios que calculan 15 millones de adolescentes que dan a luz cada año, mientras otros millones recurren al aborto en condiciones de salubridad increíblemente bajas.³⁰

Ya que en las leyes del país el aborto se encuentra penalizado; pero para poder darnos una idea cabal del problema se pueden citar los datos obtenidos en otros países como los Estados Unidos de América en que 25% de los abortos reportados corresponden a mujeres adolescentes, y es también de llamar la atención que casi el 50% de los embarazos en adolescentes terminen en abortos (46% en menores de 15 años); además, este grupo poblacional tiene un riesgo mayor al realizarse un aborto que los otros grupos de edad, ya que frecuentemente no informan a ningún familiar de lo que ocurre, lo que nos lleva a pensar que no acuden al lugar más calificado ni el más adecuado para la realización de un aborto y, lo que es peor aún, se realizan en lugares clandestinos en cuyos sitios se carece de las medidas de higiene y técnica más elemental para la interrupción de la gestación; si a esto se le agrega que una gran proporción de las adolescentes acuden ya durante el segundo trimestre a realizarse un aborto, lo cual perse complica sustancialmente el procedimiento y se expone a un mayor riesgo en la salud de la madre.³¹

²⁹ Population Reference Bureau, op. cit.

³⁰ (El financiero, 1997:13):

³¹ Medicina Reproductiva, Instituto Nacional de Perinatología, México, D. F. 2000.

2.4. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las infecciones de transmisión sexual, son muy frecuentes en este grupo de población, ya que habitualmente inician su vida sexual sin la información adecuada, que les permita la prevención de estas enfermedades. Las infecciones bacterianas, no diagnosticadas de manera oportuna y/o manejadas con tratamientos insuficientes o inadecuados, conducen con frecuencia a la infertilidad tanto en la mujer como en el hombre, con gran repercusión en su vida de adultos. La pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), ha sido motivo de gran preocupación por su grave impacto. Las infecciones causadas por el VPH, han cobrado recientemente un gran interés, ya que algunas cepas de la familia de este virus, han sido relacionadas con la génesis del carcinoma cérvico uterino, por lo que su prevención, diagnóstico oportuno y manejo adecuado durante la adolescencia, constituyen elementos fundamentales en la prevención de esta neoplasia maligna. Considerando que las infecciones virales sexualmente transmisibles, no se acompañan de síntomas y/o signos clínicos ostensibles, representan un enemigo silencioso.

Cifras del sector salud indican que cada año se registran más de 370 mil embarazos en mujeres menores de 20 años, lo mismo que las infecciones de transmisión sexual (gonorrea, tricomoniasis, candidiasis, clamidiasis) afectan sobre todo a la población de 15 a 24 años con graves riesgos para su salud reproductiva.³²

Del mismo modo, preocupa que el grupo de edad con el mayor porcentaje de casos con VIH/SIDA sea de 25 a 44 años, lo que indica que la primoinfección ocurrió en las etapas de juventud.

2.4.1. Situación Actual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son las infecciones más comunes entre los adolescentes sexualmente activos. En 1980 el Instituto Nacional de alergia y enfermedades infecciosas describió la enfermedad como "la más perversa, destructiva y costosa infección que enfrentan en la actualidad los adolescentes en los Estados Unidos".³³ Las ITS se relacionan con la aparición de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y sus secuelas, como dolor pélvico crónico, esterilidad, embarazo ectópico y cáncer genital. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) plantea nuevos riesgos para los adolescentes sexualmente activos, incluidas las enfermedades relacionadas con la inmunodeficiencia crónica y muerte.

En México, el SIDA es la tercera causa de muerte a nivel nacional entre hombres de 25 a 34 años y la sexta entre mujeres de esa misma edad. Cerca del 50% de los individuos infectados por el VIH son menores de 24 años.³⁴

³²Modelo Universitario de Salud Sexual y Reproductiva, op. cit.

³³Medicina Reproductiva, op. cit.,

³⁴SSA-CONASIDA, México, D. F., 2001.

4to. trimestre del 2001
(Semana Epidemiológica 52)

Grupos de edad	En el trimestre			En el año		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Menores de 15 años	1.1	4.4	1.6	1.3	3.8	1.7
De 15 a 44 años	79.5	73.5	78.7	81.5	73.2	80.2
De 45 y más años	19.2	22.1	19.5	17.1	23.0	18.0
Edad ignorada	0.2	0.0	0.2	0.1	0.0	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: DGE. Notificación inmediata de Casos de SIDA.

2.4.2. Epidemiología

La prevalencia de la mayor parte de las ITS alcanza un pico durante la adolescencia tardía y los primeros años de la vida adulta y después declina rápidamente con el avance de la edad. Publicaciones recientes muestran que los adolescentes encabezan las categorías de edad para tasas de infección por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y virus del papiloma humano. En los Estados se estima que 3 millones de adolescentes –1 de cada 4-, que tienen actividad sexual, adquieren ITS cada año. Los adolescentes de menos de 19 años de edad explican alrededor de 32% de los casos de gonorrea. En 1995 las tasas informadas de gonorrea en mujeres de 20-29 años fueron menores que en las de 15-19 años. La prevalencia de infección por *C. Trachomatis* entre mujeres de menos de 18 años de edad tienen una tasa tres veces más alta que en las de más de 29 años. Se estima que, en los adolescentes sexualmente activas que presentan ITS, de 10 a 29% son positivas para este germen.

El virus del papiloma humano (VPH) parece infectar de modo predominante a adolescentes y mujeres jóvenes. Se reporta que más de 15% de las adolescentes sexualmente activas presentan VPH, el cual está involucrado en la génesis del cáncer cervicouterino hasta en 60% de los casos de esta enfermedad. En nuestra institución, el 30% de las adolescentes presentan infección por VPH.

Aún cuando la infección por *C. Trachomatis*, *N. gonorrhoeae* y VPH comprenden la mayor parte de las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes, estos últimos persisten como un reservorio importante de todas las otras enfermedades de este tipo, incluso para la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En cuanto a esta entidad, los adolescentes representan menos de 1% de los casos; de estos, 23% son mujeres y se encuentran entre los 20-29 años de edad. La importancia estriba en que, por el periodo de latencia de 8 a 10 años entre la infección por VIH y la aparición de los síntomas, muchas de las mujeres con el síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA) probablemente adquirieron la enfermedad durante la adolescencia.

Durante 1999 la Secretaría de Salud registró 4372 casos de SIDA notificados y 1,094 diagnosticados. Desde 1983 cuando el SIDA llegó a México, 42,762 personas han enfermado de SIDA, de las cuales 60% ya falleció. (Según otras cifras, por cada caso registrado hay 3 más) Con respecto a la transmisión por vía sexual del VIH SIDA, la práctica anal es la de mayor riesgo, seguida por la vaginal y finalmente queda el sexo oral; el uso de preservativos disminuye, aunque no elimina, la probabilidad de infección.

Considerando el retraso en la notificación y el subregistro de enfermos se calcula que durante 1999 realmente se dieron 7,303 nuevos casos de SIDA en México: 6,273 hombres y 1,030 mujeres

2.4.3. Factores de Riesgo

La elevación en la proporción de ITS entre los adolescentes ha sido asociada con un aumento en la proporción de adolescentes sexualmente activas. Aun cuando es difícil encontrar datos confiables acerca de las tasas de actividad sexual en este grupo, los que están disponibles revelan que más adolescentes que nunca antes tienen actividad sexual.

Según datos publicados en 1994³⁵, 59% de jóvenes con edad entre los 12 y 16 años habían tenido relaciones sexuales; de esto 31% las tuvo a los 13 años o antes y 37% a los 14 o 15 años. De 1971 a 1988, la proporción de adolescentes del sexo femenino que informó tener sólo una pareja sexual disminuyó de 62 hasta 39%. Quienes tuvieron de cuatro a seis parejas o más aumentaron de 14% a 31%.

Es importante recordar que la conducta sexual arriesgada comprende más que prácticas exclusivas de la relación coital (penetración boca, ano, vagina). Las adolescentes que se identifican a sí mismas como vírgenes a menudo practican otras formas de conducta sexual, entre ellas contacto sexual bucogenital y anal. Una práctica común es el coito anal sin protección, que impone en los participantes mayor riesgo de adquisición de infección por VIH. Varios estudios han mostrado que, de 35% de los adolescentes que participó en esta práctica, hasta 70% nunca había usado un preservativo³⁶.

Los antecedentes de consumo de drogas y edad temprana en el momento del inicio de las relaciones sexuales se relacionan con aumento de riesgo de ITS.

Se ha demostrado que el preservativo brinda protección contra las infecciones por ITS, desgraciadamente representa sólo 38% de los métodos de anticoncepción reportados por los adolescentes.

³⁵ Medicina Reproductiva, op. cit.,

³⁶ Encuesta sobre comportamiento sexual en la ciudad de México, op. cit.,

2.5. BASES LEGALES

a) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

La constitución Política de México establece en su artículo 4º, el derecho a la protección de la salud de toda población, la igualdad del hombre y de la mujer ante la ley y el derecho de todas y todos los mexicanos para decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos.

b) Ley General de Salud

Establece en su artículo 63 que la protección física y mental de los menores es responsabilidad de los padres o tutores, el Estado y la sociedad en general. El artículo 67 señala que los servicios de planificación familiar tienen carácter preventivo y deben incluir información y orientación educativa sobre anticoncepción para los adolescentes y jóvenes. El artículo 112, en el ámbito de educación para la salud, establece el fomento a la prevención de enfermedades y la protección de riesgos que pongan en peligro su salud, y el artículo 134 dispone que la Secretaría de Salud y los gobiernos Estatales realizarán vigilancia epidemiológica de prevención y control de Infecciones de Transmisión sexual, incluyendo el síndrome de Inmuno deficiencia Adquirida.

c) Ley de Protección de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes-

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo del 2000, en su capítulo VIII señala que se deben establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos e impulsar programas de prevención, información y atención de enfermedades de transmisión sexual y de VIH/SIDA.

d) Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar

Las acciones de información y servicios de anticoncepción y planificación familiar se deben proporcionar acorde a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, Publicada en el diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 1994, la cual es de observancia obligatoria para los sectores público, y privado. La Norma establece los principios y criterios de operación de los servicios, a efecto de realizar la orientación, selección y prescripción de métodos anticonceptivos, acompañados de un proceso de orientación-consejería para el uso correcto y satisfactorio de los mismos, garantizando el consentimiento informado de las y los usuarios de los servicios.

