



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 3,
CD. VALLES, SAN LUIS POTOSÍ



**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES E INTENCIÓN DE USO DEL CONDÓN Y
DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA ENTRE ADOLESCENTES DE
BACHILLERATO DE TAMUÍN S.L.P.”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARCO ARIEL VILLANUEVA MORENO.



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.

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES E INTENCION DE USO DEL CONDON Y DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA ENTRE LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE TAMUIN S.L.P."

AUTORIZACIONES LOCALES:

DR. MIGUEL ÁNGEL MENDOZA ROMO
COORDINADORA DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

DRA. GABRIELA VIRGINIA ESCUDERO LOURDES
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

DR. JOHN GALVAN FLORES
DIRECTOR DE LA UMF No 3 DEL IMSS
CIUDAD VALLES, SAN LUIS POTOSI

DR. RAFAEL NATIVIDAD NIEVA DE JESUS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS SEDE UMF No 3 S.L.P.

CIUDAD VALLES S.L.P. 2016

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES E INTENCION DE USO DEL
CONDON Y DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA ENTRE
LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE TAMUIN S.L.P.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. MARCO ARIEL VILLANUEVA MORENO

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

CIUDAD VALLES S.L.P 2016.

**"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES E INTENCION DE USO DEL CONDON Y DE
LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA ENTRE LOS ADOLESCENTES DE
BACHILLERATO DE TAMUIN S.L.P."**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MARCO ARIEL VILLANUEVA MORENO

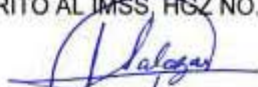
ASESORES:



DR. OSMAN DAVID ACOSTA ORTEGA.

ASESOR ESTADÍSTICO.

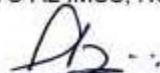
PEDIATRA ADSCRITO AL IMSS, HGZ NO. 6 CD. VALLES S.L.P.



DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ.

ASESOR TEMÁTICO.

MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO AL IMSS, HGZ NO. 6 CD. VALLES S.L.P.



DRA. LINA SUSANA TIENDA RAMIREZ

ASESOR METODOLÓGICO

MÉDICO FAMILIAR, ADSCRITO AL IMSS, UMF #3 CD. VALLES S.L.P.

CIUDAD VALLES S.L.P 2016.



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2402
H GRAL ZONA -MF- NUM 1, SAN LUIS POTOSÍ

FECHA 21/11/2013

DR. MARCO ARIEL VILLANUEVA MORENO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES E INTENCION DE USO DEL CONDÓN Y DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA ENTRE LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE TAMUIN S.L.P."

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-2402-53

ATENTAMENTE

DR.(A) MARÍA GUADALUPE SALINAS CANDELARIA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2402

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

ÍNDICE.

1. Marco teórico	2
1.1 Antecedentes.	2
1.2 . Planteamiento del problema	10
1.3 Justificación	11
1.4 Objetivo General	12
1.5 Hipótesis	13
2. Material y métodos	14
2.1 Criterios de selección	15
2.2 Definición de variables	16
2.3 Instrumento	20
2.4 Procedimientos	21
2.5 Análisis estadístico	22
2.6 Consideraciones éticas	22
2.7 Recursos humanos	23
3. Resultados	25
4. Discusión	34
5. Conclusiones	37
6. Sugerencias	38
7. Bibliografía	39
8. Anexos	44
8.1 Cronograma de actividades	45
8.2 Ficha de identificación	46
8.3 Instrumento	46
8.4 Consentimiento informado	52

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES.

La actividad sexual en edad precoz descrita como antes de los 16 años de edad se ha relacionado con conductas de riesgo que pueden conducir a embarazos no deseados, interrupciones voluntarias del embarazo e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. ⁽¹⁾

A pesar de la información disponible sobre la anticoncepción, aproximadamente un 12% de la población adolescente no usa ningún método de protección en sus primeras relaciones sexuales. ⁽²⁾ Desde el punto de vista de la salud pública, la anticoncepción de emergencia puede considerarse un método de prevención primaria de un embarazo no deseado después de una relación sexual coital sin protección o cuando ha fallado el método anticonceptivo de uso habitual. ⁽³⁾

A nivel mundial, el embarazo no planeado representa un gran problema médico. A menudo resulta en un aborto inducido, aun cuando es ilegal. ⁽⁴⁾ El uso adecuado de la anticoncepción de emergencia o preservativos tienen el potencial de reducir el número de abortos, al prevenir los embarazos no planeados. Los estudiantes adolescentes, en particular, podrían beneficiarse de la anticoncepción de emergencia, debido a la prevalencia incrementada de relaciones sexuales por primera vez en este grupo de edad y a la utilización del anticonceptivo de primer uso poco confiables o inconsistentes utilizados en esta población. ⁽⁵⁾

Algunos factores se conocen que contribuyen en la limitada disponibilidad y utilización de la anticoncepción de emergencia, incluyendo la falta de conocimiento hacia los mismos, ⁽⁶⁾ la actitud del proveedor y del cliente ⁽⁷⁾ y de la necesidad de una receta para su adquisición. ⁽⁸⁾

Por lo tanto la valoración de la actitud, el conocimiento y la intención de uso de la anticoncepción de emergencia por los estudiantes adolescentes, representa un primer paso hacia la promoción de la utilización y la aceptación de estos fármacos. La literatura apoya la eficacia de la anticoncepción de emergencia hasta 120 horas después de una relación sexual sin protección. ⁽⁹⁾

Los anticonceptivos de emergencia se pueden comprar sin receta en algunos países como Canadá y algunas partes de Europa. Recientemente la FDA (Administración de Drogas y Alimentos) aprobó la compra de venta libre de anticoncepción de emergencia para las mujeres mayores de 18 años. Sin embargo, hay preocupación sobre el uso libre primario de los anticonceptivos de emergencia. Los defensores de esta decisión afirman que la venta de anticonceptivos de emergencia bajo receta médica representa un obstáculo innecesario para que sean obtenidos en situación de emergencia. Los opositores argumentan que un acceso más fácil de los anticonceptivos de emergencia, se traducirá en un aumento en la promiscuidad y en el uso reducido de la anticoncepción primaria, como los preservativos, que a su vez, podría conducir a infecciones de transmisión sexual más letales como el HIV / SIDA. ^(10,11)

Pocos estudios han mostrado los efectos de la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia en el comportamiento de la anticoncepción primaria, en muchos de ellos los resultados son ambiguos. La provisión por adelantado de la anticoncepción de emergencia incrementó la probabilidad de su uso, pero no tuvo ningún efecto adverso sobre la conducta anticonceptiva, ni en la toma de riesgos en el comportamiento por los adolescentes, ⁽¹²⁾ ni en los usuarios habituales de planificación familiar, ⁽¹³⁾ ni en una población de mujeres puérperas de bajos ingresos. ⁽¹⁴⁾

Walker y colaboradores (2004) encontraron que el uso de la anticoncepción de emergencia no produjo efectos negativos en el comportamiento de la utilización del condón entre adolescentes mexicanos. Por el contrario, en Ghana, el 55% de los estudiantes universitarios varones entrevistados, declararon que usaban

condones con menos frecuencia si llegaban a obtener los anticonceptivos de emergencia con mayor facilidad. ⁽¹⁵⁾ La intención a menudo determina el comportamiento y la actitud hacia un fármaco; por lo tanto, es importante entender la actitud antes de tratar de influir positivamente en la intención y el uso real de la anticoncepción de emergencia. ⁽¹⁶⁾

Los métodos disponibles en México que pueden ser utilizados como anticonceptivos de emergencia son las pastillas anticonceptivas combinadas y las pastillas de progestinas solas. Las pastillas anticonceptivas de emergencia combinadas son pastillas de uso normal. Estas contienen estrógenos y una progestina sintética, las que se administran en dosis mayores y por tiempos cortos, siempre después de una relación sexual no protegida. Este método se conoce como "El método de Yuzpe". ⁽¹⁷⁾

Las pastillas mejor estudiadas desde el punto de vista de su eficacia incluyen aquellas que contienen una combinación de etinil-estradiol (200 µg) y desonorgestrel o l-norgestrel (2 y 1 mg respectivamente), siendo éstas las que constituyen el esquema combinado o de Yuzpe mejor aceptado en la actualidad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y diversas autoridades internacionales. En nuestro país, se pueden utilizar diferentes marcas de pastillas anti-conceptivas. En caso de recurrir a pastillas de "dosis alta" se indicarán dos grageas juntas, tan pronto como sea posible, dentro de las primeras 72 horas después del coito no protegido, y dos grageas juntas 12 horas más tarde. En caso de pastillas de "dosis baja", o "microdosis", como se han llegado a denominar, se utilizarán 4 grageas juntas para cada dosis. ⁽¹⁸⁾

Los efectos secundarios más frecuentemente reportados con el uso de la anticoncepción de emergencia combinadas son náusea (40-50%) y vómito (15-20%). Algunos estudios observacionales han reportado una menor incidencia de náusea posterior a la ingesta de anticoncepción de emergencia combinadas con levonorgestrel comparadas con dilnorgestrel. La administración de medicamentos anti-eméticos aproximadamente una hora antes de la toma de la anticoncepción de emergencia, por su parte, es capaz de reducir la náusea en una cuarta parte y

el vómito en más de la mitad de los casos. Otros efectos secundarios descritos, pero con menor frecuencia, incluyen: cefalea, vértigo y mastodinia. Por lo general, los síntomas son de corta duración y auto-limitantes, es decir ceden aún sin tratamiento entre las 24 y 36 horas posteriores a la toma. ⁽¹⁹⁾