Los códigos penales del Distrito Federal y de las Entidades Federativas establecen las circunstancias en las cuales la interrupción del embarazo no esta contra de la ley y por lo tanto no es punible.

e) III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo(El Cairo 1994)

La Organización de Naciones Unidas a través de la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y VI Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) establecieron en consenso con los gobiernos de poco más de 170 Estados Miembros, incluidos México, que la atención a la salud sexual y reproductiva así como el ejercicio de los derechos reproductivos de las y los adolescentes son de la más alta prioridad. Este consenso universal fue ratificado en las Asambleas Extraordinarias de Naciones Unidas denominadas El Cairo + 5 y Beijing + 5, celebradas en la Ciudad de Nueva Cork en 1999 y 2000 respectivamente.

f) Programa Nacional de Salud 2001-2006

Uno de los objetivos básicos del programa Nacional de Salud 2001-2006 es abatir las desigualdades en salud que prevalecen en nuestro país, para lo cual se plantea como línea de acción atender los problemas relacionados con el rezago. En México se han logrado avances notables en el campo de la salud reproductiva, pero aún persisten retos importantes.

El programa Nacional de Salud 2001-2006 incorpora a la planificación familiar como una de las acciones sustantivas en salud reproductiva, para contribuir a reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres. En este campo, el Programa de Acción de Salud Reproductiva plantea los objetivos y las estrategias que habrán de impulsarse durante esta Administración Pública y Federal, para promover los derechos sexuales y reproductivos de la población, y contribuir a garantizar el derecho de los individuos y las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada el número y el espaciamiento de los hijos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población. Los grupos prioritarios de este programa son la población rural, las áreas urbano-marginadas, las comunidades indígenas y la población adolescente.

3. METODOLOGÍA

El presente documento aborda la problemática actual del adolescente/joven y trata de proyectar las amenazas con las que se encuentra el joven para el cuidado de su salud sexual, la más fuerte consideramos es la ignorancia para lo que nos planteamos valorar la frecuencia del uso, el conocimiento de un método anticonceptivo y los criterios que se utilizan para elegir uno en la primera relación coital, para esto realizamos una investigación de tipo transversal/descriptivo, previo diagnóstico situacional de institución, determinamos el problema de nuestro interés, y que consideramos tiene un gran impacto, el universo que consideramos factible para esta investigación giro alrededor de los jóvenes de 14-19 años que han iniciado vida coital, las variables son de tipo cualitativo (uso, criterios de elección, grado de conocimientos), tipo de escala nominal, tamaño de la muestra es de 250 estudiantes, calculados a partir del número total de alumnos por turno, los criterios de inclusión fueron determinados a partir introducir en el estudio a todos los elementos que cubran las características de nuestro universo y los de eliminación serán los que no cumplan con las anteriores características. Hemos definido cada una de las variables para la mejor comprensión de la presente investigación. El tipo de Muestreo es no probabilístico debido a que la selección de los individuos no es aleatoria o sistemáticamente y es a un estrato con características específicas que los diferencia del total de la población que se desea estudiar; en este caso sólo se incluyen jóvenes que hayan iniciado su vida coital

La investigación ha cumplido con diversas actividades que van desde la elaboración de un diagnóstico para determinar un problema, hasta buscar la bibliografía en libros, revistas, sitios de Internet, y bibliotecas, hemos realizado un protocolo que ha guiado nuestras acciones en la presente investigación, y estructuramos un cronograma para cada una de las etapas de la misma.

3.1. VARIABLES

VARIABLES: De tipo Cualitativo

- USO de métodos anticonceptivos en la primera relación coital
- CRITERIOS DE ELECCIÓN de un método anticonceptivo en la primera relación coital
- GRADO DE CONOCIMIENTOS en relación a métodos anticonceptivos.

CONCEPTUALIZACION DE VARIABLES

GRADO DE CONOCIMIENTO:

Dominio de conceptos básicos acerca del uso de métodos anticonceptivos.

USO:

Empleo de un método anticonceptivo en la 1ª. Relación coital

CRITERIO DE ELECCION:

Juicios u opiniones preestablecidos para el empleo de un método anticonceptivo.

METODOS ANTICONCEPTIVOS:

Son aquellos que se utilizan para impedir la incapacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

PRIMERA RELACION COITAL: Persona que ha tenido relaciones sexuales coitales es decir con penetración; se incluyen en este apartado las relaciones sexuales vaginal, oral y/o anal.

EMBARAZO:

Secuencia de acontecimientos que normalmente incluye la fecundación, la implantación, el crecimiento embrionario y el crecimiento fetal, y que concluye con el parto

INFECCIONES DE TRASMISION SEXUAL

Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales

ADOLESCENTE:

Etapa comprendida entre los 10 y 19 años (juventud 15-24), caracterizada por una serie de cambios orgánicos funcionales y conductuales que se presentan al inicio de la pubertad, incluyendo la aparición de caracteres sexuales secundarios, la maduración del sistema endocrino y aparato reproductivo, la primera menstruación (menarca) en la mujer y el inicio de la actividad gameto génica (ovogénesis y espermatogénesis) en la mujer y en el varón. Estos cambios se acompañan de profundos ajustes de las y los adolescentes a un ambiente social, cultural y político cambiante.

DROGA:

Sustancia psicoactiva, que relaja o estimula el Sistema Nervioso Central.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACION COITAL.
PORCENTAJE DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACION COITAL.
METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE SE UTILIZARON PRINCIPALMENTE EN LA PRIMERA RELACION COITAL.
PORCENTAJE DE HOMBRES Y MUJERES QUE UTILIZARON UN METODO ANTICONCEPTIVO EN LA PRIMERA RELACION COITAL.

CRITERIOS DE ELECCION EN EL USO DE UN METODO ANTICONCEPTIVO EN LA PRIMERA RELACION COITAL.
PRINCIPALES ASPECTOS CONSIDERADOS PARA LA ELECCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES NO SE UTILIZARON METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACION COITAL.
MOTIVOS POR LOS CUALES INICIARON SU VIDA SEXUAL ACTIVA.

GRADO DE CONOCIMIENTOS EN RELACION A METODOS ANTICONCEPTIVOS.
PRINCIPALES MEDIOS POR LOS CUALES RECIBIERON INFORMACION ACERCA DE LOS METODOS ANTCONCEPTIVOS.
PORCENTAJE DE LA POBLACION QUE CONOCE EL USO DE POR LO MENOS UN METODO ANTICONCEPTIVO.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO

3.2.1. TIPO

TIPO DE INVESTIGACIÓN: TRANSVERSAL/DESCRIPTIVO

3.2.2. DISEÑO

Por su diseño se trata de un estudio *TRANSVERSAL* debido a que se desea conocer una sola ocasión y de inmediato las características de una población y se procede a describirlas o analizarlas.

DESCRIPTIVO: Debido a que se pretenden describir las variables de un fenómeno y sus magnitudes sin hacer comparaciones.

3.3. METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

3.3.1. FICHAS

Se elaboraron fichas bibliográficas por autor en las que se recabo la información de diversas instituciones para la síntesis del documento.

3.3.2. OBSERVACIÓN

Lo observado durante la investigación impero el interés de la población en estudio en las actividades referentes a la salud sexual y reproductiva, así como en eventos realizados durante este periodo fueron los jóvenes los mas interesados.

3.3.3. CUESTIONARIO

Se realizo un cuestionario que incluye una ficha de identificación en la que se pregunta la edad, el sexo, la fecha y el turno, consta de 20 preguntas, de las cuales 17 son de opción múltiple y 3 abiertas (5, 9 y 17).

3.4. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO: Todos los estudiantes de la preparatoria 9, que han iniciado su vida sexual, de 14-19 años

TAMAÑO DE LA MUESTRA: 250 elementos que representan el 10% de la población total del turno vespertino de la Escuela Nacional Preparatoria No. 9 "PEDRO DE ALBA", y 25 elementos para prueba piloto que representan el 10% de la muestra total de la población.

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS.

Una vez recolectada la información se dividieron por sexo y grupo de edad, para la cuantificación y análisis de cada uno de los reactivos contestados de los cuales se realizaron graficas cuadros que representan el número de personas y porcentaje y cada uno de los indicadores.

4. RESULTADOS.

CUADRO #1

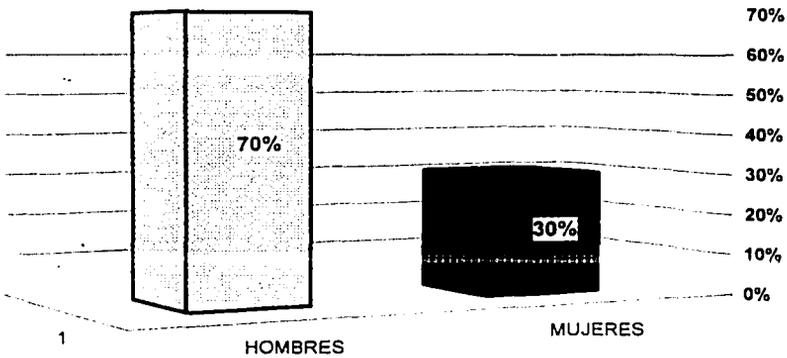
POBLACIÓN CON VIDA SEXUAL ACTIVA EN LA ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA #9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, POR SEXO

INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
Mujeres	75	30%
Hombres	175	70%

Fuente: Encuesta Aplicada en mayo del 2003, a los adolescentes y jóvenes de la ENP 9
"Pedro de Alba", turno vespertino

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

POBLACIÓN CON VIDA SEXUAL ACTIVA EN LA ESCUELA
NACIONAL PREPARATORIA #9, "PEDRO DE ALBA", TURNO
VESPERTINO, POR SEXO.



Fuente: Cuadro 1

CUADRO #2**EDAD DE INICIO DE VIDA COITAL ENTRE LOS JÓVENES DE LA ENP 9
"PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO.**

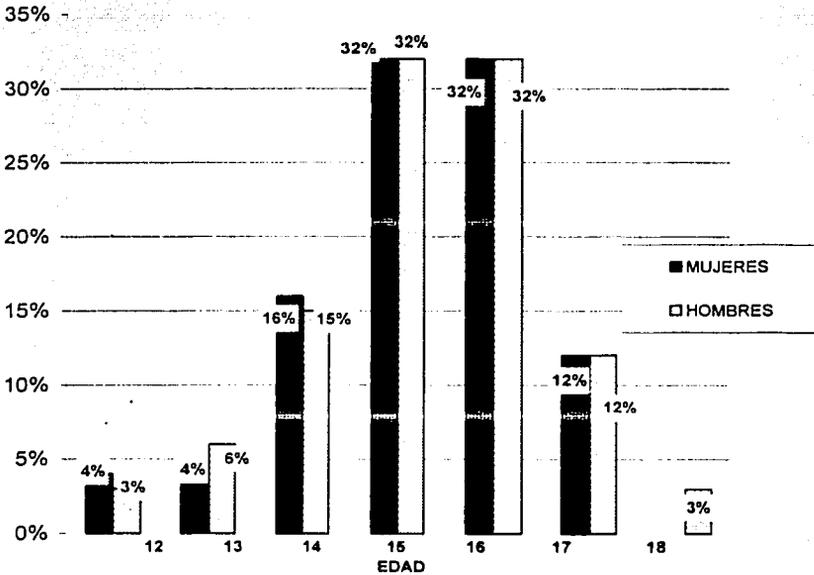
MUJERES		
EDAD	PORCENTAJE	NÚMERO
12	4%	3
13	4%	3
14	16%	12
15	32%	24
16	32%	24
17	12%	9

HOMBRES		
EDAD	PORCENTAJE	NÚMERO
12	3%	5
13	6%	10
14	15%	26
15	27%	48
16	27%	4
17	19%	33
18	3%	5

Fuente : Ibidem

GRAFICA #2

EDAD DE INICIO DE VIDA COITAL ENTRE LOS JÓVENES DE LA ENP #9, "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO.



Fuente: Cuadro 2

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 3**CONOCIMIENTO DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LOS JÓVENES QUE LO UTILIZARON EN LA PRIMERA ACTIVIDAD COITAL, DE LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA",****MUJERES**

INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
DESCRIPCIÓN CORRECTA	22	29%
DESCRIPCIÓN INCORRECTA	53	71%

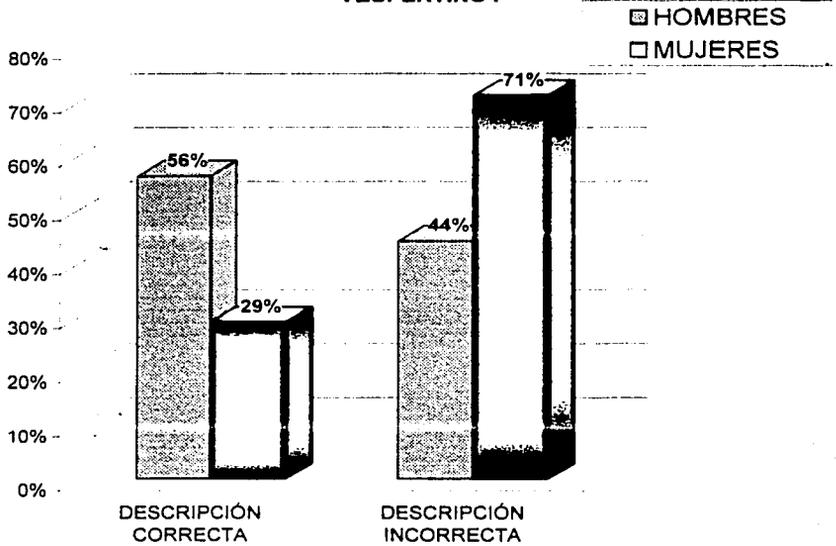
HOMBRES

INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
DESCRIPCIÓN CORRECTA	98	56%
DESCRIPCIÓN INCORRECTA	77	44%

Fuente: *Ibidem*

GRAFICA #3

**CONOCIMIENTO DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO
UTILIZADO EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL DE LOS
ADOLESCENTES DE LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA", TURNO
VESPERTINO .**



Fuente: Cuadro 3

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO #4**USO DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL POR SEXO, EN LOS JÓVENES DE LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA".**

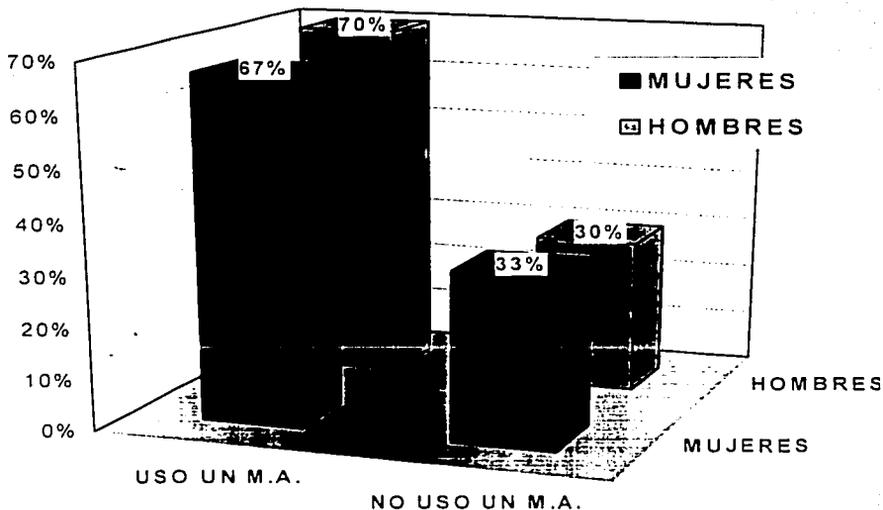
MUJERES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
USO UN M.A.*	50	67%
NO USO UN M.A.	25	33%

HOMBRES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
USO UN M.A.	122	70%
NO USO UN M.A.	53	30%

Fuente: Ibidem

GRAFICA #4

USO DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA PRIMERA ELACIÓN COITAL DE LOS ADOLESCENTES DE LA ENP #9, TURNO VESPERTINO.



Fuente: Cuadro 4

FALLA DE ORIGEN

CUADRO #5**CRITERIOS DE ELECCIÓN PARA EL USO DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL, EN LOS JÓVENES DE LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA".****MUJERES**

INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
Era el único que conocía	0	0
Lo eligió mi pareja	10	20%
Conocía su uso	29	58%
Lo pude conseguir fácil y económico	8	16%
Otro	3	6%

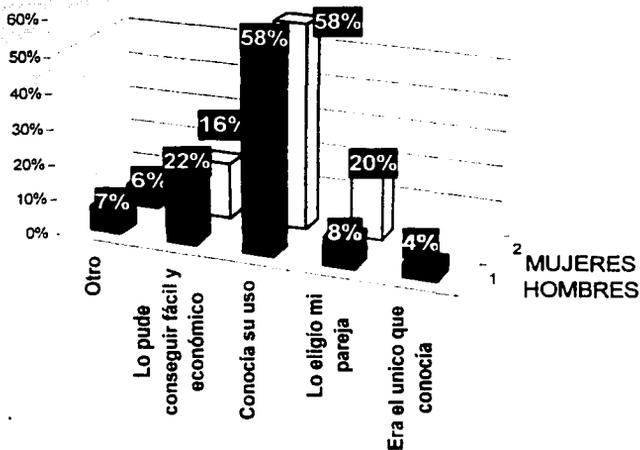
HOMBRES

INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
Era el único que conocía	5	4%
Lo eligió mi pareja	10	8%
Conocía su uso	71	58%
Lo pude conseguir fácil y económico	27	22%
Otro	9	7%

Fuente: Ibid

GRAFICA #5

CRITERIOS DE ELECCIÓN PARA EL USO DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN PRIMERA RELACIÓN COITAL ENTRE LOS JÓVENES DE LA ENP "PEDRO DE ALÍ" TURNO VESPERTINO



Fuente: Cuadro 5

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUADRO #6**MOTIVOS MÁS FRECUENTES PARA NO UTILIZAR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL, EN LOS JÓVENES DE LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO.**