Prácticamente todas las mujeres, aún aquellas que no deberían tomar pastillas anticonceptivas de rutina, pueden recurrir a los métodos hormonales de emergencia, sin que existan contraindicaciones para su uso ocasional. La seguridad relacionada con el uso de la anticoncepción de emergencia reside en el tiempo muy corto del tratamiento y la baja dosis total administrada (20% y 35% de una caja de pastillas anticonceptivas de "alta" y "baja" dosis respectivamente). ⁽²⁰⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la única contraindicación absoluta a las anticoncepción de emergencia combinadas (categoría 4) está representada por "un embarazo confirmado", ya que no tendrían ninguna indicación terapéutica en este caso; sin embargo, aclara que no existen riesgos para la salud de la madre o del producto en caso de toma de la anticoncepción de emergencia durante un embarazo. Otras condiciones médicas, como antecedentes de tromboembolia, de accidente vascular cerebral o episodios activos de migraña severa, son clasificadas por la OMS como categoría 2, es decir se consideran precautorias. La OMS reafirma, además, sobre la ausencia de efectos teratogénicos de la anticoncepción de emergencia en casos de fallas del método. La plausibilidad biológica radica en el hecho de que el tratamiento se administra mucho antes de que inicie la organogénesis y de hecho, antes de que ocurra la implantación, ⁽²¹⁾ de ahí que sea capaz de prevenir un embarazo, mas no de interrumpirlo. ⁽²²⁾

El esquema anticonceptivo a base de progestina sola consiste en una dosis total de 1.5 mg de levonorgestrel, en dos dosis divididas de 0.75mg cada una. De la misma forma que para la anticoncepción de emergencia combinada, la primera dosis deberá tomarse tan pronto como sea posible, dentro de las primeras 72 horas poscoito y la segunda, 12 horas después. Los posibles mecanismos de acción son similares a los propuestos para la anticoncepción de emergencia

combinada, aun cuando los efectos a nivel del endometrio parece ser más pronunciados. ⁽²³⁾

Un condón impide que los espermatozoides entren en contacto con el interior de la vagina donde podrían llegar hasta el óvulo. El condón masculino es una cubierta delgada que se ajusta sobre el pene erecto del hombre, de caucho vulcanizado, látex o poliuretano, de 50 a 80 micras de grueso. El extremo cerrado tiene una parte que sobresale un poco destinada a servir de reservorio del semen en el momento de la eyaculación. El extremo abierto finaliza con un borde más grueso destinado a mantener el preservativo en posición. El aspecto del preservativo puede variar ya que el material usado puede ser opaco, transparente o de color y su textura lisa o finamente estriada. Asimismo, se pueden encontrar preservativos con distintos aromas y no lubricados o lubricados (el producto lubricante de éstos últimos suele ser un espermicida). Ha sido descrito por la FDA hasta un 7% de casos de alergia al látex, por lo que se han ido probando nuevas opciones como el Tactylon®, que es un polímero sintético empleado en los guantes quirúrgicos hipoalergénicos. Su vida media es más larga y no se deterioran fácilmente con el calor. Su uso parece dar la sensación del coito sin preservativo; el poliuretano es más resistente que el látex a la luz, al calor y a los lubricantes, y permite una mayor sensibilidad en la relación y el elastómero termoplástico, que es una barrera mucho más eficaz frente a distintos tipos de virus. ⁽²⁴⁾

Como contraceptivo su eficacia es muy variable según diversos autores ya que las tasas de eficacia varían de 0,8 al 22% mujeres/año. En este método se acepta que hay una gran diferencia entre la eficacia teórica (0,5 a 2% de embarazos/100) mujeres/año/uso y el uso típico del 8 a 14% según la población estudiada. En general se acepta que es inferior al 5% mujeres/año cuando se usa correctamente. Las tasas de eficacia se relacionan con la edad de los usuarios, con la frecuencia de uso y sobre todo con la calidad del uso. También es evidente que es importante la calidad de fabricación. Cuando se asocian a espermicidas su

eficacia aumenta. Los espermicidas pueden estar asociados al mismo preservativo o puede añadirse en el momento del coito tanto por el hombre como por la mujer. La tasa de rotura del preservativo oscila entre el 0,5-3%. ⁽²⁵⁾

En general, puede haber cifras variables en la prevalencia del uso de la anticoncepción de emergencia y del condón entre adolescentes dependiendo del medio o la región estudiada, así tenemos que de acuerdo con las cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENUSAT 2012), el 90% de la población de 12 a 19 años de edad a nivel nacional reportó conocer o haber escuchado hablar de alguno de estos métodos, cifra superior a la reportada en la ENSANUT 2006 de 82% y en la ENSANUT 2000 de 69%. El 84.5% utilizan el condón masculino, con un porcentaje mayor entre hombres en relación con mujeres, 88.1 y 80.8%, respectivamente. El 78 % de adolescentes de ambos sexos utilizan condón masculino para evitar embarazo e infecciones de transmisión sexual. El porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que han iniciado vida sexual alcanza 23%, con una proporción mayor en hombres con 25.5%, en relación con las mujeres, con 20.5%. Esta cifra es superior a la reportada en la ENSANUT 2006, que reportó 15% de adolescentes de entre 12 y 19 años que habían iniciado vida sexual, 17% entre los hombres y 14% entre las mujeres, y a la de la ENSANUT 2000, que registró 17% para el total, 17.5% entre los hombres y 16% entre las mujeres. Del total de adolescentes sexualmente activos, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual. Entre los métodos más utilizados por este grupo de edad se ubica el condón, con 80.6%, y cerca de 6.2% indicó el uso de hormonales.

En las mujeres, la utilización reportada es menor: 61.5% mencionó que su pareja usó condón y 7.3% usó hormonales. En cuanto a la utilización de métodos por grupos de edad en la primera relación sexual, en los hombres se observa un mayor porcentaje en el uso de condón en los adolescentes de 12 a 15 años de edad, mientras que en mujeres el uso es similar por grupos de edad. El uso de

hormonales en las mujeres más jóvenes en su primera relación sexual resultó ser tres puntos porcentuales mayor que en el grupo de 16 a 19 años de edad. En la última relación sexual el uso de métodos anticonceptivos sigue una tendencia similar a la de la primera relación, aunque con algunas variaciones. Por ejemplo, el condón disminuyó en el total de adolescentes, por grupos de edad y en hombres; en mujeres la disminución en la utilización del condón masculino es más pronunciada y se observa un leve incremento en el uso de hormonales y de otros métodos. ⁽²⁶⁾

Es perceptible que en nuestro país existe una brecha entre el conocimiento y el uso de estos métodos anticonceptivos de emergencia. ⁽²⁷⁾

Para lograr que la anticoncepción de emergencia tenga un impacto potencial en la salud reproductiva de los/las adolescentes, se requiere no sólo de su difusión sino también de la construcción de un puente que facilite su acceso. ⁽²⁸⁾

Aun no queda claro cuáles serían las ventajas de la accesibilidad de los anticonceptivos de emergencia. Algunos estudios muestran que no hay reducción de los embarazos no planificados, aunque si hay una reducción en el tiempo entre la relación de riesgo y la toma del comprimido lo que significa un aumento de la efectividad de la pastilla. ⁽²⁹⁾

Como sea, es difícil demostrar la frecuencia de uso de la metodología anticonceptiva y sus consecuencias en virtud de ser una población difícil de entrevistar ya sea por prejuicios alrededor de admitir su uso o por la renuencia social a que los jóvenes hagan uso de aquellos. De ahí que existan grandes diferencias en las variables estudiadas y gran número de instrumentos diseñados para tal fin. Percibimos en nuestra práctica diaria sin embargo, dada la apertura que ha existido en nuestro país en relación a esta metodología y la introducción de la anticoncepción de emergencia en el cuadro básico de medicamentos, que es importante iniciar los estudios sobre las actitudes de los jóvenes en el uso de las mismas ya que no existen estudios suficientes en nuestro país a fin de disponer de

información suficiente y necesaria que permita tomar medidas sobre el inminente riesgo que podría existir de un incremento de las relaciones sexuales sin protección entre jóvenes, tal como lo han sugerido algunos estudios. ^(30,31)

Para lo comentado con anterioridad, hemos decidido llevar a cabo una encuesta entre jóvenes y para ello hemos elegido la encuesta diseñada por Hee Sun Kang y su equipo, quienes la han usado ampliamente en diversos estudios llevados a cabo en Corea siendo ya validada en dichos estudios, resultando en un alfa de Cronbach global de 0,88. En ella se revisan aspectos sobre el conocimiento de los jóvenes acerca del condón y de los anticonceptivos de emergencia, también revisa algunos aspectos sobre las actitudes hacia estos métodos y finalmente da la oportunidad de conocer la frecuencia de su uso. Tiene la ventaja de ser auto aplicada, es sencilla de completar y se realiza de manera anónima para reducir el efecto de los prejuicios que puedan existir sobre el tema.

(32)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En nuestro nivel de atención medica atendemos un promedio de 1 a 2 consultas de adolescentes por mes para solicitud de orientación y de algún método anticonceptivo, la cobertura de uso de métodos anticonceptivos es baja en este grupo de edad entre los adolescentes, lo que incide en el incremento de embarazos no deseados, que resulta en un 2 a 3 % del total de embarazadas en control prenatal y vigilancia en nuestro medio, además de que el embarazo en la adolescente se considera como de alto riesgo. ^(2,3)

La solicitud de método anticonceptivo más prevalente entre los adolescentes son los usuarios de preservativos en este grupo de edad (16 a 19 años) y en menor proporción los solicitantes de anticoncepción de emergencia. Se desconoce sin embargo, la frecuencia de su uso y las actitudes ante dichos métodos. ^(26,30)

A pesar de que existe un Programas en Salud Reproductiva en el área de Planificación Familiar, se desconoce el grado de conocimiento, las actitudes ante estos métodos y sobre todo la prevalencia de uso del condón y anticoncepción de emergencia entre los adolescentes de nuestro medio, máxime si consideramos que estos métodos son accesibles en cualquier farmacia sin receta médica.

Por lo anterior, nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES E INTENCION DE USO DEL CONDON Y DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA ENTRE LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE TAMUIN SLP?

1.3 JUSTIFICACION.

El embarazo en las adolescentes en México tiene una tendencia a la alza imparable, de acuerdo con las estadísticas de natalidad del INEGI en el 2011 nacieron en el país 2.58 millones de niñas y niños; de ellos 473 mil de madres menores de 19 años de edad. Esta cifra equivale a 18.4%, es decir, prácticamente uno de cada 5 nacidos vivos en el 2011 son hijos e hijas de madres adolescentes. La tasa de fecundidad en 2011, de las mujeres entre 12 y 19 años, fue de 37 nacimientos por cada 1 000 mujeres y de éstas hasta 40% no planearon ni desearon el embarazo. ⁽³⁹⁾

El aumento en la demanda de consulta para control prenatal de mujeres adolescentes embarazadas ha incrementado de manera indirecta, los riesgos de morbi-mortalidad materna inherente a este embarazo considerado como de alto riesgo. ^(37,38)

Esto se traduce en un bajo impacto de los programas de prevención y promoción en la salud reproductiva en la adolescente a pesar de la repartición indiscriminada de preservativos a esta población y de la disponibilidad de los módulos gratuitos de asesoría de Planificación Familiar en las diferentes instancias públicas. Las principales limitaciones ante el uso de la anticoncepción de emergencia en adolescentes se relacionan con los rasgos de conducta de aquellos, con mitos, creencias y prejuicios y con las actitudes que los jóvenes tienen hacia estos métodos y su sexualidad. ⁽²⁸⁾

Pero respecto a este último aspecto, debemos mencionar que carecemos en absoluto de información concerniente hacia cuanto conocen los jóvenes de la metodología anticonceptiva de emergencia y del condón, cuales son las actitudes ante estos métodos y que tan frecuentemente usan estos métodos. Los

adolescentes son un grupo etario del que desconocemos todo lo relativo a su salud reproductiva incluso que tanto ejercen su sexualidad.

Todo lo anterior repercute hacia medidas de prevención ineficientes en el embarazo adolescente por lo que conocer estos rasgos podría ayudar a re-enfocar las líneas de prevención de los programas de salud reproductiva. De ahí la importancia del presente estudio.

1.4 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el nivel de conocimientos, actitudes e intención de uso del condón y de la anticoncepción de emergencia entre los adolescentes del bachillerato de Tamuín SLP.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre el condón y anticoncepción de emergencia entre adolescentes
- Determinar las actitudes frente al condón y la anticoncepción de emergencia entre adolescentes
- Determinar el nivel de uso del condón y la anticoncepción de emergencia entre adolescentes
- Categorizar el nivel de conocimiento, las actitudes y el uso del condón y la anticoncepción de emergencia según género.

1.5 HIPOTESIS

H0: Los conocimientos, actitudes e intenciones de uso del condón y de anticonceptivos de emergencia de los adolescentes de bachillerato de Tamuín, son menores a los de los jóvenes del resto del país.

Ha: Los conocimientos, actitudes e intenciones de uso del condón y de anticonceptivos de emergencia de los adolescentes de bachillerato de Tamuín, son similares en relación a los jóvenes del resto del país.

2. MATERIAL Y METODOS.

UNIVERSO

Colegio de bachilleres plantel 22 (COBACH NUM.22), Centro de bachillerato Tecnológico agropecuario num.121 (CBTa # 121), en el municipio de Tamuín, San Luis Potosí, S.L.P.

POBLACION

Estudiantes hombres y mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años pertenecientes a las escuelas de bachillerato antes mencionadas.

SUJETOS Y LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en escuelas de Bachillerato en el Municipio de Tamuín San Luis Potosí, SLP. Mediante la aplicación de una encuesta, a los estudiantes adolescentes.

LIMITE DE TIEMPO

Junio a Diciembre del año 2014

ESPACIO

Aulas Académicas de las escuelas de bachillerato en el municipio de Tamuín , San Luis Potosí, SLP.

DISEÑO

Estudio con diseño de encuesta transversal

1. Por el control de la maniobra: OBSERVACIONAL
2. Por la captación de la información: PROSPECTIVO
3. Por la medición en el tiempo: TRANSVERSAL
4. Por finalidad del estudio: ANALITICO

2.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes matriculados en los colegios de nivel bachillerato o nivel medio superior
- Que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Que no acudan a clases el día de la aplicación del cuestionario
- Que declinen participar en la encuesta

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios en blanco o con respuestas ilógicas o repetidas

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La tamaño de la muestra significativa está constituida por 283 alumnos de la totalidad de alumnos del bachillerato

	$N z^2 p q$
$n =$	$\frac{N z^2 p q}{d^2 (N-1) + z^2 p q}$

N = Total de la población de estudiantes adolescentes=4200

Z^2 = para un nivel de confianza es del 95% (nivel de seguridad) = 1.96

p = proporción esperada ó estimada de conocimientos, actitudes e intención de uso (en este caso $27\% = 0.27$)

$q = 1 - p$ (en este caso $1-0.27 = 0.73$)

d = error de precisión (en este caso deseamos un 5%)= 0.05

2.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Dependientes:

- Conocimiento sobre el condón
- Conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia
- Actitudes frente al condón
- Actitudes frente a la anticoncepción de emergencia
- Intención en el uso de condón
- Intención en el uso de anticoncepción de emergencia
- Edad de inicio de vida sexual activa
- Frecuencia de relaciones sexuales
- Uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual
- Frecuencia del uso del condón
- Frecuencia del uso de la anticoncepción de emergencia

Variables Independientes

- Adolescentes

Variables de control:

- Edad
- Sexo

TABLA 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	CATEGORÍAS
Conocimiento sobre el condón	Dependiente	Saberes que se tienen en relación al modo de empleo, indicaciones, limitaciones, efectividad, del condón en relación a su uso como método anticonceptivo	Respuestas a las preguntas 40 a la 44 del cuestionario auto aplicado	Cualitativa	1) sí 2) no 3) no sé
Conocimiento sobre la Anticoncepción de emergencia	Dependiente	Saberes que se tienen en relación al modo de empleo, indicaciones, limitaciones, efectividad, de los preparados hormonales indicados en relaciones sexuales de riesgo para un embarazo	Respuestas a las preguntas 28 a la 39 del cuestionario auto aplicado	Cualitativa	1) sí 2) no 3) no sé
Actitudes frente al condón	Dependiente	Posturas y valores que se tienen en relación al uso del condón como método anticonceptivo	Respuestas a las preguntas 13 a la 27 del cuestionario auto aplicado	Cualitativa	1) Muy en desacuerdo 2) Desacuerdo 3) Indiferente 4) De acuerdo 5) Muy de acuerdo
Actitudes frente a la Anticoncepción de emergencia	Dependiente	Posturas y valores que se tienen en relación al uso de los preparados hormonales indicados en relaciones sexuales de riesgo para un embarazo	Respuestas a las preguntas 1 a la 12 del cuestionario auto aplicado	Cualitativa	1) Muy en desacuerdo 2) Desacuerdo 3) Indiferente 4) De acuerdo 5) Muy de acuerdo
Intención en el uso del condón	Dependiente	conductas que se tienen en relación al uso del condón como método anticonceptivo	Respuesta a la pregunta sobre que método usó en su primera relación y con qué frecuencia usa condón	Cualitativa	1) No ha usado nunca 2) Solo 1 vez en la vida 3) 2 o más veces en la vida 4) En menos de la mitad de las relaciones 5) En más de la mitad de las relaciones 6) En todas sus relaciones
Intención en el uso de anticoncepción de emergencia	Dependiente	Conductas que se tienen en relación al uso de los preparados hormonales indicados en relaciones sexuales de riesgo	Respuesta a la pregunta sobre que método usó en su primera relación y con qué frecuencia usa anticonceptivos de emergencia	Cualitativa	1) No ha usado nunca 2) Solo 1 vez en la vida 3) 2 o más veces en la vida 4) En menos de la