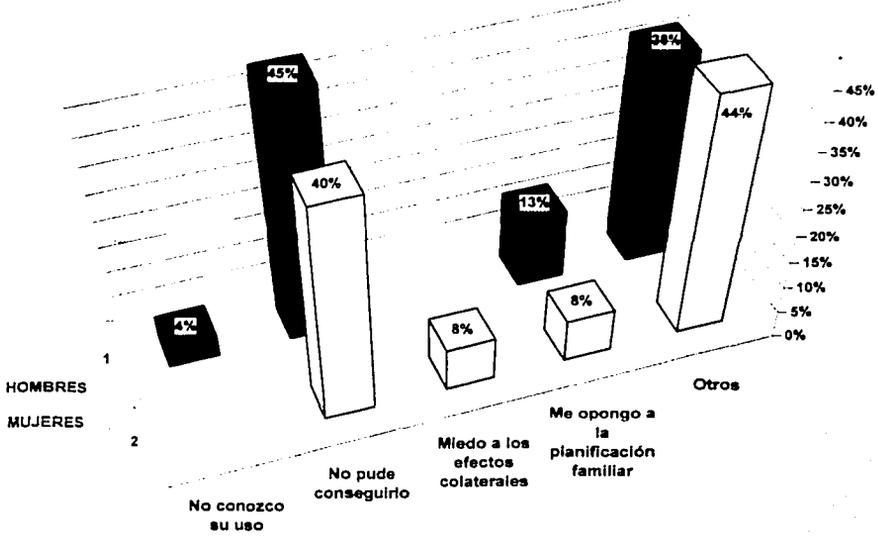
MUJERES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
No conozco su uso	2	4
No pude conseguirlo	24	45%
Miedo a los efectos colaterales	0	0
Me opongo a la P.F.*	7	13%
Otro	20	38%

HOMBRES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
No conozco su uso	0	0
No pude conseguirlo	10	40%
Miedo a los efectos colaterales	2	8%
Me opongo a la P.M.	2	8%
Otro	11	44%

Fuente Ibidem

GRAFICA #6

MOTIVOS MÁS FRECUENTES PARA NO UTILIZAR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL, ENTRE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES DE LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA", T.V.



Fuente: Cuadro 6

CUADRO #7**MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO CON MÁS FRECUENCIA EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL DE LOS ESTUDIANTE DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", T.V.**

MUJERES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
CONDON MASCULINO	39	78%
CONDON FEMENINO	0	0%
PASTILLAS	7	14%
PAE*	4	8%
OTRO	0	0%

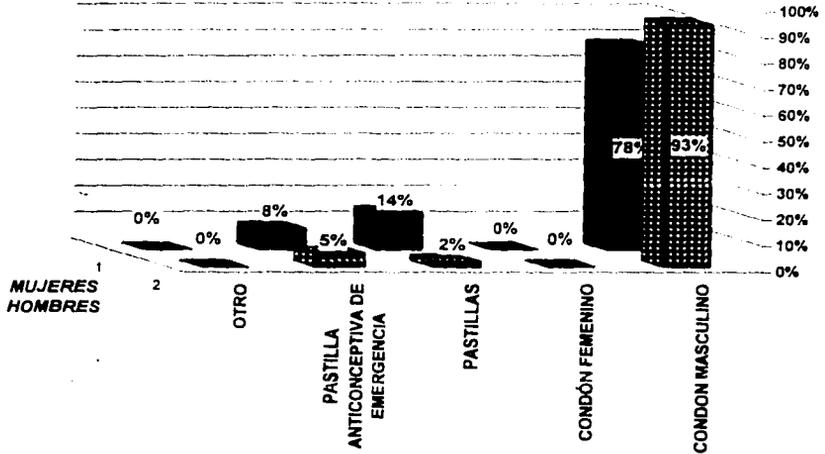
HOMBRES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
CONDON MASCULINO	113	93%
CONDON FEMENINO	0	0%
PASTILLAS	3	2%
PAE	6	5%
OTRO	0	0%

Fuente: *Ibidem*

*Pastilla Anticonceptiva de Emergencia

GRAFICA #7

TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO MÁS FRECUENTEMENTE EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL DE LOS JÓVENES DE LA ENP #9, "PEDRO DE ALBA", T.V.



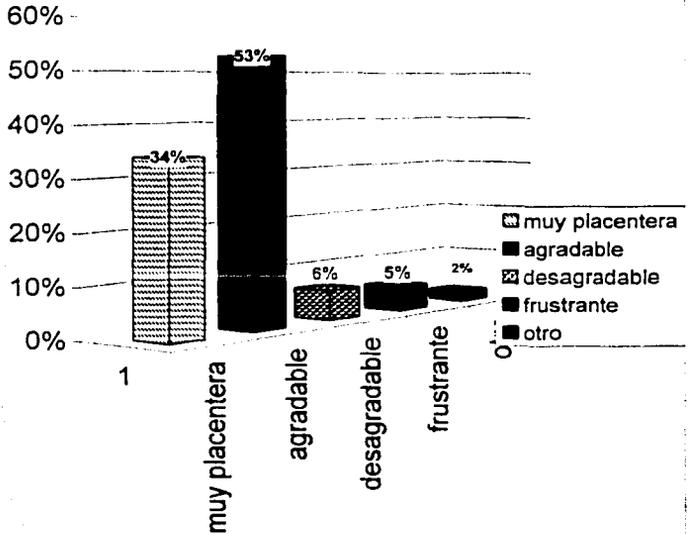
Fuente: Cuadro 7

CUADRO #8**¿CÓMO CALIFICAN LOS JÓVENES DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", T.V. SU PRIMERA RELACIÓN COITAL?**

HOMBRES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
Muy placentera	60	34%
Agradable	92	53%
Desagradable	11	6%
Frustrante	9	5%
otro	3	2%

Fuente: Ibidem

**¿COMO CALIFICAN LOS JOVENES DE LA ENP #9
"PEDRO DE ALBA", T.V.LA PRIMERA RELACION
COITAL?**



Fuente: Cuadro 8

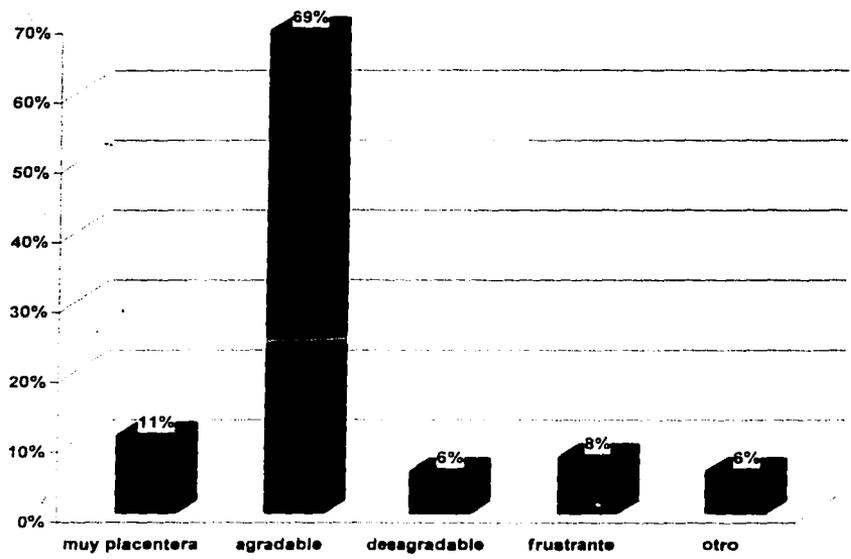
CUADRO #9**¿CÓMO CALIFICAN SU PRIMERA RELACIÓN COITAL LAS JOVENES DE LA ENP
9 "PEDRO DE ALBA", T.V.?**

MUJERES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
Muy placentera	8	11%
Agradable	51	69%
Desagradable	5	6%
Frustrante	6	8%
otro	5	6%

Fuente: Ibidem

GRAFICA #9

¿COMO CALIFICAN SU PRIMERA RELACIÓN COITAL LAS JÓVENES DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", T.V.?



Fuente: Cuadro 9

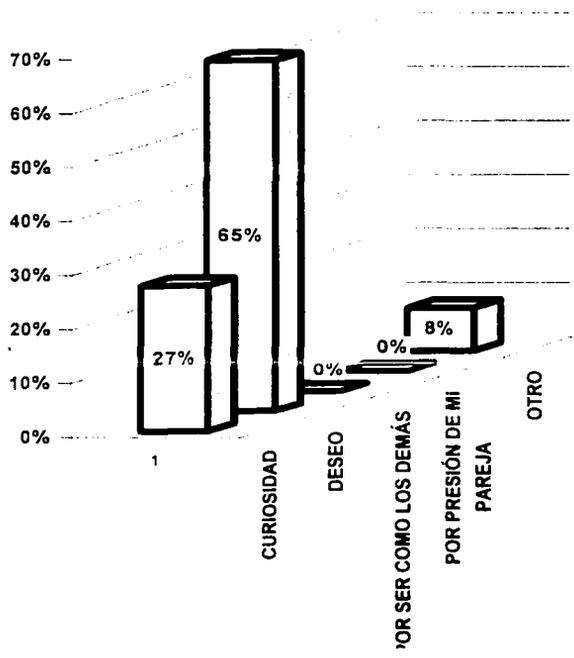
CUADRO #10**MOTIVO MÁS FRECUENTE POR EL QUE LOS JÓVENES DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA, T.V. INICIAN SU VIDA COITAL**

HOMBRES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
Curiosidad	33	27%
Deseo	79	65%
Por ser como los demás	0	0%
Por presión de mi pareja	0	0%
Otro	10	8%

Fuente: Ibidem

GRAFICA #10

MOTIVO MÁS FRECUENTE POR EL QUE LOS JOVENES DE LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, INICIAN ACTIVIDAD COITAL