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	CATEGORÍAS
		para un embarazo			mitad de las relaciones 5) En más de la mitad de las relaciones 6) En todas sus relaciones
Edad	Control	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento concreto	Años cumplidos de haber nacido, referidos por la persona encuestada cuando se le pregunta su edad	Cuantitativa	1) 15 a 16 años 2) 17 a 18 años 3) 19 y más
Sexo	Control	Condición de diferencia con respecto a la reproducción de la especie	Sexo referido por la persona y consignada en el expediente clínico	Cualitativa	1) Masculino 2) Femenino
Frecuencia de relaciones sexuales	Dependiente	Conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual o con fines reproductivos	Número de actos o prácticas sexuales por cada individuo encuestado en un determinado lapso de tiempo	Cualitativa	1) Ninguna vez 2) 1 vez en la vida 3) 2 o más veces en la vida 4) Regularmente 1 vez al mes 5) Regularmente 1 vez por semana 6) Varias veces por semana
Edad de inicio de vida sexual	Dependiente	Edad en la que consume su primer coito	Edad consignada por el individuo en la que tuvo su primera relación sexual	Cuantitativa	1) Antes de los 14 años 2) 14 a 15 3) 15 a 16 4) 17 a 18 5) 19 y más
Uso de método de planificación en la primera relación sexual	Dependiente	Práctica ó acción de emplear algún método anticonceptivo en el primer coito	Respuesta de la pregunta 48 del cuestionario auto aplicado	Cualitativa	1) SI 2) No
Frecuencia de uso del condón	Dependiente	Número de veces en la que se repite el uso del condón como método anticonceptivo	Respuesta de la pregunta 49 del cuestionario auto aplicado	Cualitativa	1) No ha usado nunca 2) Sólo 1 vez en la vida 3) 2 ó más veces en la vida 4) Con menos de la mitad de mis relaciones 5) Con más de la mitad de mis relaciones sexuales 6) En todas mis relaciones sexuales
Frecuencia de uso de anticonceptivo	Dependiente	Número de veces en la que se repite el uso de los preparados hormonales indicados	Respuesta de la pregunta 50 del cuestionario auto aplicado	Cualitativa	1) No ha usado nunca 2) Sólo 1 vez en la vida 3) 2 ó más veces

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	CATEGORÍAS
de emergencia		en relaciones sexuales de riesgo para un embarazo			<p>en la vida</p> <p>4) Con menos de la mitad de mis relaciones</p> <p>5) Con más de la mitad de mis relaciones</p> <p>6) En todas mis relaciones sexuales</p>

2.3 INSTRUMENTO.

El cuestionario incluyó la medición de características demográficas, la intención de uso, conocimientos y las actitudes hacia el uso de Anticoncepción de Emergencia y condones. Las variables demográficas que se midieron incluyeron edad, género, experiencia de relaciones sexuales y el uso de Anticoncepción de Emergencia y condón.

Para determinar la intención de utilización de condón o anticoncepción de Emergencia, los encuestados fueron clasificados en base a la aplicación de preguntas directas ante el uso de condón, anticoncepción de emergencia o ambos. La medición de la actitud hacia los anticonceptivos de emergencia se midió utilizando las primeras 12 preguntas de la escala desarrollada por Kang (2005), cada pregunta representa una información acerca de los anticonceptivos de emergencia con una puntuación de 5, en una escala tipo "LIKER" que va de "muy en desacuerdo" (marcado como 1) hasta "Totalmente de acuerdo" (marcado como 5). La escala también consiste en tres sub-escalas que son "el miedo de un mal uso de la anticoncepción de emergencia" (de la 1 a la 5), "fácil accesibilidad" (de la 6 a la 9) y los "problemas de salud" (de la 10 a la 12). Los elementos se sumaron para la puntuación total, con posibilidad de puntuaciones que van de 12 a 60, las puntuaciones altas indicaron una actitud más favorable hacia la anticoncepción de emergencia.

La actitud hacia el uso de preservativos se midió con la escala de actitud ante el condón con 15 preguntas desarrollado por Kang y Chang (2004). Con el mismo sistema de respuesta y puntaje que el anterior segmento. La escala consta de tres sub-escalas siendo éstas: "la interrupción del placer sexual" (de la 13 a la 19), "protección" (de la 20 a la 24), y la "imagen" (de la 25 a la 27). Las posibles puntuaciones oscilan entre 15 a 75 puntos, con un mayor puntaje de resultados indicando una visión más positiva de la utilización de preservativos.

El conocimiento sobre el uso de anticoncepción de emergencia se midió con la escala desarrollada por Kang (2005) utilizando 17 preguntas. Cada

pregunta es una declaración acerca de la anticoncepción de emergencia y del condón con tres opciones de respuesta de “verdad”, “falsa” o “no seguro”. La puntuación total se calculó sumando los números de respuestas correctas, la puntuación más alta se correlacionó con un mayor conocimiento acerca de los anticonceptivos de emergencia.

2.4 PROCEDIMIENTO:

Para la realización del presente estudio, se hizo una visita a las escuelas de bachillerato en Tamuín SLP, con el fin de concertar las fechas y permisos correspondientes con los directores de cada escuela, a su vez se les explicó a dichas autoridades, el objetivo y procedimiento del proyecto en cuestión.

Se concertó reuniones con los profesores para explicarles los pormenores del estudio. También se realizaron reuniones con los padres de familia para explicarles las características de la encuesta.

Se calendarizaron las visitas a las escuelas para llevar a cabo la aplicación de cuestionarios a los estudiantes.

Para las actividades se destinaron tres días por cada escuela en la que se aplicó el cuestionario.

En una primera visita se les repartió una hoja de consentimiento informado a efecto de que ésta fuera llevada a sus padres o tutores para firma. En dicho consentimiento se solicitó autorización a los padres para la aplicación del cuestionario a su hijo.

Al día siguiente, se acudió a la misma escuela para que se recolecten las hojas de consentimiento debidamente firmadas. Sólo se aplicó el cuestionario a quien proporcionó la hoja de consentimiento debidamente firmada por el padre o tutor. El cuestionario fue auto respondido. Se dieron 60 minutos máximos para ser respondida. Se llevaron urnas que fueron colocados al interior del salón en el que se estuvo aplicando el cuestionario a efecto de que los alumnos que concluyeran depositaran su cuestionario.

Para los que tuvieron pendiente la firma de autorización, se les dio la oportunidad de traerla al tercer día y solo hasta ese día se le aplicó el cuestionario. Las urnas se abrieron al término de la encuesta por cada escuela visitada.

2.5 ANALISIS DE DATOS:

La captura se llevó a cabo en el programa Excel de Microsoft Office® versión 2010 para entorno Windows®, para luego ser exportada al programa Epi Info® versión v. 6.04d (distribuido por el Centers of Disease Control and Prevention [CDC] de E.U.A., a través de <http://www.cdc.gov>).

Se calcularon frecuencias por cada subcategoría y por cada pregunta según edad y sexo. Para la comparación de subgrupos se calculó la Chi cuadrada con valores de probabilidad $p < 0.5$. Se calculó la relación entre las respuestas de hombres y de mujeres mediante el índice de concordancia kappa.

2.6 CONSIDERACIONES ETICAS:

Según las últimas reformas (DOF-30-12-2009), el presente estudio cumple con la Ley General de Salud, en el Título Segundo “Sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, en su capítulo I, artículos 13 a 18 y artículos 20 a 23; Título Cuarto “Recursos Humanos para los Servicios de Salud”, Capítulo I “Profesionales, Técnicos y Auxiliares”, Artículo 79; y del Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100; Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100, que establece las bases para la investigación en seres humanos. Está relación con lo estipulado en el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki cuyo principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), a quien se le otorga el derecho a tomar

decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo su participación en la investigación.⁽³⁵⁾

El presente estudio es una investigación “sin riesgo” para la integridad física, y que no implica daño psicológico y social de los participantes ya que se realizó mediante la aplicación de encuestas en forma anónima. La información recolectada se manejó de forma confidencial y sólo fué manejada de forma no nominal por los propios investigadores. Nadie más tuvo acceso a la investigación.⁽³⁶⁾

Los beneficios a largo plazo, ayudarán a realizar o continuar estudios prospectivos para conocer el comportamiento y costumbres de los usuarios de métodos anticonceptivos. La confidencialidad de los datos obtenidos de dichas encuestas, estuvieron bajo resguardo y protección del investigador; Una vez concluida la investigación los datos recabados y manejados en la misma fueron destruidos. Los datos resultantes del análisis fueron considerados como una evaluación poblacional, y servirán como base para estudios futuros.

2.7 RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS.

La planeación, revisión, difusión, y desarrollo del presente estudio se realizó por medio de recursos económicos, humanos y materiales propios de los investigadores, o del producto de sus gestiones ante quién de manera desinteresada y sin fines de lucro y sin esperar retribución económica ó publicitaria, pudieron contribuir.

Los autores y revisores del presente trabajo declararon tampoco recibir financiamiento parcial o total ni apoyos materiales, de parte de instituciones u organismos públicos y/o privados, por lo que no se presentaron conflictos de intereses financieros, profesionales, institucionales ni personales.

Tanto los recursos materiales que estuvieron constituidos por equipo de cómputo y software, así como el material de oficina, fotocopias y vehículos de transporte fueron provistos por los propios investigadores.

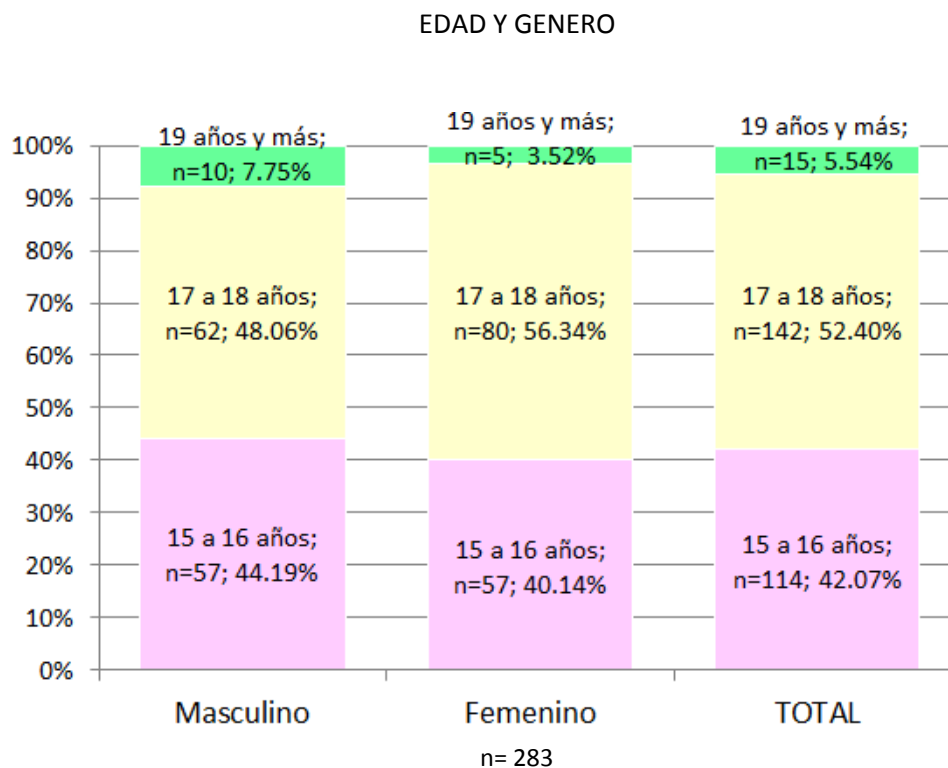
Los recursos humanos fueron constituidos por los sujetos de estudio, el alumno quien efectuó el postgrado en medicina familiar, dos médicos familiares con experiencia en investigación, uno fungió como asesor temático, y otro como asesor metodológico, además un médico pediatra con experiencia en investigación y estadística, fungió como asesor estadístico.

RECURSOS MATERIALES.	CANTIDAD	COSTO EN PESOS.
Hojas blancas papel bond tamaño carta	2000	1000
Computadora portátil	1	9500
Impresora	1	1500
Memoria USB	1	250
Cartucho tinta negra y color	4	1000
Copias fotostáticas	500	250

3. RESULTADOS.

Fueron encuestados un total de 283 jóvenes de entre 15 a 21 años pertenecientes al nivel bachillerato de Tamuín SLP. De ellos, 47.6% pertenecen al sexo masculino y 52.4% pertenecen al sexo femenino. La mayoría corresponden al grupo de 17 a 18 años. La gráfica 1 muestra la distribución de la población estudiada según edad y género.

GRAFICA No. 1

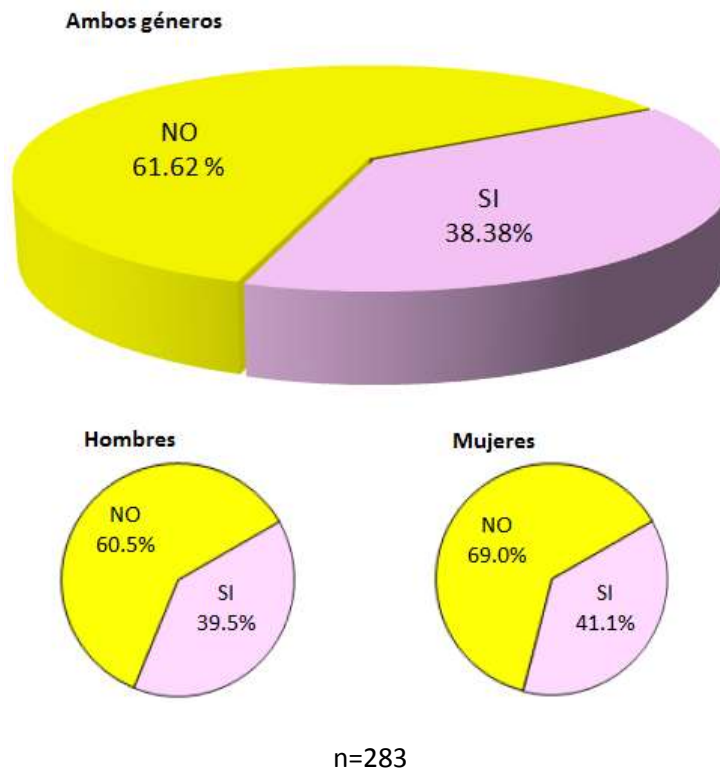


Fuente: Ficha de identificación

En general, 38.38% (n = 104) de los jóvenes refirieron haber iniciado vida sexual activa al momento de la aplicación de la encuesta. Aunque la prevalencia de inicio de vida sexual activa es ligeramente más alta en el género femenino en comparación con el masculino (41.09% vs 39.53% respectivamente), esta diferencia no es significativa ($p = 0.709$, gráfica 2).

Si consideramos únicamente a los jóvenes que han referido haber iniciado vida sexual, tenemos que el 56.73% de estos jóvenes mencionaron el uso de algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, mientras que el 43.27% de los jóvenes refirió no haber usado ningún método. Las mujeres son quienes tuvieron el mayor índice de uso de metodología en la primera relación en comparación con los hombres (60.38% de las mujeres vs el 52.94% de los hombres), no siendo esta diferencia significativa ($p = 0.443$; Tabla 1))

Grafico 2. Inicio de relaciones sexuales según género



Fuente: Cuestionario sobre conocimientos y actitudes en relación al condón y anticonceptivos de emergencia

La prevalencia del uso de condón alguna vez entre el grupo de jóvenes que han tenido relaciones sexuales fue de un 40.38%. Sólo hay un ligero predominio de mayor uso entre el género masculino en relación al femenino en el uso de condón alguna vez, aunque no existe diferencia significativa (41.18% vs 39.62%, $p = 0.872$; Tabla 1).

Por otro lado, la prevalencia del uso de anticonceptivos de emergencia alguna vez entre los jóvenes que han referido relaciones sexuales es de 23.08%. Tampoco existen diferencias en el uso de esta metodología por género (27.45% en hombres y 18.87% en mujeres; $p = 0.294$; Tabla 1).

	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Uso de MPF en la primera relación sexual						
Si	27	52.94	32	60.38	59	56.73
No	24	47.06	21	39.62	45	43.27
Subtotal	51	100.00	53	100.00	104	100.00
Uso de condón alguna vez						
Si	21	41.18	21	39.62	42	40.38
No	30	58.82	32	60.38	62	59.62
Subtotal	51	100.00	53	100.00	104	100.00
Uso de Anticonceptivo de emergencia						
Si	14	27.45	10	18.87	24	23.08
No	37	72.55	43	81.13	80	76.92
Subtotal	51	100.00	53	100.00	104	100.00

n=283

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos y actitudes en relación al condón y anticonceptivos de emergencia

La tabla 2 resume los principales hallazgos en relación a la actitud de los jóvenes ante los métodos anticonceptivos estudiados. En ella podemos apreciar que 72.7% de los jóvenes tienen una actitud favorable a muy favorable ante el uso de los anticonceptivos de emergencia, proporción que permanece básicamente igual cuando se consideran a hombres y mujeres por separado (74.4% y 71.1% respectivamente) sin que exista diferencias significativas para ambos sexos ($p=0.055$). Por el contrario, este nivel de actitud ante el condón es un poco menos frecuente (58.3%) con una mayor frecuencia de actitudes favorables a muy favorables entre los hombres (63.6%) que entre las mujeres (53.5%) siendo esta diferencia significativa ($p=0.01$).

En relación a los conocimientos sobre la metodología anticonceptiva antes comentada, se tiene un nivel reprobatorio (calificación menor a 5) en el 65.6% de los jóvenes sin que existan diferencias según género (71.3% en hombres vs 60.56% en mujeres; $p=0.10$; Tabla 2).

Las Tablas 3 y 4 muestran la comparación de las medias para cada ítem según género en las encuestas sobre actitudes. Las diferencias más significativas se obtuvieron en los ítems 6,7, 8 y 12 de la encuesta sobre el uso de anticonceptivos de emergencia y en el ítem 11 de la encuesta sobre uso de condón. Para los primeros ítems, los relativos a la actitud hacia los anticonceptivos de emergencia, hubo una mejor actitud en los hombres con respecto a las mujeres mientras que para el ítem sobre el uso de condón hubo una mejor actitud entre las mujeres.

La Tabla 5 muestra las diversas correlaciones entre las variables. En ella podemos apreciar que prácticamente no existe correlación entre la actitud hacia el uso de algún método anticonceptivo y los conocimientos que de él puede tener. Esto sin importar si ha iniciado vida sexual, si ha usado alguna vez anticoncepción de emergencia o si ha usado alguna vez condón.