Fuente: Cuadro 10

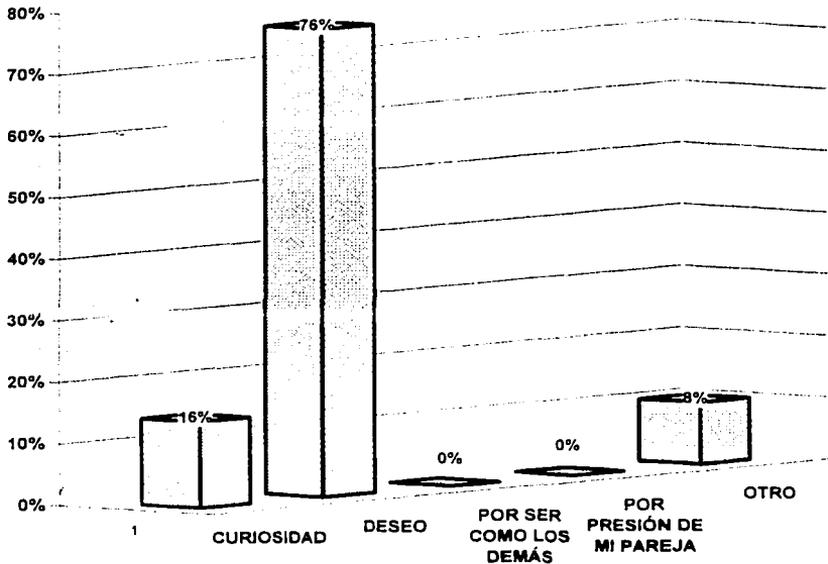
CUADRO #11**MOTIVOS MÁS FRECUENTES POR LOS QUE LAS JÓVENS DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, INICIAN ACTIVIDAD COITAL**

MUJERES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
Curiosidad	12	16%
Deseo	57	76%
Por ser como los demás	0	0%
Por presión de mi pareja	0	0%
Otro	6	8%

Fuente: Ibidem

GRAFICA #11

MOTIVOS MÁS FRECUENTES POR LOS QUE LAS JÓVENES DE LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, INICIAN ACTIVIDAD COITAL



Fuente: Cuadro 11

CUADRO #12

MEDIOS DE INFORMACIÓN A LOS QUE RECURREN CON MAYOR FRECUENCIA LOS JOVENES DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

MUJERES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
Familiares	15	20%
Amigos	9	12%
Personal de salud	18	24%
Maestros	27	36%
Otros	6	8%

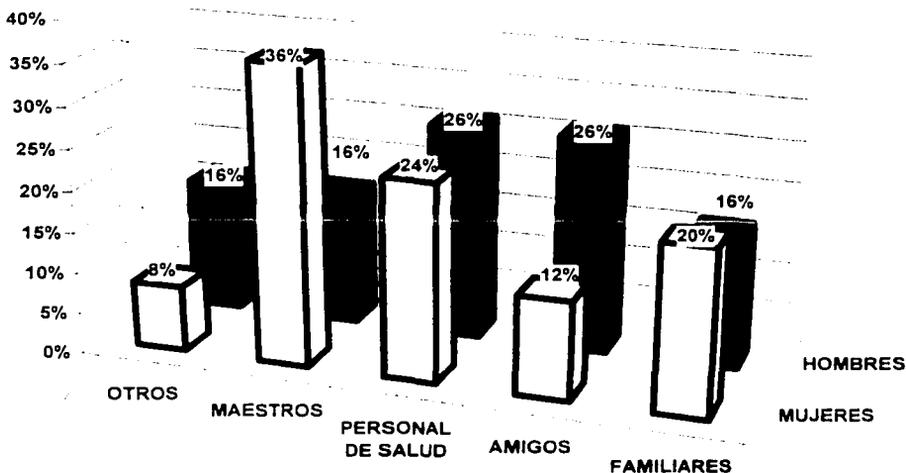
HOMBRES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
Familiares	19	16%
Amigos	32	26%
Personal de salud	32	26%
Maestros	19	16%
Otros	19	16%

Fuente: Ibidem

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICA #12

MEDIOS DE INFORMACIÓN A LOS QUE RECURREN CON MAYOR FRECUENCIA LOS JOVENES DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Cuadro 12

CUADRO #13**INICIO DE ACTIVIDAD COITAL BAJO EL EFECTO DE ALGUNA SUSTANCIA ADICTIVA (ALCOHOL Y/O DROGAS) ENTRE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO.**

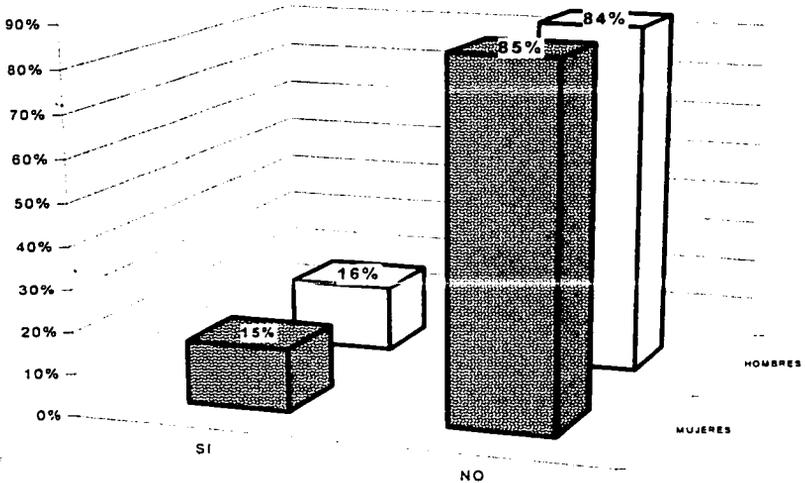
MUJERES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	11	15%
NO	64	85%

HOMBRES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	28	16%
NO	147	84%

Fuente: Ibidem

GRAFICA #13

INICIO DE ACTIVIDAD COITAL BAJO EL EFECTO DE ALGUNA SUSTANCIA ADICTIVA (ALCOHOL Y/O DROGAS), ENTRE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO.



Fuente: Cuadro 13

CUADRO #14

**¿CON QUIEN INICIAN ACTIVIDAD SEXUAL LOS Y LAS JÓVENES DE LA ENP?
"PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO?**

MUJERES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
TU NOVIO	57	76%
AMIGO	16	21%
SEXO SERVIDORA	0	0%
ESPOSO	0	0%
OTRO	2	3%

HOMBRES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
TU NOVIA	102	58%
AMIGA	53	30%
SEXO SERVIDORA	10	6%
ESPOSA	0	0%
OTRO	10	6%

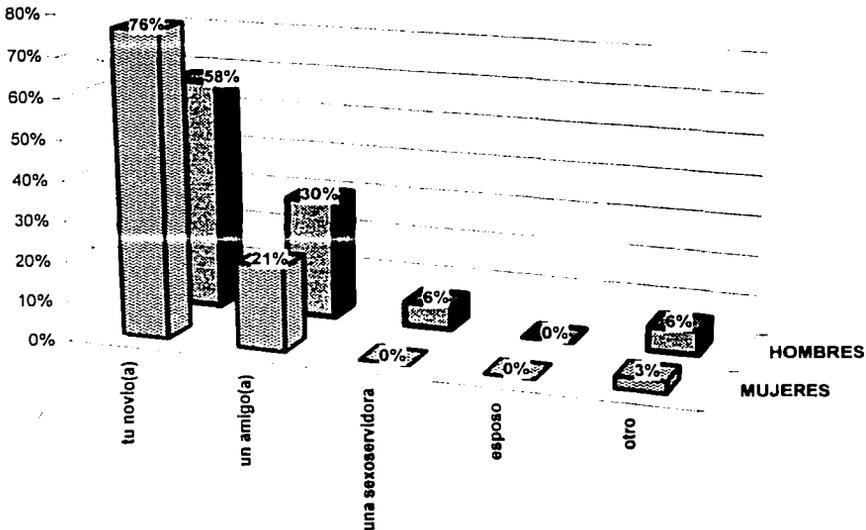
Fuente: Ibidem

TESIS CON FALLA DE ORIGEN.

GRAFICA #14

¿CON QUIENES INICIAN ACTIVIDAD COITAL LOS ADOLESCENTES DE LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO?

■ MUJERES
■ HOMBRES



Fuente: Cuadro 14

CUADRO #15

**PRACTICA SEXUAL QUE LOS Y LAS JÓVENES DE LA ENP 9 "PEDRO DE ALBA",
TURNO VESPERTINO, OPINAN ES LA MÁS SEGURA PARA EVITAR UNA ITS O
UN EMBARAZO NO PLANEADO**

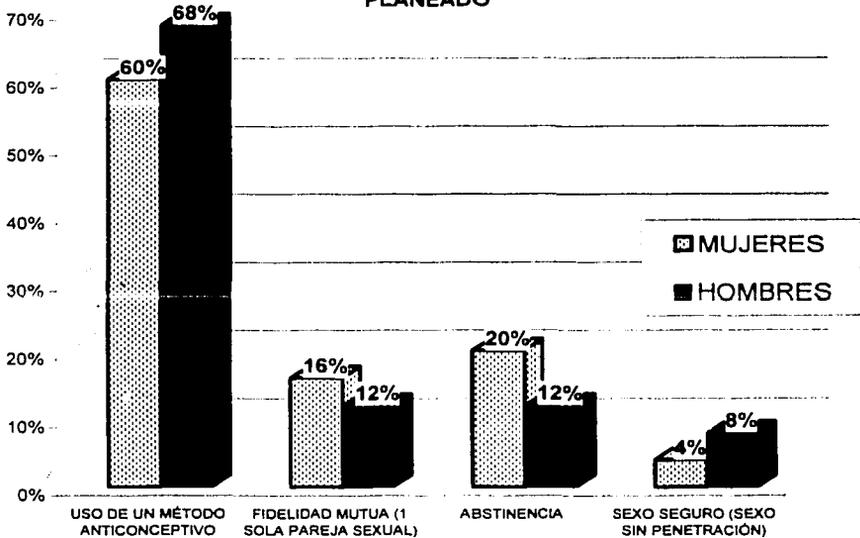
MUJERES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
USO DE UN M.A.	45	60%
FIDELIDAD MUTUA	12	16%
ABSTINENCIA	15	20%
SEXO SEGURO	3	4%

HOMBRES		
INDICADORES	NÚMERO	PORCENTAJE
USO DE UN M.A.	119	68%
FIDELIDAD MUTUA	21	12%
ABSTINENCIA	21	12%
SEXO SEGURO	14	8%

Fuente: Ibidem



PRACTICA SEXUAL QUE LOS JÓVENES DE LA ENP #9 "PEDRO DE ALBA", TURNO VESPERTINO, OPINAN ES LA MÁS SEGURA PARA EVITAR UNA ITS O UN EMBARAZO NO PLANEADO



Fuente: Cuadro 15

4.1. ANALISIS DE RESULTADOS

El 70% de la población masculina encontrada que ya ha iniciado vida sexual activa corresponde aproximadamente a 175 personas que aceptaron responder a nuestro cuestionario y 75 mujeres que corresponde al 30% (**CUADRO 1**) de nuestra población, cabe mencionar que el índice fue menor la cantidad de mujeres con vida sexual iniciada, hemos pensado en dos teorías que podrían ser que las mujeres tardan en iniciar su vida sexual y la segunda que al preguntarles si han hincado vida sexual les cuesta trabajo aceptar abiertamente por el estigma que representa haber iniciado vida sexual para algunas personas.

En múltiples investigaciones hechas por diversas instituciones entre ellas la ONUSIDA podemos observar que el inicio de la vida sexual se presenta antes de los veinte años y principalmente alrededor de los 16, sin embargo existen casos en los que se presentan a edades más tempranas lo que coloca a este grupo etareo en un riesgo muy alto ya que como sabemos a edades más tempranas de inicio de vida sexual, mayor número de compañeros(as) sexuales y mayor riesgo de sufrir una Infección de Transmisión Sexual o un embarazo no planeado, con todo lo que esto significa en el aspecto económico, social, y psicológico, todo esto debido a que los conceptos de sexualidad no se encuentran muy claros y como consecuencia no puedan ejercer su sexualidad de manera responsable. La investigación confirman lo antes mencionado, se encontró que la edad promedio de inicio de vida coital fluctúa entre los 14 a 17 años de edad. (**CUADRO 2**)

Preguntamos el uso correcto del método anticonceptivo usado en la primera relación coital y los resultados se mostraron de la siguiente manera: 56% por parte de los hombres, 29% las mujeres que describieron correctamente el uso de principalmente el condón masculino, y 44% los hombres y 71% mujeres que describieron incorrectamente el uso de un método anticonceptivo. El porcentaje de descripción incorrecta es alto y nos permite observar que puede ser que si los hombres describen mejor el uso del condón podría significar que es debido a que es el método que ellos utilizan, y que las mujeres no lo describen correctamente porque aún la mujer depósita el cuidado de su sexualidad en su compañero sexual. Otro dato a analizar es que es obvio que los jóvenes desconocen el uso correcto de un método anticonceptivo y que es muy probable que el uso de este sea incorrecto colocándolos en un riesgo alto de sufrir de un embarazo no planeado y de infecciones de transmisión sexual. (**CUADRO 3**)

El cuadro siguiente expresa el porcentaje de personas que uso un método anticonceptivo en la primera relación coital, sin embargo permite el análisis de que tan correcto fue el uso de este método, todo esto en relación a que el porcentaje mayor lo recibe el rubro de quien efectivamente uso un método anticonceptivo con el 67% las mujeres, 70% los hombres y un 33% mujeres, 30% hombres que no usaron un método anticonceptivo en la primera relación coital. (**CUADRO 4**)

Los criterios de elección para el uso de un método anticonceptivo en la primera relación sexual se presentaron con el mayor porcentaje para quién dijo conocer su uso con un 58% en ambos sexos que contradice totalmente lo que los resultados aportan es decir que sólo creen conocerlo pero hay conceptos que aún no están claros, el 16% mujeres y 22% hombres que dijeron poderlo conseguir fácil y económico, 20% mujeres y 8% hombres que dijeron no haberlo escogido ellos si no su pareja, 6% mujeres y 7% mujeres que dijeron que era el único que conocían y por último 6 y 7% respectivamente quien contesto que fue otro criterio de elección. (**CUADRO 5**)

Los motivos más frecuentes para no utilizar un método anticonceptivo en la primera relación coital fueron: 44% mujeres y 38% hombres que contestaron el rubro de otro y argumentaban que se trataba de la primera relación coital lo que nos permite suponer dos situaciones es decir que se considera la primera relación coital como una ocasión especial como para protegerse o bien al tratarse de la primera relación coital esta se produce de manera espontánea y no planeada y por tanto sin protección. El otro porcentaje alto expresa con un 40% mujeres y 45% hombres que dicen no pudo conseguirlo, el siguiente porcentaje fue para quien dijo oponerse a la planificación familiar tal vez por motivos religiosos u otros con un 8% mujeres 13 % hombres, 8% mujeres que tuvieron miedo a los efectos colaterales de los métodos anticonceptivos, y finalmente un 4% hombres que aceptaron no conocer su uso. **(CUADRO 6)** Como consecuencia de la falta de uso de un método anticonceptivo también en promedio, "del inicio de la vida sexual al embarazo transcurren tres meses", señaló Elena Zúñiga Herrera, secretaria general del Consejo Nacional de Población (Conapo).

El método anticonceptivo más usado en la primera relación coital fue el condón masculino 78% mujeres, 93 % hombres aceptaron haberlo usado en la primera relación coital, el siguiente método más usado fueron las pastillas u hormonales 14% mujeres 2% hombres y la pastilla anticonceptiva de emergencia que poco a poco se va descubriendo más sobre su uso y cobra fama entre los jóvenes con un 8% mujeres 5% hombres. **(CUADRO 7)**

La aplicación de esta encuesta también arrojó otros datos sobre el inicio de la actividad sexual de los jóvenes aunque estos no se tocaban como variables en nuestro estudio pero que son dignos de análisis y tomarse en consideración como conductas de riesgo, creencias, y manejo de conceptos básicos sobre la sexualidad qué refuerzan de alguna manera lo que hemos mencionado anteriormente.

Al preguntarles sobre lo que les pareció su primera relación coital contestaron: 34% mujeres 11% hombres que la calificaron como muy placentera, 53% mujeres 69% hombres que contestaron con agradable, y 6% en ambos sexos con desagradable, 5% y 8% respectivamente con frustrante y 2% y 6% otro. **(CUADROS 8 y 9)**

Sobre los motivos para iniciar su actividad coital contestaron: 65% mujeres 76% hombres que dijeron que fue por deseo, 27% y 16% respectivamente por curiosidad, y 8% en ambos sexos para otro, esto parece contradecir lo que otros estudios venían diciendo en los que la curiosidad predomina por sobre otros motivos, aquí ocupa un porcentaje importante. **(CUADROS 10 y 11)**

En la actualidad la información sobre Métodos anticonceptivos se encuentra al alcance de quien se encuentre interesado sin embargo nos permitimos preguntar a que personas recurren con mayor frecuencia los jóvenes para aclarar sus dudas y contestaron de la siguiente manera: Por parte de las mujeres se observa que recurren a diferentes personas en comparación con los hombres predominando en el caso de estas con un 26% amigos(as), y también 26% personal de salud, y en el caso de ellos Maestros, lo que no nos permite explicarnos el porque del manejo de conceptos erróneos alrededor de este tema. **(CUADRO 12)**

Al inicio de esta investigación teníamos la interrogante sobre cuáles conductas de riesgo tenían los jóvenes así que preguntamos sobre el uso de sustancias adictiva en el inicio de actividad sexual y los resultados fueron los siguientes:

16% hombres 15% mujeres que dijeron que si usaron una sustancia adictiva, predominando el alcohol, y 84% hombres y 85% mujeres que no hicieron uso de ninguna sustancia adictiva en el inicio de actividad coital. **(CUADRO 13)** Al tratarse de un problema social contemporáneo con gran impacto a la salud de la población, como lo constituyen las adicciones, sobre todo entre adolescentes y jóvenes. El consumo de alcohol y el uso de marihuana, cocaína y otras sustancias psicoactivas se asocian frecuentemente el embarazo no planeado y a las ITS, por lo que es imperativo, incluir acciones para su prevención, como un componente fundamental en los programas de difusión y comunicación educativa sobre salud sexual y reproductiva. Sin embargo en este estudio los datos aportan lo contrario encontrando un porcentaje no tan representativo con estas características.

El presente cuadro **(CUADRO 14)** refleja con quien inician actividad sexual los y las jóvenes de la ENP 9 lo que resulta interesante es que inician principalmente con su pareja en ese momento novio (a) mujeres 76% hombres 58%, amigo (a) 21% mujeres 30% hombres, sexo servidora 6% hombres y en el rubro de otro expresaban que se trataba de desconocidos en el caso de la mujeres con un 3% y hombres 6%. Lo que nos permite reflexionar sobre la aún persistente idea de iniciar vida sexual con una sexo servidora en el caso de los hombres y también que al parecer la idea de iniciar vida sexual activa no siempre va ligada al aspecto de la presencia de lazos emocionales en ambos casos. Y que nuevamente proyecta lo susceptibles que son estos grupos de tener resultados no favorables relacionados con el inicio de su vida sexual como lo puede ser un embarazo no planeado y/o Infección de Transmisión Sexual.

Por último el cuadro siguiente expresa que conducta es la más segura para evitar un embarazo no planeado y una Infección de transmisión Sexual, que refleja con un 60% mujeres y 68% hombres el uso de un método anticonceptivo y algo que es interesante la respuesta sobre la abstinencia con un 20% mujeres y 12% hombres que así lo expresaron. **(CUADRO 15)**

4.2. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Pese a los planes y programas encaminados a mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, existen hoy en día estudios que hablan sobre la importancia de enfocar mayores esfuerzos a sectores de la población en los que las acciones no han tenido resultados favorables.

El reto más importante no es el hecho de informar sino de formar personas concientes de las implicaciones de sus actos y con criterios bien sustentados para poder elegir caminos que los conduzcan hacia una vida sana y plena, considerando el estricto apego a los derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos.

En términos generales la población adolescente dice conocer los métodos anticonceptivos pero no así el uso correcto, que representan en muchas veces un factor determinante para su elección.

Los criterios de elección considerados por la población en estudio tuvieron variación, pero una constante fue que decidían su vida sexual activa (coito), por curiosidad y deseo, por lo que es importante encaminar acciones que vayan dirigidas a despejar sus dudas, pero también resaltar los valores y el respeto a los demás y así mismos que debe caracterizar la relación de pareja y posponer la primera experiencia coital, en un momento en el que se encuentren mejor informados y puedan ejercer su sexualidad con responsabilidad.

Debemos llegar mucho más temprano, con información precisa, clara y accesible para la niñez y la adolescencia, donde la sexualidad sea vista sin morbo, de manera constructiva y saludable. También se requiere que los padres de familia se involucren en el proceso educativo para que éste sea consistente. Ya que si la información brindada es incongruente con la proporcionada por otra fuente, se vuelve contradictoria, el infante o adolescente no sabría a quién darle la razón.

Una vez iniciada la práctica sexual, la situación se vuelve más compleja. Ahí los programas preventivos deben incluir no sólo información general, sino una valoración adecuada hacia el uso del condón. Para esto hay que enfrentar actitudes y valores anteriores, como los religiosos, que dificultan el cambio de comportamientos y la percepción positiva del condón. Debemos crear primero un entorno favorable a la práctica sexual para poder incidir en el uso del condón; no podemos simplemente limitarnos a colocar un condón en un objeto inanimado. Necesitamos intervenciones preventivas de tipo vivencial en todos los procesos educativos, no limitadas a la elaboración de carteles, adecuados sólo para dar cierta información o recordarla. Los programas de educación sexual deben incluir la parte biológica y la afectiva; las emociones y el respeto a la otra persona, a sus decisiones, actitudes y valores, tanto como a los nuestros. Las personas con educación sexual, que conocen y manejan sus emociones, se responsabilizan de sus actos. Además, suelen retrasar su iniciación sexual, y una vez llegado el momento, dicho inicio resulta mucho más constructivo, sano y sin culpas.

5. CONCLUSIONES

El proceso transicional que ocurre durante la adolescencia amerita prestar primordial atención a las diferentes áreas que forman parte y determinan la vida futura del individuo, ello obliga a proporcionar "elementos" (educación, orientación, información) que permitan librar conflictos reales y potenciales que truncan las metas de las personas, específicamente hablando del área sexual.

El tema de la sexualidad es tan amplio que requiere del manejo adecuado de cada uno de sus componentes, para evitar confusiones, de quienes reciben la información, en este caso la experiencia con jóvenes y adolescentes, permite observar que debido a la etapa de transición física, psicológica y social, requiere de mayores elementos que le permitan aclarar y prevenir problemas a futuro.

La importancia de contar con educación sexual radica en la planeación de la vida futura, contar con elementos que le permitan al individuo decidir y vivir con plenitud; alcanzando todas las metas fijadas sin tener que frustrar sus proyectos de vida, como futuros formadores de familias y de nuevos seres.

Cabe señalar que para el área de enfermería esto representa un gran reto, planear, realizar y proponer programas que integren todos los aspectos metodológicos en la implementación de dichos programas y es para el Licenciado en Enfermería y Obstetricia el papel como Orientador-Consejero, en el área de la sexualidad ya que cuenta con mayores elementos para proporcionar información verídica sustentada en la investigación científica, puesto que no sólo es el hecho de informar la parte teórica si no de crear una verdadera conciencia de las implicaciones que conllevan el enfrentarse a eventos desfavorables en el desarrollo psico-emocional de los individuos. Como lo es el enfrentarse a un embarazo no planeado o una Infección de Transmisión Sexual, presentándose como un fenómeno al alza actualmente.

Estos datos nos presentan un panorama de la urgencia de educación sexual para una gran cantidad de la población, que debe ser proporcionada por diferentes profesionales, entre ellos los pedagogos, los psicólogos y los especialistas en las ciencias de la salud. Sin embargo, nos atrevemos a aventurar que en la formación universitaria de estos estudiantes, esta necesidad no ha sido cubierta con la suficiente profundidad que requiere, ya que pocas carreras consideran en sus planes de estudio materias que capaciten de una manera seria a los profesionistas para abordar los problemas relativos a la sexualidad.

A raíz de los resultados arrojados por las investigaciones en el campo de la sexualidad, la UNAM creó hace un año el modelo universitario de salud sexual y reproductiva para la comunidad estudiantil, a cargo del Dr. Gregorio Pérez Palacios, quien en la anterior administración fuera titular de la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud (SSA), como lo es la Unidad de Investigación, Enseñanza y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva, que ha diseñado y puesto en marcha una serie de actividades donde se pretende que los adolescentes sean responsables de su propia salud sexual, en cuyo programa se destaca por la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, que le permite una actividad diferente al ámbito hospitalario.

Dada la complejidad que rodea el embarazo en la adolescencia, los programas preventivos no pueden ser simplistas. Actualmente están encaminándose a considerar el ámbito de las diferentes percepciones de género, las complejas relaciones familiares, los valores y el autoestima, la negociación de medidas preventivas, la toma de decisiones y las barreras culturales, para la vida sexual de los y las jóvenes sea más saludable y éstos manejan elementos que les permitan retrasar su maternidad y paternidad después de los 20 años, cuando se cree y se maneja en esta sociedad que es la edad idónea para hacer frente a este tipo de responsabilidades.

Muchas de las acciones para enfrentar los problemas del embarazo temprano se orientan en el sentido adecuado. Sin embargo, es necesario revisar algunos de sus supuestos y adecuarlos de manera más estrecha a las necesidades específicas de las adolescentes.

Se requieren políticas de largo plazo que contrarresten los efectos de la pobreza y la falta de oportunidades para el desarrollo de la mujer que favorecen la gestación temprana, y una política integral que conduzca paulatinamente a nuestra sociedad a aceptar la sexualidad premarital, conforme se extiende el periodo de espera para la unión debido a la mayor escolarización femenina. Al mismo tiempo, se debe apoyar la educación sexual temprana, acompañada de consejería y de acceso a servicios de planificación familiar.

Mientras no haya aceptación social del ejercicio de la sexualidad entre los jóvenes, continuarán sumándose obstáculos para prevenir embarazos no deseados y para evitar los riesgos que éstos conllevan para los y las adolescentes. Se requiere propiciar actitudes de mayor respeto, comprensión y apoyo hacia nuestros adolescentes en este campo.

6. REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

A través de la práctica como orientadores y educadores sexuales en el área de salud reproductiva en la ENP N. 9, es notable la ilimitada gama de opciones con la que cuentan los y las adolescentes de la población universitaria, para poder ejercer su salud reproductiva con los elementos necesarios para la toma de decisiones de forma asertiva y en las mejores condiciones, sustentado en los resultados obtenidos así como del análisis personal proponemos:

-  Establecer de manera permanente, los lineamientos para crear un espacio enfocado a tratar el área de la sexualidad, tomando en cuenta la complejidad al tratar diferentes temáticas, además de que las actividades planeadas por los prestadores de servicio sean factibles de ser alcanzadas y que los jóvenes universitarios ejerzan su sexualidad en las mejores condiciones y de manera responsable e informada.
-  Crear el servicio de orientación sexual y reproductiva al interior de cada uno de los planteles de la UNAM con las características que faciliten la prestación del servicio con calidad y los recursos necesarios para que resulte atractivo a la comunidad universitaria para alcanzar los objetivos planteados.
-  Diseño de servicios efectivamente "amigables" donde al usuario no se le juzgue y este adquiera la confianza para recurrir al servicio y despejar sus dudas de manera abierta.
-  Incluir y respetar los derechos humanos y las garantías individuales además de los derechos sexuales y reproductivos en las sesiones educativas y la prestación de los servicios.
-  Manejar horarios que faciliten el acceso de la comunidad a solicitar el servicio.
-  Fortalecer las prácticas de prevención y acabar con las "barreras que enfrentan los jóvenes para hacer uso eficiente de los anticonceptivos como lo son la ignorancia y la falta de recursos para adquirirlos
-  Contar con material didáctico que aborden temas de importancia en el ámbito de la sexualidad.

 Integrar en los planes de estudio módulos de salud de salud sexual y reproductiva que aborden diversos temas, impartidos por profesionales con experiencia en el área de la salud sexual y reproductiva.

 Crear nexos con la UNISSER y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales llámese asociaciones (MEXFAM, CORA, GIRE, CONASIDA, Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA, CAPPSSIDA,) etc., y agencias internacionales como: OMS, UNICEF, UNFPA, Population Council y del Sector privado como Empresas y Laboratorios, interesadas y enfocadas a la salud sexual y reproductiva de los individuos para coordinar acciones (exposiciones itinerantes, congresos, ferias, encuentros, debates, mesas redondas, etc.) en las que participen los jóvenes de manera que enriquezcan la experiencia del cuidado de su salud sexual y reproductiva. Además de que la relación con Instituciones favorecerá y ampliará las actividades desempeñadas que se desempeñan con los jóvenes.

 Establecer las bases legales de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planeación Familiar, y las antes mencionadas en el marco teórico de este documento.

 Evaluar a corto, mediano, y largo plazo, a través de instrumentos las actividades desempeñadas, para modificar, mejorar, reestablecer, y/o crear nuevas estrategias de acción .

 Dirigir acciones no sólo a un grupo etareo, si no ampliarlo a las primeras etapas de la vida, en donde la propia familia sea el elemento que refuerza el cuidado de la salud sexual y reproductiva, en cada una de las etapas de los individuos.

 Establecer líneas de acción encaminadas a grupos que ya sufren la problemática; para evitar nuevos eventos negativos a su sexualidad y que puedan afectar su vida, como lo es el registro de un nuevo embarazo o la infección de un ITS durante la juventud.

Como podemos observar todos los programas van encaminados hacia lograr una mejor educación sexual en los adolescentes y para muchos podrían parecer demasiado pretenciosos, pero el principal reto para todos estos planes y programas gira alrededor de la conscientización y la promoción del autocuidado de la salud sexual y reproductiva, situación a la que nos enfrentamos diariamente como trabajadores de la salud.

ANEXO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN ENSEÑANZA Y COMUNICACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Este estudio nos permitirá obtener los datos importantes en relación al uso, criterios de elección y conocimiento de métodos anticonceptivos en la primera relación coital de los alumnos de la preparatoria 9. Los resultados nos serán de utilidad para la elaboración y propuesta de programas con estrategias dirigidas a mejorar las condiciones de salud sexual en los adolescentes y jóvenes.

INSTRUCCIONES: Lee cuidadosamente la pregunta, selecciona una respuesta y/o contesta con brevedad donde se te pide.

DATOS GENERALES: EDAD: _____ SEXO: H M FECHA: _____ TURNO: _____

1. SI NO

2. ¿Dónde trabajas? (pasa a la 2) (pasa a la 3)

- Comercio Informal
- Oficina
- Tienda departamental
- Restaurante
- Otro _____

3. ¿Cuál es tu estado civil?

- Casado
- Soltero
- Unión Libre
- Otro _____

4. ¿Has iniciado tu vida sexual?

SI NO

5. ¿A qué edad iniciaste tu vida sexual?

_____ años

6. ¿Con quien iniciaste tu vida sexual?

- Tu novio (a)
- Un amigo (a)
- Una sexo servidor(a)
- Tu esposo (a)
- Otro _____

7. ¿Utilizaste un método anticonceptivo en tu primera relación coital?

SI NO (pasa a la 11)

8. ¿Cuál?

- Condón Masculino
- Condón Femenino
- Pastillas
- Pastillas Anticonceptivas de Emergencia
- Otro _____

9. Describe brevemente su uso

10. ¿Que aspectos consideraste para elegir el método anticonceptivo en tu primera relación coital?

- Era el único que conocía
- Lo eligió mi pareja
- Conocía su uso
- Lo pude conseguir fácil y económico
- Otro _____



¡GRACIAS!

11. ¿Por que no utilizaste un método anticonceptivo en tu primera relación coital?

- No conozco su uso
- No pude conseguirlo
- Por que me daban miedo los efectos colaterales
- Me opongo a la planificación familiar
- Otro _____

12. ¿Como calificarias tu primera relación coital?

- Muy Placentera
- Desagradable
- Frustrante
- Agradable
- Otro _____

13. ¿Que te motivo a iniciar tu vida sexual?

- Curiosidad
- Deseo
- Por ser como los demás
- Por presión de mi pareja
- Otro _____

14. ¿Por que no cho te informaste sobre el uso de métodos anticonceptivos?

- Familiares
- Amigos
- Personal de salud
- Maestros
- Otro _____

15. ¿Tu o tu pareja han tenido un embarazo en la primera relación coital?

SI NO

16. ¿Has sufrido de alguna infección de Transmisión Sexual, en la primera relación coital?

SI NO (pasa a la 18)

17. ¿Cuál?

18. ¿Cuándo tuviste tu primer coito con tu pareja, ¿fueste bajo el efecto de alguna sustancia inductiva?

SI NO (pasa a la 20)

19. ¿Cuál?

- Alcohol
- Drogas
- Drogas y Alcohol
- Otro _____

20. ¿Que practica sexual consideras segura para evitar una infección de Transmisión Sexual en un coito coital?

- Uso de un método anticonceptivo
- Fidelidad mutua (1 sola pareja sexual)
- Abstinencia
- Sexo Seguro (Sexo sin penetración)
- Otro _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. BIBLIOGRAFIA

Instituto de Estadística Geografía e Informática, 2000. INEGI. México, DF.

INEGI, 1993.

En Programa Promoción de la Salud Integral de los Adolescentes, Secretaría de Salud, México.

La juventud del Mundo, Population Reference Bureau, Inc

Programa Nacional de Salud 2001-2006

Encuesta Nacional del Instituto Nacional de la Juventud, 2000, p.32

CONAPO 1998

Fleiz-Bautista C, Villatoro-Velázquez J, Medina-Mora ME, et al Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México

Salud Ment 1999; 22(4): 14-19.

Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes en America Latina y el Caribe.

Encuesta sobre el Comportamiento Sexual en los jóvenes de La Ciudad de México, 1992-1993, CONASIDA-SSA.

Gran ignorancia de adolescentes sobre su sexualidad: estudio de IPAS, Silvia Magally cimac | México DF

Mitos y desinformación sobre el sexo moldean a los universitarios, Silvia Magally cimac | México DF

CONAPO 2000

SSA 1999

Conocimientos de estudiantes universitarios sobre mitos de la sexualidad, Alma Vallejo Casarín, Rosa María Rev Juárez y Francisco X. López Uriarte

Tolbert K, La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales. En: Atkin L, Arcelus M, Fernández-McGregor A, Tolbert K, ed. La psicología en el ámbito perinatal. México, DF.: Instituto Nacional de Perinatología, 1988:398-425.

Atkin L, Givaudan M. Perfil psicosocial de la adolescente embarazada mexicana. En: Karchmer S, ed. Temas selectos de la reproducción humana. México, DF.: Instituto Nacional de Perinatología, 1989:123-133

Buvinic M, Valenzuela JP, Molina T, González E. The fortunes of adolescent mothers and their children: A case study of the transmission of poverty in Santiago, Chile. Washington, D.C.: The Population Council & International Center for Research on Women, 1992.

Román-Pérez R, Carrasco E, Cubillas MJ, Valdés EA. Adolescencia, sexualidad y embarazo en contextos de colonias populares de Hermosillo, Son. En: Lartigue T, Avila H, ed. Sexualidad y reproducción humana en México. México, DF.: Universidad Iberoamericana & Plaza y Valdés, 1995;vol.2:167-182.

La protección de la salud reproductiva de nuestros jóvenes requiere de políticas innovadoras y decididas. Carta sobre Población. Temas Selectos 1995;1(3):1-6.

Rábago-Ordóñez A, Mendoza-Victoriano D, Hinojosa-Valdés A. Salud reproductiva en adolescentes. En: Alarcón-Navarro F, ed. Prioridades en salud reproductiva. México, DF.: Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 1993:63-97.

Quilodrán J. Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México, México, DF.: El Colegio de México, 1991.

Drvfoos J. "Adolescent fertility: a valid World population concern?"; resumen tomado de Popline, Base de datos en CD-ROM, Jonás Hopkins University Baltimore, 1997

The Alan Guttmacher Institute, "Risks and Realities of early Childbearing Worldwide". en Sigues in brief, The alan Guttmacher Institute, Nueva Cork, 1996

Encuesta Nacional de la Dinámica demográfica 1992, citada en Stern, Claudio. "El embarazo en la adolescencia", en Salud Pública en México, vol. 39, núm. 2, marzo-abril, 1997
Mondragón Fragoso, et al.

Elva Leonor Cárdenas, Subdirectora General de Asistencia y Concertación del DIF. Los datos fueron dados a conocer durante la Reunión Nacional de Capacitación del Programa de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes que se realizó el 17 de octubre de 1997

CONAPO, Carpeta Informativa para el 11 de julio, día Mundial de la Población, 1997.

INEGI, Los jóvenes en México, INEGI, México, 1993.

INEGI, Fecundidad, Tabulados temáticos, México, 1993.

Según Dahrendorf, las oportunidades vitales son "las posibilidades medibles de realizar las necesidades, intereses, etcétera, dentro de un contexto social, o en contra de él". Marta Lamas retomó este término en Embarazos y oportunidades vitales entre adolescentes, documento leído en la Reunión Nacional de Capacitación del Programa de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes, convocado por el DIF, 17 de octubre de 1997.

"MEXFAM: el programa gente joven", en Popline, op. cit.

Nafis Sadik, Directora Ejecutiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas, periódico Reforma, 2 de julio, 1997

Organización Panamericana de la salud, "Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones", en Popline, op. cit.

Marta Lamas, op. cit

Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, citada en FNUAP, Estado de la Población Mundial, Nueva York, 1997.

Population Reference Bureau, La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe: Riesgos y consecuencias, Washington 1992.

CONAPO, Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar, México 1996. Enfoque actual de la adolescente. XV Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia. 1996; 26-28

Shuster M, Bell R, Kanouse D. The sexual practices of virgins: genital sexual activities of High school students who have never had vaginal intercourse. Am J public Health 1996; 86: 1570.

Gutmacher A. Teen and Pregnancy. New York, Alan Gutmacher Institute, 1998.

CONAPO, Situación Actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico Sociodemográfico, Serie documentos técnicos, México, D.F., 2000.