Tabla 2. Actitud y conocimiento según género

	Masculino		Femenino		Total	
Actitud ACE	n	%	n	%	n	%
Muy desfavorable	6	4.65	9	6.34	15	5.54
desfavorable	27	20.93	32	22.54	59	21.77
Favorable	84	65.12	73	51.41	157	57.93
Muy favorable	12	9.30	28	19.72	40	14.76
Subtotal	129	100.00	142	100.00	271	100.00
Actitud C	n	%	n	%	n	%
Muy desfavorable	5 *	3.88	10 *	7.04	15	5.54
desfavorable	42 *	32.56	56 *	39.44	98	36.16
Favorable	75 *	58.14	57 *	40.14	132	48.71
Muy favorable	7 *	5.43	19 *	13.38	26	9.59
Subtotal	129	100.00	142	100.00	271	100.00
Calificación de los Conocimientos ACE y C	n	%	n	%	n	%
menos de 5	92	71.32	86	60.56	178	65.68
5 a 6	27	20.93	46	32.39	73	26.94
7 a 8	10	7.75	10	7.04	20	7.38
9 a 10	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Subtotal	129	100.00	142	100.00	271	100.00

* p < 0.05 n=283

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos y actitudes en relación al condón y anticonceptivos de emergencia

Tabla 3. Estadísticos por ítem relacionado a la actitud ante el uso de anticonceptivos de emergencia, según género

Ítems	Total		Masculino		Femenino		p=
	n	±DS	n	±DS	n	±DS	
La mayoría de los hombres y mujeres serán irresponsables si los AE están disponibles fácilmente	2.97	1.31	2.89	1.31	3.04	1.32	0.18
Los AE podrían incrementar la promiscuidad (Tener varias parejas sexuales)	3.09	1.18	3.07	1.06	3.11	1.28	0.40
Los AE podrían causar enfermedad de transmisión sexual o SIDA, debido al NO uso de preservativos	3.43	1.34	3.36	1.27	3.49	1.39	0.21
Si los AE se obtienen sin receta médica, por lo que su uso podría ser objeto de abuso	3.33	1.32	3.20	1.30	3.44	1.33	0.07
La gente será descuidada (Sobreuso) ante el uso anticipado de la anticoncepción de emergencia	3.15	1.31	3.02	1.28	3.27	1.34	0.05
El acceso a los AE debería de ser fácil	3.32	1.30	3.50	1.23	3.17	1.36	0.02*
Los AE deberían de estar disponibles sin receta médica	3.30	1.43	3.53	1.34	3.09	1.49	0.01*
Los AE deberían de ser baratos	3.32	1.36	3.49	1.31	3.18	1.39	0.03*
Los AE deberían de estar disponibles para todas las mujeres	3.44	1.31	3.46	1.29	3.42	1.34	0.41
Los AE pueden afectar un embarazo en el futuro	3.17	1.25	3.04	1.11	3.29	1.36	0.05
Los AE pueden ser perjudiciales para el organismo	3.21	1.23	3.08	1.19	3.32	1.26	0.05
Yo tengo miedo al uso de AE debido a sus efectos secundarios	3.28	1.25	3.12	1.21	3.42	1.27	0.02*

* p < 0.05 n=283

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos y actitudes en relación al condón y anticonceptivos de emergencia

Tabla 4. Estadísticos por ítem relacionado a la actitud ante el uso de condón, según género

	Total		Masculino		Femenino		p=
	n	±DS	n	±DS	n	±DS	
Actitud ante el uso de condón							
Los condones disminuyen el placer sexual	3.07	1.33	3.07	1.28	3.07	1.39	0.50
Los condones interrumpen el juego sexual y las caricias	2.83	1.23	2.96	1.19	2.72	1.26	0.05
Los condones interrumpen el acto sexual natural	3.15	1.27	3.11	1.22	3.19	1.31	0.30
Los condones disminuyen la intimidad emocional	2.79	1.21	2.83	1.17	2.75	1.24	0.30
Es molesto utilizar el condón	2.88	1.22	2.82	1.21	2.93	1.22	0.23
Yo no tengo idea de cómo utilizar el condón con mi pareja	2.79	1.23	2.71	1.28	2.86	1.18	0.15
Los condones son físicamente incómodos (Mala sensación)	2.85	1.20	2.84	1.12	2.87	1.27	0.42
El uso de condones demuestra una conducta de autoprotección	3.62	1.30	3.67	1.19	3.56	1.40	0.24
El uso de condones demuestra un cuidado para tu pareja	3.70	1.36	3.76	1.26	3.65	1.45	0.26
Los condones, a diferencia de los anticonceptivos orales, es que no tiene efectos secundarios	3.27	1.29	3.27	1.20	3.26	1.37	0.47
Es necesario utilizar condones para tener sexo	3.14	1.27	2.98	1.24	3.29	1.29	0.02*
Los condones son fáciles de utilizar	3.54	1.19	3.50	1.15	3.57	1.23	0.30
Es penoso para mí y/o mi pareja utilizar condones	2.78	1.20	2.72	1.20	2.83	1.20	0.23
Si yo uso o solicito utilizar condones, mi pareja pensará que soy promiscuo	2.65	1.17	2.61	1.15	2.68	1.19	0.33
Existe una imagen de promiscuidad asignado a la portación de condones	2.83	1.12	2.87	1.16	2.80	1.09	0.32

* p < 0.05 n=283

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos y actitudes en relación al condón y anticonceptivos de emergencia

Tabla 5. Correlación entre las variables actitud y conocimiento

	Actitud AE/Conocimiento		Actitud C/Conocimiento	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Con VSA	-0.1683	0.2907	-0.2079	-0.1092
Sin VSA	-0.0027	0.2255	-0.2001	0.2578
Condón alguna vez	-0.1813	0.4	-0.0073	0.1511
No uso Condón	-0.1798	0.2114	0.0422	-0.3956
ACE alguna vez	-0.3302	0.6987	0.0193	0.2566
No uso ACE	-0.1173	0.2099	-0.3625	-0.2691

n=283

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos y actitudes en relación al condón y anticonceptivos de emergencia

4. DISCUSION

Durante el periodo de la adolescencia, se producen importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. En términos de salud sexual y reproductiva los adolescentes son considerados una población de alta vulnerabilidad. Los riesgos y consecuencias negativas de las relaciones sexuales no protegidas en los adolescentes son motivo de preocupación nacional. ⁽³⁴⁾

Promover el conocimiento y uso de la anticoncepción de emergencia como derecho sexual y reproductivo es de excepcional importancia porque amplía las posibilidades de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número de hijos a tener. Sin embargo, proveer a los/ las adolescentes de información concreta sobre su uso adecuado genera grandes retos para los programas de salud sexual y reproductiva, especialmente por las controversias generadas en torno a este método. ⁽³³⁾

En la actualidad existen errores conceptuales de la anticoncepción de emergencia, que obstaculizan su uso, tales como; la percepción sociocultural de que es un método potencialmente abortivo ,que es un método promotor de conductas sexuales promiscuas, y que puede alterar la moral de una comunidad. ⁽²⁸⁾

Por el contrario, se ha señalado que la Anticoncepción de emergencia ahorra considerables gastos médicos al reducir embarazos no deseados, con una efectividad superior al 74%, además de los costos sociales que estos implican. Su fácil acceso a la adquisición de la píldora, y la ausencia de daño en la usuaria promueve una amplia divulgación entre la población joven. ⁽²⁸⁾

El objetivo del presente estudio fue evaluar el grado de conocimientos, actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia y condón en la población joven estudiantil vulnerable.

A nivel nacional, encontramos que en la literatura médica, existen escasos estudios que hayan explorado el conocimiento y la concepción hacia el uso de anticoncepción de emergencia y condón en la población adolescente.

Existen desde temas específicos como “Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios”, de la doctora Tapia-Curiel ⁽²⁸⁾ donde establece que casi la totalidad de la población estudiada ha escuchado algo sobre la anticoncepción de emergencia, pero apenas la mitad conoce su uso correcto y una cuarta parte mostró actitudes no favorables hacia éste método. ⁽²⁸⁾ De igual forma, en el estudio reportado por la doctora Leyva López sobre “Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos”, cuyos resultados indican que una gran proporción de estudiantes han escuchado acerca del método, pero menos de la mitad tiene conocimiento adecuado respecto a su uso. Además, los adolescentes hombres poseen menor información sobre aspectos básicos para la prevención de embarazos y las mujeres son quienes encabezan un alto porcentaje de un conocimiento correcto de anticoncepción de emergencia. ⁽³³⁾

Los resultados de este trabajo mostraron que el 38.38% del total de los jóvenes refirieron haber iniciado vida sexual activa al momento de la aplicación de la encuesta, con una prevalencia de inicio más alta en el género femenino en comparación con el masculino (41.09% vs 39.53% respectivamente).

De los jóvenes que refirieron haber iniciado vida sexual, tenemos que el 56.73% mencionaron el uso de algún método anticonceptivo en su primera relación sexual (60.38% de las mujeres vs el 52.94% de los hombres), mientras que el 43.27% de los jóvenes refirió no haber usado ningún método. Comparado con el estudio de la doctora Leyva López, ⁽³³⁾ donde el 26.27% usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual (16.12% mujeres vs el 10.15 hombres).

El principal método utilizado alguna vez, entre el grupo de jóvenes que han tenido relaciones sexuales fue el condón con un 40.38%, con un predominio

mayor para el género masculino con respecto al femenino (41.18% vs 39.62%). Por otro lado, la prevalencia del uso de anticonceptivos de emergencia alguna vez entre los jóvenes que han referido relaciones sexuales es de 23.08%. (27.45% en hombres y 18.87% en mujeres), comparado con el estudio de la doctora Leyva López, ⁽³³⁾ donde el principal método utilizado también fue el condón con 53.98% (23.30% hombres vs 30.68 mujeres) , En contraste con el uso de anticoncepción de emergencia, con una prevalencia del 3.4% (1% hombres vs 2.3% mujeres).

En relación a la actitud de los jóvenes ante los métodos anticonceptivos estudiados, encontramos que el 72.7% de los jóvenes tienen una actitud favorable a muy favorable ante el uso de los anticonceptivos de emergencia (74.4% hombres y 71.1% mujeres) sin que exista diferencias significativas ($p= 0.055$) para ambos sexos, caso similar con los resultados encontrados en el estudio de la doctora Tapia-Curiel ⁽²⁸⁾ , al comparar las actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia, no se encontraron diferencias significativas para ambos sexos(83.3% hombres vs 71.9% mujeres) ($p < \alpha = 0.05$), y la aceptación de la anticoncepción de emergencia fue mayor en hombres que en mujeres.

El 58.3% de los jóvenes tienen actitudes favorables a muy favorables ante el uso del condón, mayor entre los hombres (63.6%) que entre las mujeres (53.5%) siendo esta diferencia significativa ($p= 0.01$) entre ambos sexos. Esto probablemente se deba a que el condón es el método anticonceptivo más ampliamente utilizado por la población adolescente, dado a su mayor difusión, uso práctico, y fácil adquisición.

En cuanto a la evaluación de los conocimientos sobre la metodología anticonceptiva ya comentada, en más de la mitad de la población estudiada (65.6%), se tiene un nivel reprobatorio (calificación menor a 5), sin que existan diferencias significativas ($p= 0.10$) según el género (71.3% en hombres vs 60.56% en mujeres). A comparación del estudio de la doctora Tapia-Curiel donde los hombres mostraron mayores conocimiento y actitudes para su uso, comparado con las mujeres.⁽²⁸⁾

5. CONCLUSIONES.

Podemos concluir que menos de la mitad del total la población estudiada refirió haber iniciado vida sexual activa, en mayor proporción las mujeres que en los hombres.

De éstos jóvenes, quienes han iniciado vida sexual, poco más de la mitad mencionó haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, en mayor proporción las mujeres que los hombres. El método más utilizado fue el condón en mayor proporción hombres con respecto a las mujeres, y menos de la cuarta parte, utilizaron la anticoncepción de emergencia, en mayor proporción los hombres que las mujeres.

A pesar de que la mayoría de los jóvenes estudiados, presentaron actitud favorable a muy favorable hacia la anticoncepción de emergencia y poco más de la mitad, presentaron actitud favorable y muy favorable hacia la utilización del condón, más de la mitad de los jóvenes estudiados no tienen los conocimientos necesarios para su uso correcto.

Casi la totalidad de la población estudiada ha escuchado algo sobre la anticoncepción de emergencia, pero apenas menos de la mitad conoce su uso correcto y más de la cuarta parte mostró actitudes no favorables hacia éste método.

En cuanto al condón más de la mitad de la población ha escuchado hablar de éste método, pero menos de la mitad conoce su uso correcto, mostrando actitudes menos favorables hacia éste método.

5. SUGERENCIAS.

Promover el conocimiento y uso adecuado de la anticoncepción de emergencia y condón tanto en las instancias educativas como de salud, mediante la implementación de programas de educación sexual y reproductiva que desarrollen la formación de actitudes favorables hacia el uso de éstos métodos.

Es necesario realizar estudios para analizar las conductas sexuales de los adolescentes así como una revisión actualizada de guías de anticoncepción para diseñar programas dirigidos a la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

7.. BIBLIOGRAFÍA:

1. Falah-Hassany K. Emergency contraception among Finnish adolescents: awareness, use and the effect of non-prescription status. *BMC Public Health*. 2007;7:201
2. Godeau E, Nic Gabhainn S, Vignes C, et al. Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;162:66–73.
3. Raymond E, Taylor D, Trusell J, et al. Minimum effectiveness of the levonorgestrel regimen of emergency contraception. *Contraception*. 2004; (69): 79–81.
4. Jones, R.K., Darroch, J.E., Henshaw, S.K., Contraceptive use among US women having abortions in 2000–2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2002; 34 (6):294–303.
5. Arowojolu, A.O., Ilesanmi, A.O., Roberts, O.A., Okunola, M.A. Sexuality, contraceptive choice and AIDS awareness among Nigerian undergraduates. *African Journal of Reproductive Health*. 2002; 6 (2): 60–70.
6. Romo, L.F., Berenson, A.B., Wu, Z.H. The role of misconceptions on Latino women's acceptance of emergency contraceptive pills. *Contraception*. 2004; 69 (3):227–235.
7. Larsson, M., Eurenus, K., Westerling, R., Tyden, T. Emergency contraceptive pills in Sweden: evaluation of an information campaign. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2004; 111 (8): 820–827.
8. Free, C., Lee, R.M., Ogden, J. Young women's accounts of factors influencing their use and non-use of emergency contraception: in-depth interview study. *British Medical Journal*. 2002; 325 (7377): 1393.

9. Jones, R.K., Darroch, J.E., Henshaw, S.K. Contraceptive use among US women having abortions in 2000–2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2002; 34 (6): 294–303.
10. Langer, A., Harper, C., Garcia-Barrios, G., Schiavon, R., Heinburger, A., Elul, B., Renoso Delgado, S., Ellertson, C. Emergency contraception in Mexico city: what do health care providers and potential users know and think about it? *Contraception*. 2009; 60 (4):233–241.
11. Orellana, C. Chile agrees to emergency contraception for rape victims. *Lancet*. 2004; 363 (9422): 1707.
12. Belzer, M., Sanchez, K., Olson, J., Jacobs, A., Tucker, D. Advance supply of emergency contraception: a randomized trial in adolescent mothers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2005;18 (5): 347–354.
13. Walsh, T.L., Frezieres, R.G. Patterns of emergency contraception use by age and ethnicity from a randomized trial comparing advance provision and information only. *Contraception*. 2006; 74 (2): 110–117.
14. Jackson, R.A., Schwarz, E.B., Freedman, L., Darney, P. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception—a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*. 2003; 102 (1): 8–16.
15. Baiden, F., Awini, E., Clerk, C. Perception of university students in Ghana about emergency contraception. *Contraception*. 2002; 66 (1): 23–26.
16. Ajen, I., Fishbein, M.. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ. 2008.
17. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011, 83(5): 397–404

18. Gilda Piaggio, Nathalie Kapp, Helena von Hertzen . Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. 2011; Contraception; 84: 35-39.
19. Edith Weisberg, Ian S. Fraser. Rights to emergency contraception; International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2009; 106: 160-163.
20. Prabakar, A Webb - BMJ, Emergency contraception. British Medical Journal; 2012; 344:1-7.
21. World Health Organization. Medical eligibility for contraceptive use. 4 th Edition. 2009; 63 – 65.
22. David T Baird. Emergency contraception: how does it work? Reproductive BioMedicine Online. 2009;18: 32-36.
23. Meng CX , Marions L , Bystrořm B, and Gemzell-Danielsson K. Effects of oral and vaginal administration of levonorgestrel emergency contraception on markers of endometrial receptivity. Human Reproduction. 2010; 25: 874–883.
24. Debby Herbenick PhD, MPH· Vanessa Schick PhD· Michael Reece PhD, MPH. Characteristics of Condom and Lubricant Use among a Nationally Representative Probability Sample of Adults Ages 18–59 in the United States The Journal of Sexual Medicine. 2013; 10 :474–483.
25. Mahnaz R. Charania • Nicole Crepaz • Carolyn Guenther-Gray. Efficacy of Structural-Level Condom Distribution Interventions: A Meta-Analysis of U.S. and International Studies, 1998–2007. 2011; 15:1283–1297.
26. Romero MM, PhD, (1) Levy TS, D en SP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrici3n 2012: diseęo y cobertura. 2013;55: 332-340.

27. Walker D, Torres P, Gutiérrez JP, Flemming K, Bertozzi S. Emergency Contraception Use Is Correlated with Increased Condom Use among Adolescents: Results from Mexico. *Journal of Adolescent Health* 2004;35:329-334.
28. Tapia-Curiel A, Villaseñor-Farías M, Nuño-Gutiérrez BL. Knowledge and attitudes about using emergency contraceptives among young college students. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008;46(1):33-41.
29. Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, et al. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;2:CD005497.
30. Raymond EG, Stewart F, Weaver M, et al. Impact of increased access to emergency contraceptive pills: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2006;108:1098–106.
31. Marston C, Meltzer H, Majeed A. Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional surveys. *BMJ*. 2005;331:271.
32. Hee Sun Kang, Linda Moneyha. Use of emergency contraceptive pills and condoms by college students: A survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45: 775–78.
33. Leyva- López A, Chávez-Ayala R, Atienzo EE. Anticoncepción de emergencia en estudiantes Mexicanos. *Salud Pública de México/ vol.52 , no. 2 , marzo-abril de 2010*.
34. Sam-Soto S, Osorio Caballero M , Rodríguez- Guerrero RE. Comportamiento Sexual y anticoncepción en la adolescencia. *Acta Pediátrica de México , Vol. 35 , Núm.6, noviembre-diciembre 2014*.

35. OMS, Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios Éticos para la investigación médica en seres humanos; publicado octubre del 2008, Consultada el 18 de diciembre del 2014 ,
disponible:www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c.es.es.pdf.
36. Diario oficial de la federación, Consideraciones éticas. Ley General de Salud, Revisado el 18 de diciembre del 2014,
Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t1.htm>
37. Campero L, Cuenca, Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México 2013;149:299-307.
38. Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico de la población adolescente en México 2010. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, Dirección General de Epidemiología, SSA; 2011.
39. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo General de Población y Vivienda 2000 y 2010. México: INEGI; 2012. Revisado el 08 sep del 2013
Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx>.

8. ANEXOS:

- CUESTIONARIO AUTOAPLICADO
- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

8.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD PROGRAMADA	AÑO Y MESES																	
	2013					2014												2015
	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E
Autorización del protocolo por el CLIS	■	■																
Concertación de fechas en escuelas y capacitación de personal			■	■														
Aplicación de Test y mediciones en Bachillerato					■	■	■											
Captura de Datos							■	■	■									
Análisis Estadístico de Datos									■									
Manufactura de tablas y cuadros									■									
Redacción de los Resultados									■	■								
Análisis de la literatura y búsqueda bibliográfica										■	■							
Redacción de la Discusión											■	■						
Redacción de las Conclusiones												■	■					
Elaboración del Escrito Final (Tesis)													■	■				
Revisión de Tesis por los Asesores															■			
Correcciones Finales																■		
Entrega de Tesis a la UNAM																	■	

8.2 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF TAMUIN SLP
CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
EN RELACION AL CONDÓN Y ANTICONCEPTIVOS DE
EMERGENCIA**

Estimado alumno:

Estamos investigando cuanto sabes sobre el condón y sobre los anticonceptivos de emergencia., Para ello te agradeceremos contestes a las siguientes preguntas. El cuestionario es anónimo. No debes poner tu nombre.

Edad:

- 1) 15-16 años
- 2) 17-18 años
- 3) 19 y más

Sexo :

- 1) Masculino
- 2) Femenino

Ahora lee detenidamente cada una de las preguntas siguientes y escoge sólo una respuesta por cada pregunta dependiendo de tu nivel de acuerdo o desacuerdo

ACTITUD ANTE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)		1)Muy en desacuerdo	2)desacuerdo	3)Indiferente	4)Si de acuerdo	5)Muy de acuerdo
1	¿La mayoría de los hombres y mujeres serán irresponsables si los AE están disponibles fácilmente?					
2	¿Los AE podrían incrementar la promiscuidad (Tener varias parejas sexuales)?					
3	¿Los AE podrían causar enfermedad de transmisión sexual o SIDA, debido al NO uso de preservativos?					
4	¿Si los AE se obtienen sin receta médica, por lo que su uso podría ser objeto de abuso?					

5	¿La gente será descuidada (Sobreuso) ante el uso anticipado de la anticoncepción de emergencia?					
6	¿El acceso a los AE debería de ser fácil?					
7	¿Los AE deberían de estar disponibles sin receta médica?					
8	¿Los AE deberían de ser baratos?					
9	¿Los AE deberían de estar disponibles para todas las mujeres?					
10	¿Los AE pueden afectar un embarazo en el futuro?					
11	¿Los AE pueden ser perjudiciales para el organismo?					
12	¿Yo tengo miedo al uso de AE debido a sus efectos secundarios?					

ACTITUD ANTE EL USO DE CONDONES		1)Muy en desacuerdo	2)desacuerdo	3)Indiferente	4)Si de acuerdo	5)Muy de acuerdo
13	¿Los condones disminuyen el placer sexual?					
14	¿Los condones interrumpen el juego sexual y las caricias?					
15	¿Los condones interrumpen el acto sexual natural?					
16	¿Los condones disminuyen la intimidad emocional?					
17	¿Es molesto utilizar el condón?					

18	¿Yo no tengo idea de cómo utilizar el condón con mi pareja?					
19	¿Los condones son físicamente incómodos (Mala sensación)?					
20	¿El uso de condones demuestra una conducta de autoprotección?					
21	¿El uso de condones demuestra un cuidado para tu pareja?					
22	¿Una situación positiva con el uso de condones, a diferencia de los anticonceptivos orales, es que no tiene efectos secundarios (náusea o vómito)?					
23	¿Es necesario utilizar condones para tener sexo?					
24	¿Los condones son fáciles de utilizar?					
25	¿Es penoso para mí y/o mi pareja utilizar condones?					
26	¿Si yo uso o solicito utilizar condones, mi pareja pensará que soy promiscuo (múltiples parejas sexuales)?					
27	¿Existe una imagen de promiscuidad (múltiples parejas sexuales) asignado a la portación de condones?					

CONOCIMIENTO ACERCA DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y CONDÓN (AE)		1)SI	2)NO	3)NO SE
28	¿Los AE contienen la misma sustancia activa (Hormonal) que los anticonceptivos orales?			
29	¿Los AE son eficaces cuando se toman dentro de las primeras 72 horas después de haber practicado sexo sin protección?			
30	¿Los AE son eficaces cuando se toman dentro de las primeras 120 horas después de haber practicado sexo sin protección?			
31	¿Los AE son eficaces cuando se toman antes de iniciar una relación sexual?			
32	¿Los AE NO deberían ser utilizados en mujeres que se conozcan o se sospechen estar embarazadas?			
33	¿Los AE te protegen de enfermedades de transmisión sexual o infecciones?			
34	¿Los AE previenen la implantación (Adhesión del embrión al útero)?			
35	¿El efecto más común de los AE es la náusea?			
36	¿Los AE son 100 % eficaces en la prevención del embarazo?			
37	¿Si una mujer está embarazada, los AE pueden interrumpir el embarazo?			
38	¿Los AE se encuentran disponibles sólo con receta médica?			
39	¿Los AE son más eficaces si se toman lo más pronto posible después de una relación sexual sin protección?			
40	¿Todos los condones son hechos de látex, una sustancia como el hule			
41	¿Los condones son eficaces si se usan antes de la eyaculación sin importar si ya se ha llegado a la penetración			
42	¿Se usa un condón por cada relación sexual			
43	¿Los condones previenen cualquier riesgo de embarazo			
44	¿Los condones previenen las enfermedades de transmisión sexual			

Ahora lee cada una de las preguntas siguientes y escoge sólo una respuesta por cada pregunta:

45. ¿has iniciado vida sexual activa?

SI	
NO	

EN CASO AFIRMATIVO, CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS :

46. ¿ A que edad iniciaste vida sexual activa ?

- 1) Antes de los 14 años
- 2) 14 a 15
- 3) 15 a 16
- 4) 17 a 18
- 5) 19 y más

47. ¿Con que frecuencia prácticas relaciones sexuales?

1) No he tenido relaciones sexuales	
2) Sólo he tenido 1 vez en la vida	
3) He tenido 2 ó más relaciones en la vida	
4) Regularmente 1 vez al mes	
5) Regularmente 1 vez a la semana	
6) Varias veces a la semana	

48. ¿Usaste método de planificación en tu primera relación sexual?

1) SI	
2) NO	

49. ¿Con que frecuencia haz usado condón?

1) No he usado nunca	
2) Sólo 1 vez en la vida	
3) 2 ó más veces en la vida	
4) Con menos de la mitad de mis relaciones	
5) Con más de la mitad de mis relaciones	
6) En todas mis relaciones sexuales	

50. ¿Con que frecuencia haz usado anticonceptivos de emergencia?

1) No he usado nunca	
2) Sólo 1 vez en la vida	
3) 2 ó más veces en la vida	
4) Con menos de la mitad de mis relaciones	
5) Con más de la mitad de mis relaciones	
6) En todas mis relaciones sexuales	

Ahora que haz concluido el cuestionario, deposítalo en la urna debidamente doblado...

Agradecemos tu participación...!!!

8.4 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL ESTUDIO:

“Conocimientos, actitudes e intención de uso del condón y de la anticoncepción de emergencia entre adolescentes de bachillerato de Tamaulipas SLP”

LUGAR Y FECHA: Bachilleratos de Tamaulipas SLP de septiembre del 2013 a junio del 2014

NÚMERO DE REGISTRO:

Pendiente

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

El promover el conocimiento y uso adecuado del condón y la anticoncepción de emergencia, amplía la posibilidad de disminuir la incidencia de embarazos no deseados, y de prevenir la adquisición de infecciones de transmisión sexual.

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

Determinar los conocimientos, actitudes e intención del uso del condón y de la anticoncepción de emergencia entre la población adolescente de bachilleratos de Tamaulipas SLP.

PROCEDIMIENTOS:

Aplicación de una encuesta anónima, a estudiantes de bachillerato mujeres y hombres, por medio de un cuestionario autoaplicado.

POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS:

Ninguna

POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ EL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:

Saber si existe conocimientos sobre el condón y la anticoncepción de emergencia,
Conocer las actitudes e intención que tienen los adolescentes hacia estos métodos
Conocer los riesgos de tener embarazos no deseados y adquirir infecciones de transmisión sexual.

INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:

Se compartirá el resultado del análisis de las encuestas a los padres de familia, si así lo desean

PARTICIPACIÓN O RETIRO:

El adolescente puede negarse a participar y esta decisión le será respetada

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

Los datos no serán compartidos.
Los resultados sólo se otorgarán a los padres o tutores de los interesados

EN CASO DE COLECCIÓN DE MATERIAL BIOLÓGICO:

NO se tomarán muestras biológicas o de sangre

DISPONIBILIDAD DE TRATAMIENTO MÉDICO EN DERECHOHABIENTES

Se otorgará asesoría, orientación e información de salud en la UMF de Tamaulipas SLP.

EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO PODRÁ DIRIGIRSE A:

Dr. Marco Ariel Villanueva Moreno, UMF 13, IMSS, tel 44 42 30 01 09
Dr. OSMAN David Acosta Ortega, HGZ 06, IMSS, tel 483 1039412
Dra. Jovita Salazar Cruz, HGZ 06, IMSS, tel 481 3890947

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de padre o tutor

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento