



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3
CD. VALLES, SAN LUIS POTOSÌ.

**"NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA Y
PATERNIDAD RESPONSABLE EN LOS ADOLESCENTES DE LA UMF NO.26 DE
CÁRDENAS, S.L.P."**

Trabajo que para obtener el Título de
Especialista en Medicina Familiar

Presenta:



CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
SEDE: UMF 3
CD. VALLES, S.L.P.

CARMEN LIZET MARTINEZ DOMINGUEZ



CD. VALLES, SLP

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

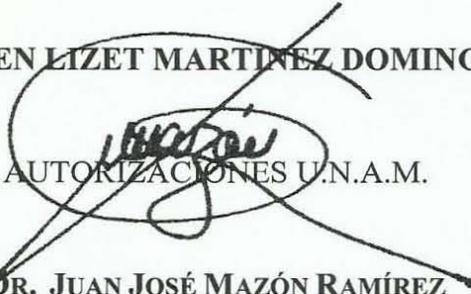
TITULO

**"NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA Y
PATERNIDAD RESPONSABLE EN LOS ADOLESCENTES DE LA UMF NO.26 DE
CÁRDENAS, S.L.P."**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

CARMEN LIZET MARTINEZ DOMINGUEZ


AUTORIZACIONES U.N.A.M.

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. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


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



CD. VALLES, S.L.P.

2020

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

TITULO

**"NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA Y
PATERNIDAD RESPONSABLE EN LOS ADOLESCENTES DE LA UMF NO.26 DE
CÁRDENAS, S.L.P."**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CARMEN LIZET MARTINEZ DOMINGUEZ

AUTORIZACIONES LOCALES:


DR. JUAN SANCHEZ RAMOS

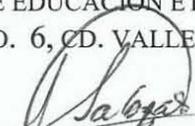
COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SAN LUÍS POTOSÍ


DRA. GABRIELA VIRGINIA ESCUDERO LOURDES

COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SAN LUÍS POTOSÍ


DR. RAFAEL NATIVIDAD NIEVA DE JESÚS

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD
H.G.Z. NO. 6, CD. VALLES, S.L.P.


DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
SEDE U.M.F. NO. 3, CD. VALLES, S.L.P.



TITULO

**"NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA Y
PATERNIDAD RESPONSABLE EN LOS ADOLESCENTES DE LA UMF NO.26
DE CÁRDENAS, S.L.P."**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CARMEN LIZET MARTINEZ DOMINGUEZ

ASESORES:



DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ

MÉDICO FAMILIAR

ASESOR TEMÁTICO

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS SEDE U.M.F. NO. 3
CD. VALLES, S.L.P.

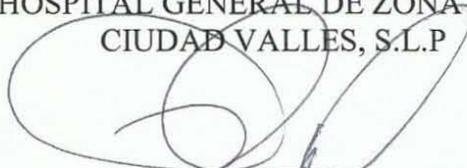


DR. RAFAEL NATIVIDAD NIEVA DE JESUS

MÉDICO FAMILIAR

ASESOR METODOLÓGICO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 6
CIUDAD VALLES, S.L.P.



DR OSMAN DAVID ACOSTA ORTEGA

MÉDICO PEDIATRA

ASESOR ESTADÍSTICO

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 6
CIUDAD VALLES, S.L.P.

CD. VALLES, S.L.P.



2020

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2402** con número de registro **17 CI 24 028 082** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 1, SAN LUIS POTOSÍ

FECHA **18/09/2017**

DRA. CARMEN LIZET MARTINEZ DOMINGUEZ

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

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA Y PATERNIDAD RESPONSABLE EN LOS ADOLESCENTES DE LA UMF NO.26 DE CÁRDENAS, S.L.P.

que 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-2017-2402-44 |
|----------------|

ATENTAMENTE


DR.(A). BEATRIZ LEONOR FERNANDEZ RUIZ

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

INDICE

Contenido

| | |
|---|----|
| 1. Marco teórico..... | 6 |
| 2. Planteamiento del problema..... | 18 |
| 3. Justificación..... | 20 |
| 4. Objetivos..... | 22 |
| 4.1.General..... | 22 |
| 4.2.Específicos..... | 22 |
| 5. Hipótesis..... | 24 |
| 6. Material y métodos..... | 25 |
| 6.1.Características del lugar..... | 25 |
| 6.2.Tipo de estudio..... | 25 |
| 6.3.Diseño de estudio..... | 25 |
| 6.4.Criterios de inclusión..... | 25 |
| 6.5.Criterios de exclusión..... | 26 |
| 6.6.Criterios de eliminación..... | 26 |
| 6.7.Tamaño de la muestra..... | 26 |
| 6.8.Selección de la muestra..... | 26 |
| 6.9.Operacionalización de variables | 27 |
| 7. Procedimientos..... | 30 |
| 8. Aspectos éticos..... | 35 |
| 9. Recursos humanos y físicos, financiamiento y factibilidad..... | 37 |
| 10.Resultados..... | 39 |
| 11.Discusión..... | 49 |
| 12.Conclusiones..... | 54 |
| 13.Sugerencias..... | 55 |
| 14.Anexos..... | 56 |
| 15.Referencias bibliográficas..... | 67 |

1. MARCO TEORICO

Introducción

Unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en este grupo de edad. Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable en la tasa de natalidad es irregular entre las adolescentes alcanzando todavía en 11 % de todos los nacimientos a nivel mundial.¹

En las estadísticas sanitarias mundiales 2014 indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 nacimientos.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su reporte 2005-2015, menciona en 2015, hubo un nacimiento para cada 10 niñas de 15 a 19 años en la Región de África, teniendo un porcentaje promedio por región de 100.3%, en la región de las Américas el promedio es de 51.7%, en donde México se reporta con un 70.9%.¹

En 2012, en nuestro país residían 31 millones de jóvenes de 15 a 29 años, monto que representa el 26.5% de la población total. En este mismo año ocurrieron 2.2 millones de nacimientos, de los cuales, 72.9 % son de madres de 15 a 29 años.² Un aspecto que resulta importante resaltar es que 1 de cada 6 nacimientos (16.4%) son de madres adolescentes de 15 a 19 años, especialistas en la materia señalan que “el embarazo a esta edad no solo representa un problema de salud para ella y su producto, sino que también tiene una repercusión económica para la madre, ya que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios, aspectos que contribuyen a generar un contexto de exclusión y de desigualdad de género.”³

En las adolescentes el inicio temprano de las relaciones sexuales sin la debida protección los expone a enfermedades de transmisión sexual (ITS) o embarazos de alto riesgo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2012, “la proporción de adolescentes de 12 a 19 años que han iniciado vida sexual alcanza 23%, en los varones es mayor (25.5%) que en las mujeres (20.5%). Estas cifras son superiores a las reportadas en

ENSANUT 2006, donde 15 % de los adolescentes habían iniciado vida sexual activa (17% en los hombres y 14% en las mujeres).²

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6% a 28,5%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60,9% a un 61,8%, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7%.⁴

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la vasectomía.⁴

En 2012 del total de adolescentes sexualmente activos el 14.7% de los hombres y 33.4 % de las mujeres, no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual.”²

Lo anterior nos conduce a deducir que los adolescentes varones usan con mayor frecuencia un método anticonceptivo en la primera relación sexual, ya sea por evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual, pero también que a pesar de un mayor enfoque hacia la mujer en la metodología anticonceptiva sigue presentando barreras ya que tiene un menor porcentaje de uso en su primera relación sexual^{5,6}.

Los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, muestran que el uso de métodos anticonceptivos modernos entre las mujeres de edad fértil es del 68.3 % a nivel nacional y la prevalencia de participación masculina de uso de métodos de planificación a nivel nacional es del 14.4%⁷. San Luis Potosí en 2015 tiene un porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes del 18.3% y una prevalencia de uso de métodos de planificación de 68.2% a nivel estatal⁸.

Antecedentes

Parodi-Carro, en Perú, documentó el nivel de conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en los adolescentes en una población de 1200 sujetos entre 13 a 17

años el 61% de los adolescentes presenta un nivel medio de conocimiento sobre educación sexual, mientras que solo 18% tenía un nivel alto de conocimiento, en la dimensión de métodos anticonceptivos 85.1% desconocía sobre los métodos existentes, 84.2% conocía el uso correcto del preservativo y 79.7% cual es el método más efectivo⁹.

En un estudio similar realizado por Fernández-Lozano en 148 adolescentes en una comunidad del Perú el 50% tiene un nivel de conocimiento bueno, el 40.5% nivel regular y el 9.5% deficiente¹⁰.

Otro estudio en el Ecuador por Guillen-Terán durante el 2014 reporta un porcentaje de 65% de comprensión adecuado sobre sexualidad englobando áreas de embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y abortos¹¹.

En Cuba, se realizó un estudio de intervención educativa en 32 embarazadas para modificar los criterios sobre embarazo precoz y sus riesgos en adolescentes en 3 etapas diagnóstico, intervención y evaluación donde se midió el conocimiento sobre la definición del embarazo en la adolescencia, la edad para iniciar las relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y el complicaciones durante el embarazo, en el cual el total de conocimientos al inicio era del 31.3% elevándose posterior a las intervenciones educativas al 87.5%¹².

Renfigo-Reina y Cols, en Colombia, reportaron que la edad de inicio de relaciones sexuales fue en promedio 13 años, con conocimientos altos pues 90.5% de los adolescentes reporto haber recibido información sobre sexo y embarazo la mayoría fue de información de sus padres (67.5%) y en este respecto a métodos el condón fue el más utilizado¹³.

Ayala-Castellanos y Cols, en Guadalajara, México, encontró que la fuente de información más importante fue en orden decreciente: la escuela (51%), el medico (14%), los amigos (13%), televisión (11%), revistas (5%), internet (2%), familia (2%)¹⁴.

Sánchez-Menece y Cols, en un estudio observacional, descriptivo y transversal con 120 adolescentes de 15 a 19 años que asistieron a un Centro de Salud en DF, México de Septiembre a Octubre del 2014, se demostró que el nivel de conocimiento fue calificado como medio en 60.8% y bajo en 23.3%, el condón el método anticonceptivo mayormente utilizado (65.2%); asimismo fue el método de barrera del que se tenía un mejor conocimiento (95.8 %)

¹⁵.

Rosales-Silva, en su tesis recepcional condujo un estudio de enero a noviembre del 2011 en la UMF No. 45 en San Luis Potosí en el que estudió a 41 adolescentes mujeres menores de 16 años embarazadas encontrando que los adolescentes obtuvieron información anticonceptiva de maestros en el 46.3%. También encontraron que el 36.6% estaban utilizando algún método anticonceptivo, pero tuvo falla, y 63.4% no lo usó ya sea por que no lo tuvo disponible al momento, no lo recordó o no lo creyó necesario. El 63.4% refirió tener conocimiento de más de un método de planificación, siendo el preservativo el más conocido, y 36.6% solo conocía este último. Como conclusión el autor menciona que la difusión de métodos, la disponibilidad, y quien, y como educa, no cumplen las expectativas¹⁶ .

Estos resultados son similares a un estudio previo llevado a cabo en el 2006 en la UMF No. 47 también en San Luis Potosí en donde se entrevistó a 186 adolescentes solteras embarazadas con edades de entre los 15 y 19 años y en donde encontraron que el 98.3 % refirieron conocer algún método de planificación, 53.7 % dijeron haber conocido los métodos de planificación en la escuela, al inicio de su actividad sexual y el 74. % no utilizaron método y al preguntarle la razón el 72.5% contestaron que no lo necesitaban¹⁷.

En otro estudio también llevado a cabo en la UMF No. 47 de San Luis Potosí entre julio y agosto del 2008 y en el que se investigaron los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y su actitud hacia la planificación familiar en la población masculina de 458 sujetos de entre 15 y 59 años se encontró un conocimiento bueno en 67%, moderado en un 27% y malo en 6% de los sujetos. El método más frecuentemente usado fue el preservativo en un 16%. Referente a planificación familiar el 81% contestó que decide el número de hijos en común acuerdo con la pareja, mientras que en el 4% es el varón quien elige el método anticonceptivo. Los autores hacen hincapié en que la responsabilidad en el uso de métodos de planificación sigue siendo de la mujer y aún falta por trabajar en la participación del hombre¹⁸.

Se necesita un cambio de perspectiva hacia el conocimiento de los métodos anticonceptivos en los adolescentes¹⁹. Es importante superar los estudios sobre fecundidad femenina y avanzar hacia el análisis del proceso de reproducción estudiando y comprendiendo también la presencia masculina, y su regulación a través de la anticoncepción, se debe tener en cuenta que detrás de las decisiones y comportamientos de los hombres y las mujeres existen diversas valoraciones y significados atribuidos a los hijos y la paternidad que están ligados a

las múltiples formas en que se concibe y construye su identidad; que la conceptualización de los hombres sobre la paternidad es sustancialmente diferente a la de la mujer²⁰.

En la actualidad existe una tendencia generalizada a postergar la maternidad por situaciones profesionales, sociales y económicas, sin embargo, el embarazo en adolescentes continúa siendo un problema serio, haciendo que los costos sean muy altos, especialmente cuando están vinculados con la pobreza.²¹

La paternidad y maternidad adolescente es un tema lleno de dudas, negaciones, incertidumbres, poco difundida, lo que ocasiona desorientación y desamparo, provocando una ruptura de proyecto de vida²², siendo que en muchos adolescentes tienen que abandonar la escuela y considerando el embarazo en la adolescencia y con ello la paternidad, como un evento malo²³.

La paternidad en el adolescente ha sido tema a investigar recientemente. La experiencia de la paternidad en un proceso complejo que pone en juego los recursos personales de los adolescentes para afrontar los cambios ocurridos en su vida cotidiana, en el entorno familiar y en sus relaciones de pareja. Botero refiere que según los adolescentes la experiencia comienza desde el mismo momento en que reciben la noticia, generando cuestiones frente a las capacidades para asumir el ejercicio de la paternidad y surgen dudas sobre la veracidad de la paternidad. En un segundo momento aparece alegría a razón de la reafirmación narcisista que produce en los adolescentes la paternidad²⁴.

Wilkes y Cols., en un estudio cualitativo entrevistó a 7 adolescentes de 16 a 22 años de edad donde se encontró que la paternidad inminente generó en estos jóvenes emociones mixtas y muchos desafíos por delante siendo que los embarazos no fueron planificados y es precisamente esto lo que los hace reflexionar sobre la calidad de la paternidad recién adquirida. Los jóvenes esperaban proporcionar a su propio bebe una mejor calidad de la paternidad de la que habían experimentado ellos mismos de sus propios padres²⁵.

En este mismo rubro de estudios uno realizado en adolescentes africanos en situación de pobreza se expresa el deseo de cuidar a sus hijos y convivir con ellos, y en contraste con los comunes patrones de masculinidad, deseando contar con mayores opciones en lo que respecta al uso de anticonceptivos y la toma de decisiones²⁶.

Correa menciona que la paternidad en la adolescencia fue una experiencia que desencadenó la reflexión sobre el papel de los padres y sus deberes, teniendo implicaciones durante la adolescencia y repercusiones a lo largo de la vida²⁷.

En nuestro país, podemos mencionar a Reyes y Cabello Garza en 2007 quienes realizaron un estudio cualitativo en una población de 12 varones adolescentes de 19 años que al menos han tenido un hijo, con objetivo de conocer las vivencias y significados que tiene la paternidad en el trayecto de vida de varones adolescentes en un contexto urbano-marginal del estado de Nuevo León. Mostraron que muchos varones asocian la idea de responsabilidad con el deseo expreso de paternidad, pues desde su perspectiva si son capaces de ganar dinero, también serán capaces de mantener un hijo y una familia, también que los adolescentes buscan esta transición y la planea con mucha anticipación, pues al carecer de un proyecto de vida a futuro, lo único que les puede dar reconocimiento dentro de su entorno es precisamente ser padres²⁸.

Correa Romero y cols., refieren que el estereotipo de paternidad como sinónimo de trabajo y responsabilidad, funciona como un inhibidor de la conducta sexual, pues se desea estudiar para trabajar y con ello tener acceso a un nivel de vida, cumpliendo un papel preventivo, función que puede romperse en cuanto se inician las relaciones sexuales y comienza a ejercitarse una sexualidad no planificada^{29,30}.

Los adolescentes que han sido padres refieren que esta no fue planeada y por lo tanto tampoco deseada²⁸, lo cual conduce a cambios importantes en su ritmo de vida, los cuales se pretenden prever, si los adolescentes generaran conciencia que el procrear un ser humano implica no sólo un compromiso y deber recíproco entre la pareja, sino también un compromiso ante el hijo, la familia y la sociedad, la paternidad responsable tomaría significado para ellos³¹.

Se sustenta la importancia de identificar el conocimiento de los adolescentes respecto de la paternidad responsable que va desde el establecimiento de la paternidad, la necesidad de estar presente en la vida del niño, aunque se esté casado, en unión libre, divorciado o soltero, el apoyo económico, y la necesidad de estar implicado personalmente en la vida del niño, tanto el padre como la madre y en colaboración conjunta³².

En Perú durante el año 2015 se realizó un estudio a 187 alumnos de nivel secundaria sobre la percepción de lo que implica la paternidad responsable y de cómo las características

sociodemográficas influyen en el nivel de conocimiento y actitud frente a ella, donde los resultados muestran que en cuanto a edad los adolescentes de 17-18 años presentan un nivel de conocimiento alto con el 61%, seguido de los jóvenes de 15-16 años con 49%. Con respecto al sexo predomina el sexo femenino con un nivel de conocimiento alto en un 50%, según el nivel de procedencia predomina en el nivel rural un nivel de conocimiento alto en un 50%, y la familia nuclear tuvo un 48%, seguida de la extensa en un 47%³³.

En una tesis de posgrado del mismo país Perú, realizado en 250 enfermeras respecto al conocimiento y actitud en relación a la paternidad responsable, 70 % tiene un nivel de conocimiento medio, 22% nivel alto, 8% nivel bajo y una actitud de indiferencia del 66%³⁴.

Con resultados similares un estudio en nuestro país conducido por Ramírez-Aranda y Cols., y realizado en el estado de Nuevo León en el que se incluyeron 1,149 hombres de 15 a 19 años y en donde se valoró el estrato socio-económico, el perfil del adolescente, el nivel de conocimiento en paternidad responsable y el impacto de la paternidad, se obtuvo que el 9.3% de la población estudiada había embarazado al menos 1 vez a su pareja, y 1 de cada 10 adolescentes tenía el antecedente de 1 a 2 embarazos. La edad mayor, la menor escolaridad y el nivel socioeconómico bajo o marginal, así como el tabaquismo, el alcoholismo y la adicción a drogas están asociados a una mayor frecuencia de embarazos en adolescentes hombres, similar a los resultados de Carrión-Pastor^{33, 35}.

Los autores enfatizan una visión distinta a la del estereotipo de paternidad, demostrando que la mayoría de los jóvenes asumen sus responsabilidades, expresando fuertes y positivos sentimientos hacia sus hijos, como ha sido descrito en otros estudios^{6, 28, 29}.

Por otra parte, González-Acevedo y Cols, comentan que existen numerosas estrategias educativas que se utilizan para prevenir el embarazo adolescente las cuales no han logrado obtener un cambio positivo en la salud sexual y reproductiva en el adolescente a nivel internacional o nacional, por lo que sería importante analizar y conocer sobre las vivencias propias de los adolescentes, en las etapas reproductivas más vulnerables como es la adolescencia temprana y proponer un modelo de aprendizaje sobre paternidad³⁶.

En un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, realizado en Cuba, en un universo de 150 embarazadas que recibieron en programa de maternidad y paternidad responsable el nivel de conocimientos de las embarazadas se incrementó con el programa en todas las

actividades, que incluían ejercicios de comunicación con el futuro bebe, psicoprofilaxis, nutrición y embarazo, lactancia materna de mostrando que son necesarios este tipo conocimientos para ejercer una adecuada paternidad responsable³⁷.

La paternidad responsable es la base de la planificación familiar. La pareja debe tomar conciencia de la grave responsabilidad que significa tener un hijo y la preparación necesaria para recibirlo con estabilidad física, mental y social, además de con amor e ilusión, y del tiempo y costo socioeconómico que debe dedicarse para su desarrollo, educación y socialización³⁸.

Marco Conceptual

La adolescencia es el periodo que transcurre desde la menarquia en la mujer y la primera eyaculación consciente o inconsciente en el varón hasta alcanzar la madurez adulta³⁸.

De acuerdo a las etapas en el desarrollo de la sexualidad se dividen en primera fase de los 11 a 15 años se inicia la búsqueda de su autonomía, independencia e identidad, la preocupación por los cambios físicos y la comparación están presentes, así como los impulsos sexuales. La segunda fase de 16 a 19 años, en la cual ya existe la autoestima sexual y conciencia psicosexual, se afirma la personalidad y el sexo, en esta fase el hombre y la mujer recurre a relaciones sexuales prematrimoniales, temiendo a las infecciones de transmisión sexual los hombres y las mujeres al embarazo³⁸.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes³⁹.

No existe ningún método anticonceptivo ideal para la adolescencia. Podría definirse como tal aquel método o métodos que les permita vivir libremente su sexualidad y le proporcione una alta protección frente al embarazo y a las ITS⁴⁰.

Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes⁴¹.

Según el Comité de Adolescencia de la Academia Americana de Pediatría, los métodos anticonceptivos más utilizados por los adolescentes fueron: los anticonceptivos orales 56%, los gestágenos depot inyectables 20%, los parches transdérmicos 10% y por último el anillo vaginal 5%. La experiencia con los anticonceptivos de acción prolongada reversibles, tales como el dispositivo intrauterino (DIU) y los implantes se incrementaron entre los 15 y 19 años, un 13% de las adolescentes ha utilizado la anticoncepción de emergencia⁴².

La Academia Americana de Pediatría recomienda los anticonceptivos reversibles de acción prolongada: DIU, implantes subdérmicos y acetato de medroxiprogesterona en forma depot, ya que ofrecen una protección anticonceptiva de varios años y seguros para la adolescente⁴².

Los adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las adolescentes⁴³.

En general, con la excepción de la esterilización masculina y femenina, todos los métodos que sean apropiados para los adultos sanos también son apropiados para los adolescentes sanos, en base a los criterios de elegibilidad para la indicación de los anticonceptivos recomendados por la OMS, con cuatro categorías: no hay restricción para el uso del método anticonceptivo, las ventajas generalmente superan el riesgo teórico o probado, los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso y el uso del método supone un riesgo inadmisibles para la salud ^{43,44}.

Los métodos anticonceptivos en la adolescencia se pueden clasificar en:

- Recomendaciones preferentes: preservativo, anticoncepción hormonal combinada (oral, transdérmicos y anillo vaginal), anticoncepción hormonal oral de solo gestágeno y DIU.
- Aceptables: anticoncepción hormonal de depósito (inyectables e implantes) o diafragma.
- Poco aceptables: métodos naturales y contracepción quirúrgica.
- De emergencia: contracepción poscoital⁴³.

A pesar de que la adolescente es apta para utilizar cualquier método anticonceptivo, tener sexo por primera vez en una edad temprana está frecuentemente asociado con sexo no seguro, por falta de conocimientos, de acceso a la anticoncepción, y de habilidades y autoeficacia para negociar la anticoncepción; también se vincula con tener sexo bajo los efectos del alcohol o drogas, así como con una inadecuada autoeficacia para resistir la presión²¹. Como se menciona anteriormente la falta de conocimientos se podría considerar un factor predisponente.

El diccionario de la Real Academia Española define conocimiento como: “El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia”. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona, esto hace que sea casi imposible observarlos.⁴⁵

Mario Bunge define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos y enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos”; considera que “el conocimiento vulgar es vago e inexacto, limitado por la observación, mientras que el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia”⁴⁶.

Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente a una manera determinada⁴⁷. Por otro lado, Whittaker define la actitud como: “Una predisposición para responder de manera predeterminada frente a un objeto específico”⁴⁸.

Allport da la siguiente definición de actitud: “Es un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta”⁴⁹.

La participación se define como la acción de participar y su resultado, intervenir en un suceso, en un acto o en una actividad⁵⁰. Un estudio sobre uso de anticoncepción por tipo de pareja sexual en adolescentes refleja que el adolescente utiliza mayormente protección en las parejas ocasionales que en las parejas regulares lo cual incrementa el riesgo de embarazo en estas, reflejando que la participación en el uso de métodos anticonceptivos no está presente en los adolescentes⁵¹.

El S. S. Pablo VI en 1968 define a la paternidad responsable en relación con los procesos biológicos, significa conocimiento y respeto de sus funciones; en relación con las tendencias del instinto y de las pasiones, la paternidad responsable comporta el dominio necesario que sobre aquellas han de ejercer la razón y la voluntad. Y en relación con las condiciones físicas, económicas, psicológicas y sociales, la paternidad responsable se pone en práctica ya sea con la deliberación ponderada y generosa de tener una familia numerosa ya sea con la decisión, tomada por graves motivos y en el respeto de la ley moral, de evitar un nuevo nacimiento durante algún tiempo o por tiempo indefinido⁵².

La Paternidad Responsable se considera dónde:

- El embarazo sea planificado para que ocurran en el momento deseado por la pareja.
- Que los padres tengan conciencia que el procrear un ser humano implica no sólo un compromiso y deber recíproco entre la pareja, sino también compromiso ante el hijo, la familia y la sociedad.
- Que los padres no deben procurar solamente brindar adecuada vivienda, alimentación, educación, salud y vestimenta a sus hijos, sino, además, tienen la responsabilidad de brindarles amor, amistad, tiempo y protección. Esto último representa el aspecto más importante de la paternidad responsable, sobre todo en nuestro país, donde la mayoría de la población vive en la pobreza y todo su tiempo está orientado a conseguir recursos económicos.³¹

En pocas palabras, la paternidad responsable es:

- a) Considerar en todos sentidos y extensión, el bienestar de la familia.
- b) Un cambio de aptitud (conocimiento) para pasar de la pasividad, negligencia y despreocupación por los hijos a una actitud (acción) positiva de preocupación y mejoramiento de la familia y todo lo que le atañe.
- c) Es una serie de consientes acciones para mejorar la calidad de vida del individuo, la pareja, familia y la comunidad. Es la educación del pueblo para que sea consiente ante la sociedad y la familia³⁸.

Aquí retomamos las definiciones ya mencionadas sobre conocimiento y actitud como esenciales para identificarlos en los adolescentes.

Falta mucho por hacer en relación con la prevención de embarazos no planeados sobre todo en la edad adolescente. La educación sigue siendo la principal herramienta para esta labor y la temática debe enfocarse no sólo hacia el conocimiento en metodología anticonceptiva sino en aspectos relacionados con la maternidad y paternidad responsables. Para esto, por supuesto, se requiere de conocer cuáles son esas necesidades de conocimiento para elaborar programas y materiales educativos de calidad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las estadísticas sanitarias mundiales 2014 indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 nacimientos¹.

Unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en este grupo de edad¹. En 2012, en nuestro país residían 31 millones de jóvenes de 15 a 29 años, monto que representa el 26.5% de la población total. En este mismo año ocurrieron 2.2 millones de nacimientos, de los cuales, 72.9 % son de madres de 15 a 29 años².

La OMS menciona que casi una cuarta parte de las mujeres casadas o en unión carecen de acceso a la anticoncepción moderna¹. Las adolescentes sexualmente activas que no están casadas tienen necesidades muy diferentes de aquellas que están casadas y desean posponer, espaciar o limitar el embarazo. La ampliación de la cantidad de opciones de métodos ofrecidos puede conducir a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos. La educación y la orientación apropiadas, tanto antes como en el momento de la selección del método, pueden ayudar a las adolescentes a tratar sus problemas específicos, y a tomar decisiones informadas y voluntarias⁴³.

Existen numerosas estrategias educativas que se utilizan para prevenir el embarazo adolescente las cuales no han logrado obtener un cambio positivo en la salud sexual y reproductiva en el adolescente a nivel internacional o nacional, por lo que sería importante analizar y conocer sobre las vivencias propias de los adolescentes, en las etapas reproductivas más vulnerables como es la adolescencia temprana y proponer un modelo de aprendizaje sobre paternidad³⁶.

La paternidad adolescente es un tema lleno de dudas, negaciones, incertidumbres, poco difundida, lo que ocasiona desorientación y desamparo, provocando una ruptura de proyecto de vida²², considerando el embarazo en la adolescencia y con ello la paternidad, como un evento malo²³.

Anteriormente las estrategias de prevención se enfocaban más hacia las mujeres adolescentes como la mayor población de riesgo a atender, ya que son ellas las que presentan el embarazo, pero cada vez se toma más en cuenta el involucramiento del varón adolescente como parte del problema a solucionar²⁰.

La paternidad y maternidad como sinónimo de trabajo y responsabilidad, puede ser tomado por los adolescentes como un inhibidor de la conducta sexual, cumpliendo un papel preventivo, pero al romper este concepto cuanto se inician las relaciones sexuales y comienza una sexualidad no planificada amerita una intervención²⁹.

Un primer paso a resolver esta problemática es sin duda, diagnosticar el contexto de trabajo, indagando los conocimientos de los adolescentes sobre dos conceptos importantes de la salud reproductiva, por lo que nos plantearemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre metodología anticonceptiva y paternidad responsable en los adolescentes de la UMF No. 26, S.L.P?

3. JUSTIFICACION

El embarazo durante la adolescencia presenta los más altos niveles de complicaciones obstétricas pre y posparto desde desgarros perineales, ruptura prematura de membranas, anemia, parto pretérmino y pre eclampsia solo mencionando algunas, las cuales no solo afectan a la adolescente sino también al producto dentro de ella, por lo cual es importante actuar en la preconcepción.^{12, 53, 54}

Las causas del embarazo adolescente son complejas y variadas, no sólo interviene en este fenómeno el desconocimiento de la metodología anticonceptiva por parte de los jóvenes¹⁰, sino también la inconciencia de que la consecuencia inmediata son los embarazos no planeados, sin considerar la responsabilidad que conlleva la paternidad o maternidad^{24,27,28}.

A nivel internacional falta mucho por hacer en cuestión a la prevención del embarazo en la adolescencia sobre todo en regiones pobres y en vías de desarrollo como menciona la OMS donde gran parte del continente africano mantiene las tasas más altas de embarazo en la adolescencia, en nuestro continente los países de América Latina representan una situación similar¹. Según estadísticas nacionales la proporción de adolescentes (12 a 19 años) que han iniciado vida sexual alcanza 23%, en los varones es mayor (25.5%) que en las mujeres (20.5%)². A nivel estatal el porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes es del 18.3%⁸.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 26 de Cárdenas, S.L.P., el 20.2 % son adolescentes entre los 10 a 19 años, 48% hombres y 52% mujeres, de estas la proporción de adolescentes embarazadas con respecto del total de controles prenatales fue de 17% en el 2015 y del 14 % en el 2016, con un probable aumento debido a la integración de la población estudiantil el cual ya sea percibido desde el inicio de este año en un incremento en la consulta de medicina familiar de jóvenes entre las edades de 15 a 19 años, los cuales no asistían debido con no contaban con el servicio y que por su condición de vulnerabilidad ameritan medidas preventivas y enfoques adecuados⁵⁵.

Por todo lo anterior, es necesario e indispensable especificar los conocimientos sobre metodología anticonceptiva y paternidad responsable en los adolescentes, ya que sería de gran

transcendencia porque nos orientaría para poder desarrollar estrategias educativas que contribuyan a tomar decisiones consentidas y responsables, evitando embarazos tempranos y apoyando a los adolescentes para que se fijen metas de desarrollo personal. Lo cual es factible, ya que el aplicar una encuesta en los adolescentes de nuestra unidad seria de costos mínimos, además de una tarea sencilla de realizar como inicio para grandes avances.

4. OBJETIVOS:

4.1 General:

- Determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y paternidad responsable en los adolescentes de la UMF No. 26, Cárdenas, San Luis Potosí.

4.2 Específicos:

1. Medir los conocimientos sobre el uso de metodología anticonceptiva en adolescentes de la UMF No. 26, Cárdenas, S.L.P.
2. Establecer la participación en el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes de la UMF no. 26, Cárdenas, S.L.P.
3. Especificar la actitud frente a los métodos anticonceptivos en los adolescentes de la UMF No. 26, Cárdenas, S.L.P.
4. Medir los conocimientos sobre paternidad responsable en adolescentes de la UMF No. 26, Cárdenas, S.L.P.
5. Especificar la actitud frente a la paternidad responsable en los adolescentes de la UMF No. 26, Cárdenas, S.L.P.
6. Estratificar el nivel de conocimientos en metodología anticonceptiva en los adolescentes de acuerdo a grupo de edad, género y vida sexual activa.
7. Categorizar la participación frente a los métodos anticonceptivos de los adolescentes de acuerdo a grupo de edad, género, y vida sexual activa.

8. Estratificar el nivel de conocimientos de paternidad responsable en los adolescentes de acuerdo a grupo de edad, género, y vida sexual activa.
9. Categorizar la actitud frente a los métodos anticonceptivos y la paternidad responsable de los adolescentes de acuerdo a grupo de edad, género y vida sexual activa.

5. HIPOTESIS:

H_0 .- El nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y paternidad responsable de los adolescentes de la UMF No. 26 es nulo.

H_1 .- El nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y paternidad responsable de los adolescentes de la UMF No. 26 es suficiente.

6. MATERIAL Y METODOS

6.1 Características del lugar

El estudio fue llevado a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 26 del IMSS, en Cárdenas SLP, y perteneciente a la Delegación de San Luis Potosí, unidad con servicios básicos de 1º. Nivel de atención que atiende a la población derechohabiente de la región, cuenta con dos consultorios de Medicina Familiar, un consultorio de Medicina Preventiva, un área para Curaciones y dos áreas administrativas.

Cárdenas tiene una población abierta de 18, 491 personas, de la cual la población adscrita al IMSS es de 5, 763 derechohabientes. Se localiza a 200 km al este de la capital del estado, en la Zona Media del estado, a 99° 39' de longitud oeste y 22° 00' de latitud norte, a una altura de 1,200 m sobre el nivel del mar. Sus límites son: al norte con Alaquines; al este Tamasopo; al sur Rayón; al oeste Río Verde.

6.2 Tipo de estudio

Se trata de un estudio Observacional, Descriptivo, Transversal, Prospectivo.

6.3 Diseño de estudio

Transversal Descriptivo.

6.4 Criterios de inclusión:

- Adolescentes ambos géneros de 10 a 19 años derechohabientes que acudan a la UMF no. 26, Cárdenas, S.L.P
- Adolescentes que acepten llenar la encuesta.
- Adolescentes cuyos padres hayan firmado en consentimiento informado si son menores de edad.
- Adolescentes mayores de 18 años que firmen el consentimiento informado.
- Que acudan a la consulta externa o medicina preventiva en el período de tiempo de la recolección de datos

6.5 Criterios de exclusión:

- Aquellos que se nieguen a llenar la encuesta.
- Aquellos adolescentes con alguna discapacidad por la cual no puedan contestar la encuesta.
- Adolescente menor de edad que acuda solo.

6.6 Criterios de eliminación:

- Quienes contesten de manera incompleta los cuestionarios menos del 90%.
- Adolescentes casados o en unión libre.

6.7 Tamaño de la muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizará la fórmula para estimación de proporciones en poblaciones finitas, utilizando un Nivel de Seguridad del 95%, un nivel de precisión del 5% y una proporción esperada de conocimientos suficientes de 60% según revisión de la literatura 11, 15, 18, 33.

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

Dónde:

- N = Total de la población adolescente = 1137
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ para un nivel de seguridad del 95% = 3.84
- p = proporción esperada de conocimientos suficientes de 60% = 0.6
- $q = 1 - p = 0.95$
- $d^2 = 0.05^2$ para un nivel de precisión del 5% = 0.0035
- $n = 379$

6.8 Selección de la muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia hasta completar el tamaño de la muestra.

Universo de estudio:

Adolescentes de 10 a 19 años ambos géneros que viven en el Municipio de Cárdenas S.L.P. y sus alrededores.

Población de estudio

Adolescentes de 10 a 19 años ambos géneros derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Unidad de estudio:

Adolescentes derechohabientes usuarios de los servicios de consulta externa y medicina preventiva de la Unidad de Medicina Familiar No. 26, Cárdenas, S.L.P.

6.9 Operacionalización de variables. (Ver Tabla 1)**Variable Independiente:**

- Adolescente.

Variables Dependientes:

- Nivel de conocimiento sobre metodología anticonceptiva.
- Participación en el uso de métodos anticonceptivos.
- Actitud frente a los métodos anticonceptivos.
- Nivel de conocimiento sobre paternidad responsable.
- Actitud frente a la paternidad responsable.

Variables Control

- Grupos de edad.
- Genero.
- Vida sexual activa.

Tabla 1: Operacionalización de variables.

| <i>Variable</i> | <i>Tipo</i> | <i>Definición Conceptual</i> | <i>Definición Operacional</i> | <i>Escala</i> | <i>Categorías</i> |
|--|---------------|--|--|-----------------------------|---|
| Adolescente | Independiente | Adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años, iniciándose con la pubertad y finalizando con el completo desarrollo del crecimiento y su integración autónoma a la sociedad | Individuo que refiera tener la edad establecida como adolescencia durante la realización del estudio. | Variable categórica ordinal | <ul style="list-style-type: none"> • 10 a 19 años |
| Nivel de conocimiento sobre metodología anticonceptiva | Dependiente | Información con el que se cuenta sobre método o métodos que les permita vivir su sexualidad y les proporcione una alta protección frente al embarazo y las infecciones de transmisión sexual. | Suma de los aciertos obtenidos de los ítems 1 al 16 de la dimensión de conocimientos sobre metodología anticonceptiva del cuestionario sobre métodos anticonceptivos. | Variable categórica ordinal | <ul style="list-style-type: none"> • Bueno: 11 a 16 aciertos. • Moderado: 6 a 10 aciertos. • Malo: 0 a 5 aciertos. |
| Participación en el uso de métodos anticonceptivos | Dependiente | Uso de método o métodos que les permita vivir su sexualidad y les proporcione una alta protección frente al embarazo y las infecciones de transmisión sexual. | Suma de los aciertos obtenidos de los ítems 17 al 25 de la dimensión de participación en el uso metodología anticonceptiva del cuestionario sobre métodos anticonceptivos. | Variable categórica nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Buena: 6 a 8 aciertos • Moderada: 4 a 5 reactivos • Mala: 0 a 3 aciertos |
| Actitud frente a los métodos anticonceptivos | Dependiente | Es definida como la disposición de responder favorablemente o desfavorablemente ante el uso de métodos anticonceptivos | Respuesta obtenida del ítem 26 de la dimensión de actitud sobre metodología anticonceptiva del cuestionario sobre métodos anticonceptivos. | Variable categórica nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Positiva: “a” o “b” • Negativa: “c”, “d” o “e” |
| Nivel de conocimiento sobre paternidad responsable | Dependiente | Información sobre lo que significa tener un hijo y la preparación necesaria para recibirlo con estabilidad física, mental y social, además de con amor e ilusión, y del tiempo y costo socioeconómico que debe dedicarse para su desarrollo, | Suma de los aciertos obtenidos de los ítems 1 al 10 de la dimensión de conocimientos sobre paternidad responsable del cuestionario sobre paternidad responsable. | Variable categórica ordinal | <ul style="list-style-type: none"> • Alto: 30 a 40 puntos. • Medio: 20 a 29 puntos. • Bajo: 10 a 19 puntos. • Nulo: 01 a 09 puntos. |

| | | | | | |
|--|-------------|--|--|--|--|
| | | educación y socialización. | | | |
| Actitud frente a la paternidad responsable | Dependiente | Está definida como la disposición a responder favorablemente o desfavorablemente; ante los deberes de ser padres esto implica algún tipo de sentimiento agrado o desagrado | Suma de los aciertos obtenidos de los ítems 11 al 20 de la dimensión de actitud frente a paternidad responsable del cuestionario sobre paternidad responsable. | Variable categórica nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Positiva 26 a 50 puntos. • Negativa 01 a 25 puntos. |
| Grupos de Edad | Control | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. | Numero en años respondida en el cuestionario al cuestionamiento de edad. | Variable categórica ordinal intervalar | <ul style="list-style-type: none"> • 12 a 13 años • 14 a 15 años • 16 a 17 años • 18 a 19 años |
| Género | Control | Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos. | Género al que pertenece según lo respondido en el cuestionario al cuestionamiento sobre el género. | Variable categórica nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino. • Femenino. |
| Vida sexual activa | Control | Razón de tener o no relaciones sexuales con otra persona del mismo o diferente sexo. | Condición de acuerdo a lo contestado en el cuestionario. ¿Desde cuándo tienes relaciones sexuales con su pareja actual? | Variable categórica nominal | <ul style="list-style-type: none"> • No he iniciado actividad sexual. • No tengo pareja actualmente. • menos de un año • de uno a 3 años • de 4 a 6 años • más de 6 años |

7. PROCEDIMIENTOS

Procedimientos operativos:

Iniciamos con la selección del tema a investigar, redacción del protocolo de investigación una vez terminado se ingresó a través de SIRELCIS para su revisión por el Comité Local de Investigación posterior a que por este comité fue autorizado, se solicitaron los permisos pertinentes al director de la UMF no. 26 previa exposición del protocolo. También se informó al personal médico y de enfermería sobre el proyecto.

Todos los días y durante el período de recolección de los datos se abordó a los adolescentes de 10 a 19 años que se encontraban en la sala espera de la consulta externa de Medicina Familiar y de Medicina Preventiva, para invitarlos a participar, explicándoles los alcances, señalándoles las políticas de privacidad y uso de datos personales.

El investigador se presentó con el joven adolescente mayor de 18 años y le informo sobre el tema de la investigación, diciéndole que se le dará una encuesta tipo cuestionario el cual será contestado por el mismo, en un lugar privado, cuando el adolescente estuvo de acuerdo con la realización del estudio, se le solicito firmar el consentimiento informado, salvo si fue acompañado por el padre o tutor al cual se le solicito su firma, una vez firmado se le otorgo el formato del cuestionario, dándole el tiempo necesario para formular sus respuestas, se le recogió el formato y se le agradeció su participación en el estudio. En caso de que el joven adolescente no autorizo firmar el consentimiento informado se le agradeció la intención por su participación.

En el caso de los menores de edad se les explico a ellos y a sus padres sobre el tema de investigación y procedimiento a realizar, se le solicito al padre o tutor su firma en el consentimiento informado en caso de que esté de acuerdo y firme se procederá igual que en los adolescentes mayores de 18 años.

En caso de adolescentes que sean menores que se encontraron solos, se les invito a acudir al día siguiente junto con el padre o tutor.

Para la aplicación del cuestionario se invitó al adolescente a un consultorio habilitado específicamente para tal fin. Se procuro que el joven permanezca sólo en el habitáculo y no fuera interrumpido durante el procedimiento. En el caso de más jóvenes se les pedio que esperaran a que terminara quién ya se encuentra realizando el cuestionario o se habilito otro espacio para tal fin. En los menores de edad fue acompañado por una enfermera la cual no intervino en el llenado de la encuesta.

Los datos están capturados en hojas Excel después de su procesamiento al terminar el período de recolección de datos, las cuales se analizaron mediante análisis de medias, estadificando medidas paramétricas y no paramétricas.

Sólo el investigador tendrá acceso a los cuestionarios, éstos fueron codificados por una clave al término del período de recolección de datos y se mantendrán bajo resguardo para futuras investigaciones. Una vez que fueron capturados los datos, se elaboraron los resultados y conclusiones del estudio, terminando con la redacción de la tesis entregándose en tiempos indicados por nivel central y universitario, con posterior difusión de resultados por foros y congresos.

Instrumentos:

Para la encuesta se aplicaron dos instrumentos independientes, los cuales se describen a continuación:

El instrumento de Rosales-Rivera es tomado de un estudio de conocimientos básicos sobre los métodos anticonceptivos, realizado de la UMF no 47 de San Luis Potosí, validado por medio del coeficiente alfa de Cronbach igual a 0.85, así como la revisión por seis expertos en el tema en población mexicana durante el 2008, contando con un 95% de confianza¹⁸.

Se compone de tres dimensiones: conocimiento métodos anticonceptivos, participación en uso de métodos anticonceptivos y actitud frente a la metodología anticonceptiva.

La primera dimensión referente a conocimiento se califica con base al número de reactivos contestados acertadamente. De 0 a 5 aciertos se define como conocimiento malo,

de 6 a 10 aciertos conocimiento moderado y de 11 a 16 aciertos con buen conocimiento sobre métodos anticonceptivos (ver Anexo C, Tabla 1).

La segunda dimensión referente a participación consta de 9 ítems, las cuales se categorizan con base a 8 reactivos positivos, de 1 a 3 aciertos: mala participación, 4 a 5 aciertos: moderada participación, y 6 a 8 aciertos buena participación; y se calificara de la siguiente forma (ver Anexo C, Tabla 2):

- La pregunta No. 17 es de control para determinar el tiempo con su pareja actual.
- La No. 18 se toma como reactivo positivo si se utiliza un método de planificación familiar por cualquiera de los miembros del binomio.
- La pregunta No. 19 se toma como reactivo positivo en relación a la pregunta no. 17, si cuenta con pareja con menos de un año y si durante este tiempo han planificado.
- La pregunta No.20 se toma como reactivo negativo en caso de las respuestas: “No estoy de acuerdo”, “No he pensado en eso”, “Porque es cosa de mujeres”, y “No me gusta usar un método”.
- Las preguntas No. 21 - No. 25 se consideran reactivos positivos si la participación de la pareja es en conjunto o la decisión la toma la pareja.

La actitud se basa en lo que se piensa sobre los métodos anticonceptivos se considera un reactivo de tipo Likert, correspondiente a la pregunta no. 26, la actitud positiva se califica con las respuestas: “lo mejor que puedo hacer” y “buena”; y actitud negativa ante las contestaciones: “ni buena, ni mala”, “mala” y “pienso que es lo peor” (ver Anexo C, Tabla 3).

El instrumento de Carrión y Chavarry para conocimiento de paternidad responsable es una encuesta que formula 20 preguntas cerradas, con la finalidad de evaluar el nivel de conocimiento y actitud frente a ella, la confiabilidad del instrumento se determinó a través del coeficiente alfa de Cronbach 0.88, diseñada y validada en adolescentes de una institución educativa nivel secundaria en Trujillo, Perú durante el 2015. Para la validez se utilizó el criterio de la opinión de expertos y se recurrió a personas especialistas en el tema quienes

dieron su opinión, mencionando que el instrumento cumple con las características apropiadas para que se pueda medir lo que pretende determinar³³.

La dimensión de conocimiento en paternidad responsable consta de 10 preguntas, y se le da una calificación máxima de 40 puntos, cada pregunta tiene un valor de 4 puntos por respuesta correcta; las preguntas 1, 3, 4, 6, 7, 10 tiene como respuesta verdadera solo una, y su puntuación es 4 puntos, y las preguntas 2, 5, 8, 9 tiene dos respuestas verdaderas y cada respuesta verdadera vale dos puntos sumadas son cuatro puntos. Calificando el nivel de conocimiento en: alto de 30-40 puntos, medio de 20-29 puntos, bajo de 10-19 puntos y nulo de 01-09 puntos (ver Anexo C, Tabla 4).

Las preguntas de actitud ante la paternidad responsable constan de 10 preguntas con una puntuación máxima de 50 puntos, cada pregunta tiene un valor de 5 puntos, con la escala de Likert. Al responder a una pregunta de la encuesta elaborada, se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración. Resultando en una actitud positiva si puntúan de 26-50 puntos y negativa con puntuación menor o igual a 25 puntos (ver Anexo C, Tabla 5).

Procedimientos de análisis de datos:

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico R versión 3.4.0 para Windows (The R Project for Statistical Computing, disponible en: <https://www.r-project.org/>

Se elaboraron las tablas de tasas porcentuales con intervalos de confianza al 95% para cada variable dependiente. Se diseñarán gráficos de frecuencias. Se buscarán diferencias según nivel de conocimientos mediante la prueba de X^2 considerándose como significativas dichas diferencias si $p < 0.05$.

Se calculo la proporción de cada categoría del nivel de conocimiento bueno, moderado o malo obtenidos en la dimensión de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, al igual que las categorías de nivel de conocimiento alto, medio, bajo o nulo de la dimensión de conocimientos sobre paternidad responsable obtenidos del cuestionario.

Se estratifico según grupo de edad, genero, estado civil y condición de madre o padre de acuerdo a su nivel obtenido en las dimensiones de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y conocimientos sobre paternidad responsable buscando diferencias entre

grupos mediante la prueba de X^2 considerándose como significativas dichas diferencias si $p < 0.05$.

Se estratifico según grupo de edad, genero, estado civil y condición de madre o padre de acuerdo a la actitud obtenida positiva y negativa en la dimensión de actitud frente a los métodos anticonceptivos y actitud sobre paternidad responsable, buscando diferencias entre grupos mediante la prueba de X^2 considerándose como significativas dichas diferencias si $p < 0.05$.

Se estratifico según grupo de edad, genero, estado civil y condición de madre o padre de acuerdo a la participación obtenida buena, moderada y mala, en la dimensión de participación en el uso de los métodos anticonceptivos buscando diferencias entre grupos mediante la prueba de X^2 considerándose como significativas dichas diferencias si $p < 0.05$.

8. ASPECTOS ÉTICOS:

La presente investigación se ejecutó en base a principios éticos apegados al Código de Nuremberg⁵⁶, publicada el 20 de agosto de 1947 siendo este el primero documento que planteo explícitamente la obligación de solicitar un Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente; el informe de Belmont, la Declaración de Helsinki⁵⁷ de 1975 y enmendada en 1989 promulgada por la Asociación Médica Mundial para guiar a la comunidad médica y a otras personas a la experimentación con seres humanos: la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud⁵⁸ siendo lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

Se recabo un consentimiento informado de cada participante en la investigación, siendo voluntarios informados, respetando su derecho de a la confidencialidad, su derecho a la autodeterminación y a tomas decisiones informadas. En Adolescentes menores de 18 años se le solicito la firma de consentimiento al padre o tutor y adolescentes mayores de 18 años lo firmo el participante.⁵⁶

El deber como investigador es solamente hacia el sujeto, estando el bienestar siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad. La investigación se ajustó a los principios científicos y éticos, se realizó por profesional con conocimiento y experiencia de la integridad del individuo, del campo científico, con una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios, con un beneficio a la población estudiada. Se dieron por escrito a cada participante políticas de privacidad de datos y manejo de la información personal.^{56,57}

Los procedimientos están apegados a los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Sólo el investigador y el asesor estadístico, tuvo acceso a los cuestionarios y éstos fueron codificados sustituyendo el nombre por una clave al término del período de recolección de datos.⁵⁶

De acuerdo de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud en su Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 17 se considera una investigación sin riesgo ya que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas,

psicológicas y sociales de los individuos que participan en este estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros⁵⁸.

9. RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

Recursos Humanos:

Los sujetos del estudio adolescentes ambos géneros de 10-19 años derechohabientes de la UMF 26.

Directivo de la UMF no. 26, Dr. Silvestre Flores Villanueva y personal de la misma, un médico general, 3 auxiliares de enfermería para la identificación de los potenciales individuos de investigación, así como para la información muy básica sobre los procedimientos a llevarse a cabo.

Los responsables de la conducción del presente proyecto son:

Asesor metodológico. Dr. Rafael Nieva De Jesús, con amplia experiencia en metodología de la investigación.

Asesor temático: Dra. Jovita Salazar Cruz, con amplia experiencia sobre el tema

Asesor estadístico: Dr. Osman Acosta Ortega, con experiencia en bioestadística y en el manejo del paquete estadístico R

Investigador: Dra. Carmen Lizet Martínez Domínguez, responsable directa del proyecto de investigación y los procedimientos de campo.

Recursos Físicos y financiamiento:

Los recursos relativos al espacio físico y mobiliario serán los propios de la unidad médica, UMF no. 26, Cárdenas, San Luis Potosí. Los espacios son la sala de espera de consulta externa, 2 consultorios de Medicina Familiar, 1 consultorio de Medicina Preventiva y 1 área de curaciones.

La Tesista fue quien proveo de la computadora de trabajo cargada con Windows 10 con licencia, así como paquete Office Profesional Plus 2013 con licencia. También tiene una impresora marca: HP Dest Jet Ink Advantage 1115.

El asesor metodológico proveo de su propia computadora cargada con Windows 7 con licencia, Office Home and Student 2010 con licencia y el paquete estadístico R versión 3.4.0 para Windows, licencia de código abierto.

Los materiales de oficina necesarios para el estudio y los costos, se muestran en la Tabla 2 y serán provistos y financiados por la Tesista.

Tabla 2: Material de oficina y costos

| Recursos Físicos y Materiales | Costos |
|--------------------------------------|---------------|
| Internet por 3 años | \$ 6,000.00 |
| Computadora | \$ 8,000.00 |
| Cartuchos de tinta para impresora | \$ 700.00 |
| Hojas de papel Bond | \$ 500.00 |
| Copias | \$ 200.00 |
| Lápices y plumas | \$ 50.00 |
| Memoria USB 32 GB | \$ 200.00 |
| Total | \$ 15, 650.00 |

10. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 379 adolescentes de entre 12 a 19 años de edad. 165 adolescentes (43.54%) fueron del género masculino y 214 (56.46%) del género femenino. La media de edad fue de 15.17 años (IC95% = 14.99 - 15.36). La Tabla 1 muestra la distribución de los jóvenes estudiados según grupo de edad y género.

Tabla 1: Distribución de los adolescentes de 12 a 19 años estudiados en la UMF No.26 de Cárdenas SLP, 2018.

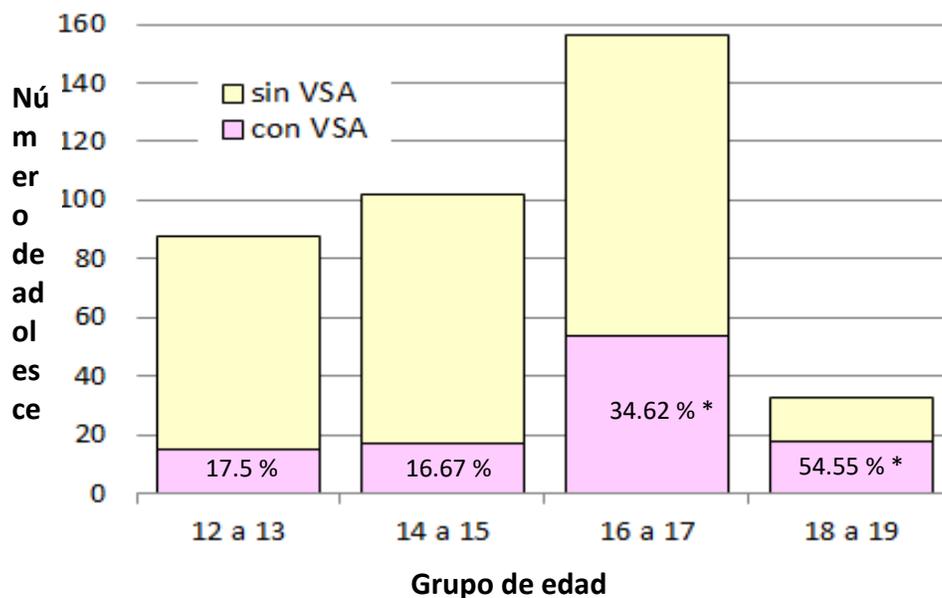
| Grupo Edad | Mujeres | | Hombres | | Total | |
|--------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | N = 214 | | N = 165 | | N = 379 | |
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| 12 a 13 años | 38 | 17.76 | 50 | 30.30 | 88 | 23.22 |
| 14 a 15 años | 54 | 25.23 | 48 | 29.09 | 102 | 26.91 |
| 16 a 17 años | 102 | 47.66 | 54 | 32.73 | 156 | 41.16 |
| 18 a 19 años | 20 | 9.35 | 13 | 7.88 | 33 | 8.71 |
| | 214 | 100 | 165 | 100 | 379 | 100 |

Fuente: Encuestas sobre nivel de conocimientos sobre metodología anticonceptiva y paternidad responsable en adolescentes de la UMF no.26 de Cárdenas, San Luis Potosí

El 27.44% del total de los adolescentes encuestados refirió haber iniciado vida sexual activa (n = 104). Al considerar a los jóvenes por grupo de edad apreciamos que un 17.05% de los jóvenes de 13 a 14 años refirió haber iniciado vida sexual activa, elevándose este porcentaje hasta un 54.55% entre los jóvenes de 18 a 19 años siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$; Gráfico 1).

Cuando consideramos ambos géneros por separado, tenemos que 1 de cada 3 varones y 1 de cada 4 mujeres tienen vida sexual activa (30.91%, n = 51 vs 24.77%, n = 53). Esta diferencia no es, sin embargo, estadísticamente significativa ($p = 0.225$). Estos resultados se muestran en el Gráfico 2.

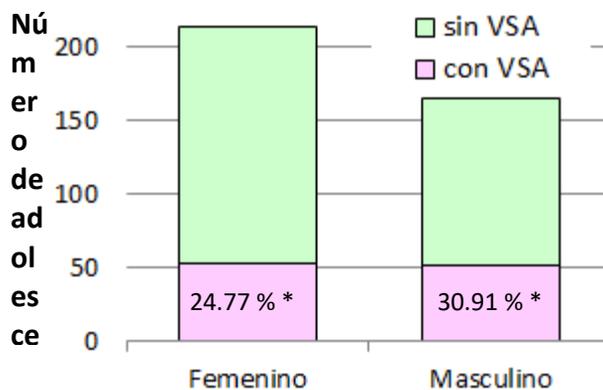
Gráficos 1: Distribución de los Adolescentes de la UMF No.26 por grupo de edad y según inicio de vida sexual activa. Cárdenas SLP, 2018



* $p < 0.001$

Fuente: Encuestas sobre nivel de conocimientos sobre metodología anticonceptiva y paternidad responsable en adolescentes de la UMF no.26 de Cárdenas, San Luis Potosí

Gráfico 2: Distribución de los Adolescentes de la UMF No.26 de por género y según inicio de vida sexual activa. Cárdenas SLP, 2018

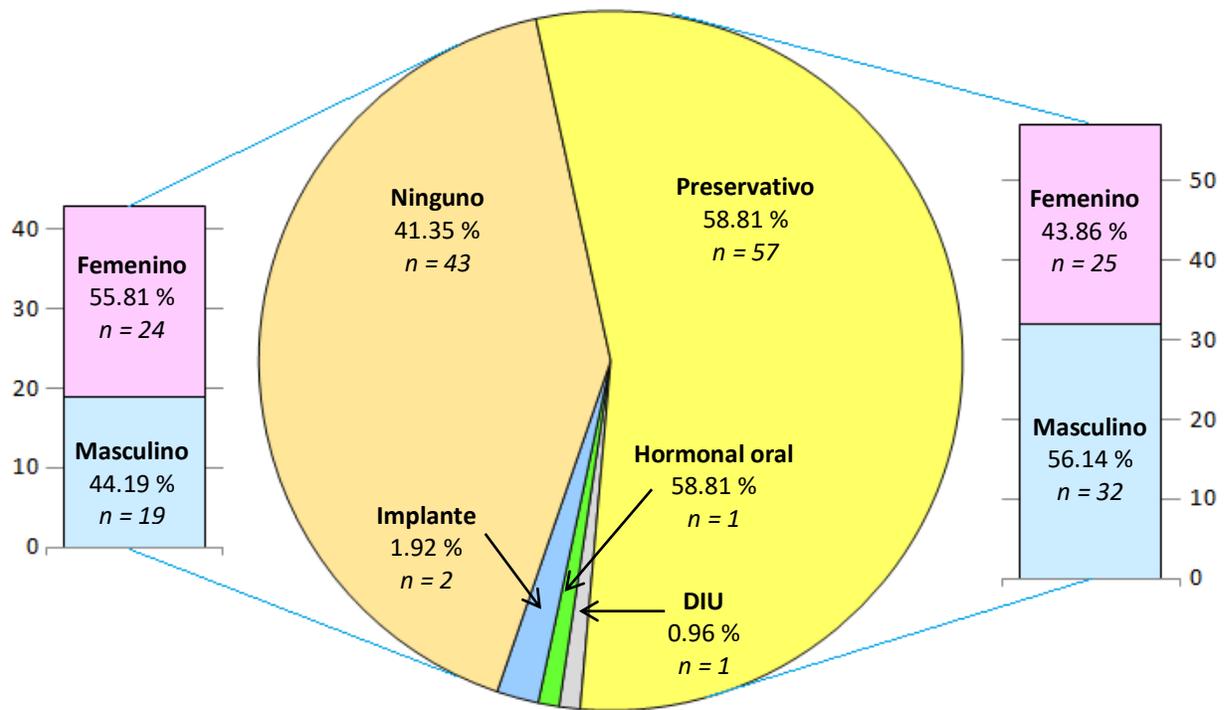


* $p = 0.225$

Fuente: Encuestas sobre nivel de conocimientos sobre metodología anticonceptiva y paternidad responsable en adolescentes de la UMF no.26 de Cárdenas, San Luis Potosí

Del total de jóvenes que han iniciado vida sexual activa, encontramos que un 54.81% (n = 57) usa el preservativo como método de planificación familiar mientras que un 41.35% (n = 43) no usa ningún método (n = 43). Sólo una joven expresó tener DIU, otra joven usa hormonales orales y dos adolescentes refirieron tener implante subdérmico. De hecho casi la mitad de los jóvenes que refirieron usar preservativo son mujeres (43.86% de los usuarios de preservativo, n = 25) y del mismo modo, poco más de la mitad de los jóvenes que refirieron no usar ningún método también son mujeres (55.81% de los jóvenes que refirieron no usar método, n = 24). Estos datos se aprecian mejor en el Gráfico 3.

Gráficos 3: Método de planificación familiar en los Adolescentes que han iniciado vida sexual activa de la UMF No.26 y género de los usuarios de preservativo y no usuarios de metodología.
Cárdenas SLP, 2018

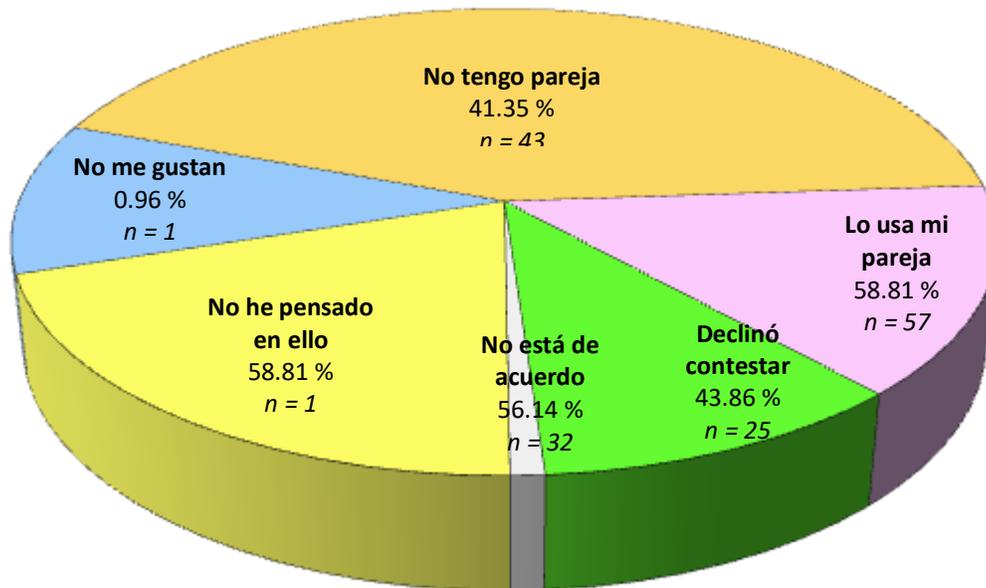


Fuente: Encuestas sobre nivel de conocimientos sobre metodología anticonceptiva y paternidad responsable en adolescentes de la UMF no.26 de Cárdenas, San Luis Potosí

Las razones expresadas por los encuestados que han iniciado vida sexual activa y por las que no usan metodología anticonceptiva son diversas y casi la mitad de los jóvenes refirió

no usarlos por no tener pareja (43.27%, n = 45), uno de cada cinco mencionó que no han pensado en ello (20.19%, n = 21). Las diversas respuestas otorgadas se muestran en el Grafico 4.

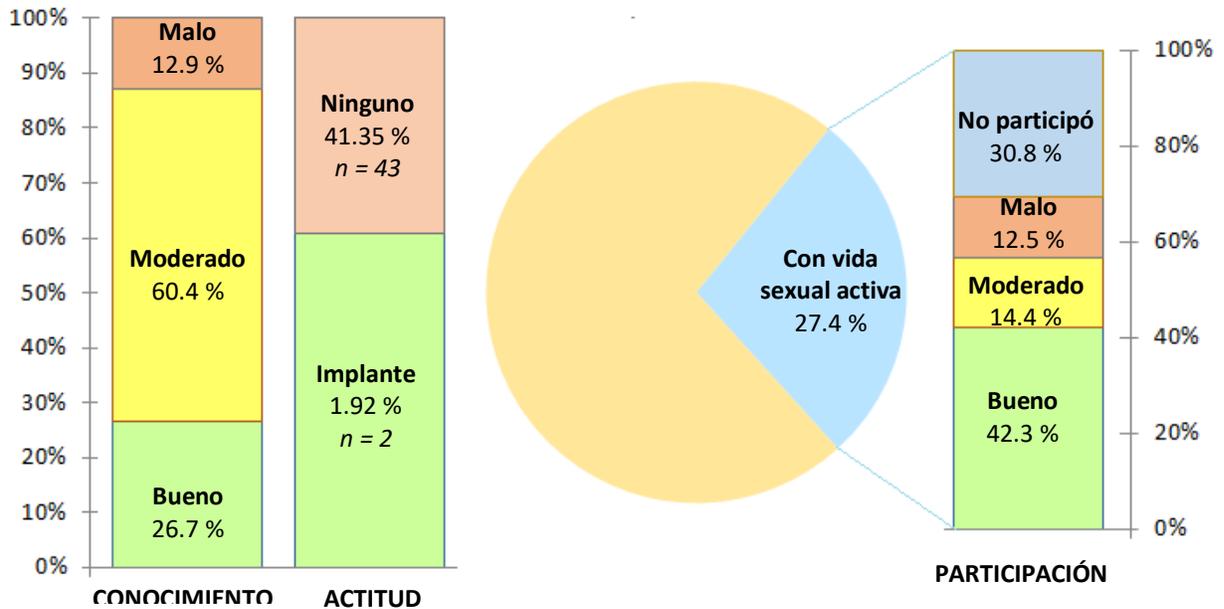
Gráficos 4: Causas por las que no usan metodología los Adolescentes que han iniciado vida sexual activa de la UMF No.26. Cárdenas SLP, 2018



Fuente: Encuestas sobre nivel de conocimientos sobre metodología anticonceptiva y paternidad responsable en adolescentes de la UMF no.26 de Cárdenas, San Luis Potosí

La aplicación del instrumento sobre conocimientos básicos, actitud y participación en Metodología Anticonceptiva, demostró un conocimiento de nivel moderado la mayoría de los jóvenes encuestados, 60.42% para ser exactos (n = 229). Sólo 26.65% demostró un conocimiento de nivel bueno (n = 101). Del mismo modo la actitud en relación a la metodología anticonceptiva se clasificó como positiva en 60.69% de los jóvenes (n = 230). Para la participación en metodología anticonceptiva sólo se consideró a los jóvenes que refirieron haber iniciado vida sexual activa y se consideró como buena en el 42.31% de estos jóvenes (n = 44) y mala en el 12.5% (n = 12), aunque el 30.7% de los jóvenes declinó dar su respuesta (n = 32). Estos resultados se resumen en el Grafico 5.

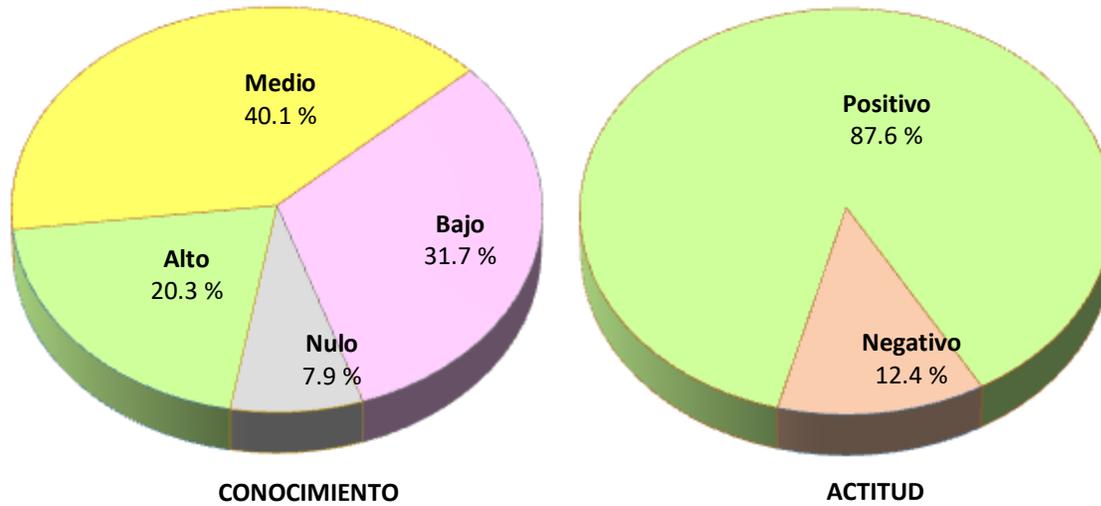
Gráficos 5: Nivel de conocimientos, actitud y participación en Metodología Anticonceptiva de los Adolescentes de la UMF No.26. Cárdenas SLP, 2018



Fuente: Encuestas sobre nivel de conocimientos sobre metodología anticonceptiva y paternidad responsable en adolescentes de la UMF no.26 de Cárdenas, San Luis Potosí

Del mismo modo, la aplicación del instrumento sobre conocimientos y actitudes sobre la Paternidad Responsable, también demostró un conocimiento de nivel medio en la mayoría de los jóvenes encuestados (40.11%, n = 1529). Sólo 20.32% demostró un conocimiento de nivel alto (n = 77). Por otra parte, la actitud en relación a la paternidad responsable se clasificó como positiva en 87.6% de los jóvenes (n = 332). Estos resultados se resumen en el Gráfico 6.

Gráficos 6: Nivel de conocimientos y actitud sobre Paternidad Responsable de los Adolescentes de la UMF No.26. Cárdenas SLP, 2018



Fuente: Encuestas sobre nivel de conocimientos sobre metodología anticonceptiva y paternidad responsable en adolescentes de la UMF no.26 de Cárdenas, San Luis Potosí

Las tablas 2 a 6 muestran los resultados de las encuestas sobre conocimiento, actitud y participación en metodología anticonceptiva y sobre conocimiento y actitud en paternidad responsable según la edad, el género y el inicio de vida sexual activa.

En cuanto al conocimiento en metodología anticonceptiva sólo se encontró diferencias significativas con el género ($p = 0.02$). Estas diferencias fueron evidentes en aquellos jóvenes con resultado malo, en virtud de que el doble de mujeres obtuvo esta nota en relación a los hombres (16.82% vs 7.88%). En cambio, no se encontró diferencias significativas en relación a la edad ($p = 0.49$) y al inicio de vida sexual activa ($p = 0.07$), como se aprecia en la tabla 2.

Tabla 2: Nivel de conocimiento en metodología anticonceptiva de los adolescentes de la UMF No.26 según grupo de edad, género e inicio de vida sexual activa. Cárdenas SLP, 2018

| | Bueno N = 101 | | Moderado N = 229 | | Malo N = 49 | | Total N = 379 | |
|---------------------------------|-------------------------|-------|----------------------------|-------|-----------------------|-------|-------------------------|-----|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Grupo de edad (años) | | | | | | | | |
| 12 a 13 | 18 | 20.45 | 59 | 67.05 | 11 | 12.5 | 88 | 100 |
| 14 a 15 | 28 | 27.45 | 57 | 55.88 | 17 | 16.67 | 102 | 100 |
| 16 a 17 | 44 | 28.21 | 93 | 59.62 | 19 | 12.18 | 156 | 100 |
| 18 a 19 | 11 | 33.33 | 20 | 60.61 | 2 | 6.06 | 33 | 100 |
| Género * | | | | | | | | |
| Femenino | 58 | 27.1 | 120 | 56.07 | 36 | 16.82 | 214 | 100 |
| Masculino | 43 | 26.06 | 109 | 66.06 | 13 | 7.88 | 165 | 100 |
| Vida sexual activa (VSA) | | | | | | | | |
| Sin VSA | 65 | 23.64 | 171 | 62.18 | 39 | 14.18 | 275 | 100 |
| Con VSA | 36 | 34.62 | 58 | 55.77 | 10 | 9.62 | 104 | 100 |

* $p < 0.05$

Fuente: Encuestas sobre nivel de conocimientos sobre metodología anticonceptiva y paternidad responsable en adolescentes de la UMF no.26 de Cárdenas, San Luis Potosí

Tabla 3: Grado de participación en metodología anticonceptiva de los adolescentes de la UMF No.26 que ya han iniciado vida sexual activa, según grupo de edad y género. Cárdenas SLP, 2018

| | Bueno N = 44 | | Moderado N = 15 | | Malo N = 13 | | No contestó N = 32 | | Total N = 104 | |
|------------------------|------------------------|-------|---------------------------|-------|-----------------------|-------|------------------------------|-------|-------------------------|-----|
| | <i>N</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Grupo de edad * | | | | | | | | | | |
| 12 a 13 | 0 | 0 | 1 | 6.67 | 2 | 13.33 | 12 | 80 | 15 | 100 |
| 14 a 15 | 7 | 41.18 | 1 | 5.88 | 1 | 5.88 | 8 | 47.06 | 17 | 100 |
| 16 a 17 | 26 | 48.15 | 11 | 20.37 | 7 | 12.96 | 10 | 18.52 | 54 | 100 |
| 18 a 19 | 11 | 61.11 | 2 | 11.11 | 3 | 16.67 | 2 | 11.11 | 18 | 100 |
| Género | | | | | | | | | | |
| Femenino | 19 | 35.85 | 12 | 22.64 | 5 | 9.43 | 17 | 32.08 | 53 | 100 |
| Masculino | 25 | 49.02 | 3 | 5.88 | 8 | 15.69 | 15 | 29.41 | 51 | 100 |

* $p < 0.001$

Fuente: Encuestas sobre nivel de conocimientos sobre metodología anticonceptiva y paternidad responsable en adolescentes de la UMF no.26 de Cárdenas, San Luis Potosí

Para el rubro sobre la participación en metodología anticonceptiva, sólo se tomó en cuenta a aquellos jóvenes que refirieron inicio de vida sexual activa. En los menores de 12 a 13 años, el 80% de los jóvenes no contestó y ningún joven tuvo una buena participación. Hubo una disminución progresiva en la declinación a contestar en la medida en que los jóvenes tienen mayor edad, y un incremento también progresivo en la buena participación

también con la edad, de tal manera que los jóvenes de 18 a 19 años tuvieron buena participación en el 61.11%. Estas diferencias si tuvieron significancia estadística ($p < 0.001$) pero no se tuvo diferencias en relación al género ($p = 0.7$). Esto se aprecia mejor en la Tabla 3.

Tabla 4: Actitud de los adolescentes de la UMF No.26 en relación a la metodología anticonceptiva según grupo de edad y género e inicio de vida sexual activa. Cárdenas SLP, 2018

| | Negativo N = 149 | | Positivo N = 230 | | Total N = 379 | |
|---------------------------------|---------------------|-------|---------------------|-------|------------------|-----|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Grupo de edad (años) * | | | | | | |
| 12 a 13 | 52 | 59.09 | 36 | 40.91 | 88 | 100 |
| 14 a 15 | 34 | 33.33 | 68 | 66.67 | 102 | 100 |
| 16 a 17 | 56 | 35.90 | 100 | 64.10 | 156 | 100 |
| 18 a 19 | 7 | 21.21 | 26 | 78.79 | 33 | 100 |
| Género | | | | | | |
| Femenino | 76 | 35.51 | 138 | 64.49 | 214 | 100 |
| Masculino | 73 | 44.24 | 92 | 55.76 | 165 | 100 |
| Vida sexual activa (VSA) | | | | | | |
| Sin VSA | 116 | 42.18 | 159 | 57.82 | 275 | 100 |
| Con VSA | 33 | 31.73 | 71 | 68.27 | 104 | 100 |

* $p < 0.001$

Fuente: Encuestas sobre nivel de conocimientos sobre metodología anticonceptiva y paternidad responsable en adolescentes de la UMF no.26 de Cárdenas, SLP.

La actitud frente a la metodología anticonceptiva no tuvo diferencias significativas en cuanto al género ($p = 0.11$) y en cuanto a vida sexual activa ($p = 0.08$) pero sí para la edad ($p < 0.001$). Sobre esto último encontramos que mientras que los jóvenes de 12 a 13 años tienen en su mayoría una actitud negativa (59.09%), la proporción se invierte a partir de los 14 años con un pico máximo en el grupo de jóvenes de 18 a 19 años (78.8% con actitud positiva). Los detalles se muestran en la Tabla 4.

Tabla 5: Nivel de conocimiento en paternidad responsable de los adolescentes de la UMF No.26 según grupo de edad, género e inicio de vida sexual activa. Cárdenas SLP, 2018

| | Bueno N = 77 | | Moderado N = 152 | | Malo N = 120 | | Nulo N = 30 | | Total N = 379 | |
|---------------------------|------------------------|-------|----------------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------|-------|-------------------------|-----|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Grupo de edad * | | | | | | | | | | |
| 12 a 13 | 3 | 3.41 | 25 | 28.41 | 45 | 51.14 | 15 | 17.05 | 88 | 100 |
| 14 a 15 | 26 | 25.49 | 35 | 34.31 | 31 | 30.39 | 10 | 9.80 | 102 | 100 |
| 16 a 17 | 39 | 25.00 | 78 | 50.00 | 35 | 22.44 | 4 | 2.56 | 156 | 100 |
| 18 a 19 | 9 | 27.27 | 14 | 42.42 | 9 | 27.27 | 1 | 3.03 | 33 | 100 |
| Género * | | | | | | | | | | |
| Femenino | 55 | 25.70 | 98 | 45.79 | 55 | 25.70 | 6 | 2.80 | 214 | 100 |
| Masculino | 22 | 13.33 | 54 | 32.73 | 65 | 39.39 | 24 | 14.55 | 165 | 100 |
| Vida sexual activa | | | | | | | | | | |
| Sin VSA | 51 | 18.55 | 106 | 38.55 | 95 | 34.55 | 23 | 8.36 | 275 | 100 |
| Con VSA | 26 | 25.00 | 46 | 44.23 | 25 | 24.04 | 7 | 6.73 | 104 | 100 |

* $p < 0.001$

Fuente: Encuestas sobre nivel de conocimientos sobre metodología anticonceptiva y paternidad responsable en adolescentes de la UMF no.26 de Cárdenas, San Luis Potosí

El nivel de conocimientos en paternidad responsable no tuvo significancia en relación a la vida sexual activa ($p = 0.17$) pero sí en relación a la edad y el género ($p < 0.001$). En la Tabla 5 se puede apreciar que la mayoría de los jóvenes de 12 a 13 años tiene conocimiento malo o nulo (68.2%), mientras que la proporción va mejorando conforme avanza la edad, hasta el punto en que la mayoría de los jóvenes de 18 a 19 años tienen conocimiento bueno a moderado (69.7%). De la misma manera, apreciamos que las mujeres en su mayoría tienen conocimiento alto a medio (71.5%), mientras que poco más de la mitad de los hombres tienen conocimiento bajo o nulo (53.9%)

Tabla 6: Actitud de los adolescentes de la UMF No.26 en relación a la paternidad responsable según grupo de edad y género e inicio de vida sexual activa. Cárdenas SLP, 2018

| | Negativo N = 47 | | Positivo N = 332 | | Total N = 379 | |
|--|---------------------------|---|----------------------------|---|-------------------------|---|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |

| Grupo de edad (años) * | | | | | | |
|---------------------------------|----|-------|-----|-------|-----|-----|
| 12 a 13 | 22 | 25.00 | 66 | 75.00 | 88 | 100 |
| 14 a 15 | 13 | 12.75 | 89 | 87.25 | 102 | 100 |
| 16 a 17 | 7 | 4.49 | 149 | 95.51 | 156 | 100 |
| 18 a 19 | 5 | 15.15 | 28 | 84.85 | 33 | 100 |
| Género * | | | | | | |
| Femenino | 15 | 7.01 | 199 | 92.99 | 214 | 100 |
| Masculino | 32 | 19.39 | 133 | 80.61 | 165 | 100 |
| Vida sexual activa (VSA) | | | | | | |
| Sin VSA | 36 | 13.09 | 239 | 86.91 | 275 | 100 |
| Con VSA | 11 | 10.58 | 93 | 89.42 | 104 | 100 |

* $p < 0.001$

Fuente: Encuestas sobre nivel de conocimientos sobre metodología anticonceptiva y paternidad responsable en adolescentes de la UMF no.26 de Cárdenas, SLP.

La actitud frente a la paternidad responsable también tuvo significancia para la edad y el género ($p < 0.001$), no así para el inicio de vida sexual activa ($p = 0.63$). La Tabla 6 da cuenta de esta situación. Si bien se aprecia que en todos los grupos de edad predomina la actitud positiva, la proporción en relación a la actitud negativa mejora con la edad. Así es que mientras el 75% de los jóvenes de 12 a 13 años tienen actitud positiva, la proporción alcanza un pico de 95.5% en el grupo de 16 a 17 años, manteniéndose a 84.8% en los jóvenes de 18 a 19 años. De manera similar, casi todas las mujeres tienen actitud positiva frente a la paternidad responsable (92.9%) mientras que los hombres tienen una proporción significativamente menor (80.6%).

11. DISCUSION

En la presente investigación se estudiaron un total de 379 adolescentes de entre 12 a 19 años de edad, de los cuales se determinaron mediante un cuestionario su conocimiento en métodos anticonceptivos y paternidad responsable. De este total de adolescentes el 27.44% del total de los encuestados refirió haber iniciado vida sexual activa, el 17.05% de los jóvenes se encontraron dentro de los 13 a 14 años, elevándose este porcentaje hasta un 54.55% entre los jóvenes de 18 a 19 años siendo las diferencias estadísticamente significativas. Peralta-Sanchez A ⁵⁹, menciona en su estudio Conocimientos y actitudes de 700 adolescentes de 12-17 años acerca de la sexualidad y la anticoncepción, originarios del sureste del estado de Puebla, México 2018, que el 26% de su población estudiada había tenido relaciones coitales, y aunque 80% afirmaron que usaron algún método anticonceptivo como condón y anticoncepción de emergencia, la verdad se visualizaba en forma inmediata cuando el estado de Puebla está entre los primeros del país que aportan adolescentes embarazadas. Con respecto a la edad de inicio de vida sexual activa estudios como de Renfigo-Reina y Cols¹³, en Colombia, sobre conocimientos de metodología anticonceptiva en adolescentes reporta que la edad de inicio de relaciones sexuales fue en promedio 13 años, siendo en nuestra población esta edad la que tiene menor porcentaje de inicio de vida sexual activa. En el estudio de Electra - González y Cols⁶⁰ del 2017 a 116 adolescentes chilenas el promedio de edad de inicio de vida sexual activa fue a las 16.3 años, similar a nuestro estudio. En Cuba en 2016, un estudio por Domínguez-Fabars⁶¹, estudio observacional, descriptivo el cual evaluó los conocimientos sobre la sexualidad responsable y la prevención de las ITS/VIH/SIDA en un grupo de adolescentes entre 14 y 17 años, el promedio de inicio vida sexual activa fue a los 15 años. Villalobos A y Cols⁶² en una Encuesta representativa nacional en escuelas de educación media superior en México, realizada en 2014, el 35.8% de los hombres y 19% de las mujeres iniciaron su vida sexual en edades menores a los 15 años. Todos los estudios previos, el porcentaje mayor de adolescentes con vida sexual activa se encuentra en los menores de 15 años, lo cual no es similar a lo mostrado en nuestro estudio ya que la mayoría de las adolescentes con vida sexual activa se encuentra entre los 18 a 19 años.

Del total de jóvenes que han iniciado vida sexual activa, encontramos que un 54.81% usa el preservativo como método de planificación familiar, siendo este resultado similar a los múltiples estudios realizados dentro y fuera del país ^{9,15,16,63}. Un 41.35% de los adolescentes no usa ningún método de planificación, poco más fueron mujeres. Las razones por las que no usan metodología anticonceptiva son diversas y casi la mitad de los jóvenes refirió no usarlos por no tener pareja, a comparación del estudio de Villalobos A y Cols ⁶², donde los hombres y mujeres adolescentes sexualmente activos dieron como razón para el no uso de método anticonceptivo en sus relaciones sexuales, el no haberlo usado en su primera relación sexual, el desconocimiento de los métodos anticonceptivos más efectivos y la baja negociación sobre el uso del condón. Domínguez-Fabars⁶¹, hace referencia que en él 72% de las relaciones desprotegidas no se utilizó condón, ya que presta cierta incomodidad y no sentir lo mismo con esté que sin él. Rosales-Silva¹⁶, en su tesis recepcional en 2011 en la UMF No. 45 en San Luis Potosí, el 63.4% de las adolescentes no uso anticonceptivo ya sea por qué no lo tuvo disponible al momento, no lo recordó o no lo creyó necesario. Las razones del no uso de métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales en los adolescentes son muy diversas de acuerdo a los estudios previamente mencionados, no existe una correlación establecida en una causa específica.

La aplicación del instrumento sobre conocimientos básicos en Metodología Anticonceptiva, demostró un conocimiento de nivel moderado 60.42%, comparado con conocimiento nivel bueno 26.65%, casi similar a los resultados de Parodi-Carro⁹ donde el 61% de los adolescentes presenta un nivel medio de conocimiento sobre educación sexual, mientras que solo 18% tenía un nivel alto de conocimiento, al igual que Sánchez-Menece y Cols¹⁵, se demostró que el nivel de conocimiento fue calificado como medio en 60.8% y bajo en 23.3% estudios realizados en nuestro país, a diferencia de los resultados de Fernández-Lozano¹⁰ en 148 adolescentes del Perú, el 50% tiene un nivel de conocimiento bueno, el 40.5% nivel regular y el 9.5% deficiente. En una tesis recepcional sobre nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes ⁶³, en Perú año 2017, observo que de los 57 adolescentes que se informaron en el colegio sobre métodos anticonceptivos el 43.5% tiene nivel de conocimiento bajo, seguido de 37.1% medio, mientras que del mismo grupo se encontró el 11.3% con calificaciones alta. Rosario- Sarao y Cols ⁶⁴, en su estudio realizado en Tabasco, México en el 2018 sobre conocimientos en salud

sexual, se observó que más de la mitad de los participantes se ubicó en el rubro de regular 54 %, continuando con 23 % en el rubro de aceptable; cabe destacar que ningún participante se ubicó en el rubro de deficiente pero tampoco en el nivel óptimo de conocimiento. Peralta-Sánchez A⁵⁹, en Puebla, durante 2018, ante cinco cuestionamientos relacionados con la anticoncepción destacan los conocimientos nulos acerca de los métodos existentes, aunado a la creencia de que su conocimiento favorece tener relaciones sexuales, como afirmó 70% de los encuestados. Esto demuestra que ningún estudio incluido este, muestra conocimientos de nivel alto en métodos de anticoncepción en adolescentes.

En cuanto a la participación en el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes con vida sexual activa, en nuestro estudio hubo un incremento progresivo a una buena participación con respecto a la edad, de tal manera que los jóvenes de 18 a 19 años tuvieron una buena participación en el 61.11%. Vargas-Sosa S⁶⁵ en su tesis recepcional del 2015 observo en su población de estudio; que los hombres de 15 a 16 años, que viven en unión libre, que además de estudiar trabajan, que viven con otros familiares diferentes a sus padres y con nivel socioeconómico alto reportan en mayor proporción, participación en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. En el estudio de Carmona G y Cols⁶⁶ en Lima, Perú en 2017, en el cual participaron 33 mujeres y 23 varones adolescentes urbanos, con edades entre 18 y 19 años, donde la edad de inicio sexual osciló entre los 14 y 16 años menciono que la participación en el uso de métodos anticonceptivos en ambos géneros no es permanente ya que un grupo de entrevistados priorizó su uso con parejas estables a las que conocen y en la que confían, y otros con parejas ocasionales o fortuitas. En nuestro estudio en los menores de 12 a 13 años, el 80% de los jóvenes no contestó y ningún joven tuvo una buena participación pudiendo ser razones similares al estudio anterior, el no tener parejas estables, ya que una proporción de los adolescentes con vida sexual activa menciono no tener pareja actual (41.35%).

La actitud frente a la metodología anticonceptiva encontramos que los jóvenes de 12 a 13 años tienen en su mayoría una actitud negativa (59.09%), la proporción se invierte a partir de los 14 años con un pico máximo en el grupo de jóvenes de 18 a 19 años (78.8% con actitud positiva). En una investigación realizada en la Ciudad de Medellín, Colombia en 2009, por Grajales IC y Cardona D⁶⁷, a 1 178 adolescentes, entre los 12 y 18 años, más del

60% de los jóvenes tienen una actitud favorable hacia la educación sexual, tanto en el hogar como en la escuela; consideran que ejercer la sexualidad y utilizar los métodos anticonceptivos hacen parte de los derechos humanos, y que las relaciones sexuales ayudan al desarrollo de la personalidad. Rosario- Sarao y Cols ⁶⁴, en un estudio realizado en Tabasco, México en 2018, sobre la actitud frente a la salud sexual, el rubro más predominante se ubicó en la categoría de regular con 59%, seguido del 37% en quienes tuvieron una actitud negativa frente a la salud sexual; es decir, aunque existe información sobre temas relacionados con la sexualidad, aún existen adolescentes que muestran actitudes negativas frente a esta temática.

Con respecto al instrumento de conocimientos y actitudes sobre la Paternidad Responsable, se demostró que los Conocimientos sobre Paternidad Responsable se ubica en un conocimiento de nivel medio 40.11% de los jóvenes encuestados, 20.32% demostró un conocimiento de nivel alto; la mayoría de los jóvenes de 12 a 13 años (68.2%) tiene conocimiento malo o nulo, con respecto al género las mujeres en su mayoría tienen conocimiento alto a medio (71.5%), mientras que los hombres tienen conocimiento bajo o nulo (53.9%). Esto es similar al estudio realizado en Perú durante el año 2015³³, sobre la percepción de lo que implica la paternidad responsable y de cómo las características sociodemográficas influyen en el nivel de conocimiento y actitud frente a ella, los resultados mostraron que en cuanto a edad los adolescentes de 17-18 años presentan un nivel de conocimiento alto con el 61%, seguido de los jóvenes de 15-16 años con 49%, el sexo femenino tuvo un nivel de conocimiento alto en un 50%. En una tesis de posgrado del mismo país Perú³⁶, realizado en 250 enfermeras respecto al conocimiento y actitud en relación a la paternidad responsable, 70% tiene un nivel de conocimiento medio, 22% un nivel alto y 8% un nivel bajo sin relación a genero debido a que solo de realizo en el género femenino.

La actitud frente a la paternidad responsable se clasificó como positiva en 87.6% de los jóvenes, tuvo significancia para la edad y el género, si bien se aprecia que en todos los grupos de edad predomina la actitud positiva, la proporción en relación con la actitud negativa mejora con la edad, casi todas las mujeres tienen actitud positiva frente a la paternidad responsable (92.9%) mientras que los hombres tienen una proporción significativamente menor (80.6%). Con resultados similares a un estudio en nuestro país

conducido por Ramírez-Aranda y Cols³⁵, en el que se incluyeron 1,149 hombres de 15 a 19 años la gran mayoría de los adolescentes (92.8%), piensa que el hijo/a es una responsabilidad tanto de los hombres que embarazan como de las mujeres, predominando una actitud positiva hacia la paternidad responsable. Sin embargo en una investigación a una muestra aleatoria a 100 jóvenes de La Habana en 2016⁶⁸, concluyó que en la actualidad, la idea de paternidad en la mayoría de los jóvenes encuestados está muy desencarnada de la realidad, en el contexto de inestabilidad familiar que viven, no hay visión de responsabilidad en cuanto al tema, por tanto no lo gestan como un proyecto madurado en común con su pareja, sino que está condicionado por los cambios sociales, que responden a un cambio de paradigma de lo que es el hombre como ser social, su relación con los demás y con el mundo que le rodea. Lo que supone que al tener una actitud positiva en la mayoría de los estudios como en el nuestro, al convertirse en un hecho, como el ser padres, la actitud puede variar, a una actitud negativa.

En el grupo de edad de 12 a 13 años, el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos fue moderado 67.05%, la actitud ante los métodos anticonceptivos fue del 52%, el nivel de conocimiento de paternidad responsable fue malo o nulo en 68.2%, la actitud negativa hacia la paternidad responsable fue de un 25% porcentaje más alto en comparación con los demás grupos de edad, así como en la sección de participación se obtuvo menor cooperación para contestar la encuesta, lo cual nos orienta a que es el grupo de edad que amerita mayor intervención.

12. CONCLUSIONES

La mayoría de los resultados en nuestro estudio son similares a los demostrados en estudios previos; a excepción de la edad de inicio de vida sexual activa, la cual está en un rango de edad mayor, que los estudios antes mencionados, de tal forma que pueden existir variables no valoradas en este estudio, que determinan un inicio de vida sexual activa a mayor edad.

Las razones para el no uso de los métodos de planificación entre los adolescentes son variadas en este y otros estudios, no existiendo un dato específico; pero podemos concluir que el no tener una pareja estable, la edad y la falta de conocimiento con respecto a métodos anticonceptivos, en nuestra población fue una determinante importante.

Con respecto, al nivel de conocimientos, actitudes y participación en el uso de métodos anticonceptivos, nuestros resultados son similares a otros estudios. El nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, en su mayoría se ubica en un nivel medio o regular, no existiendo un nivel alto de conocimientos en estudios dentro o fuera de nuestro país, por consiguiente, se deduce, que, a pesar de las múltiples intervenciones en este rubro de edad, no han sido acertadas para incrementar el nivel de conocimientos. La actitud frente a los métodos anticonceptivos aun es negativa en los adolescentes, habiendo diferencia en las edades ya que a mayor edad mejor actitud. La participación es una variable difícil de determinar, debido a que la mayoría de los adolescentes tienen múltiples razones para no usar un método de planificación, además de, no tener parejas estables para promover la anticoncepción.

Los conocimientos y actitud sobre paternidad responsable son semejantes en otros estudios y en el presente, siendo el nivel de conocimiento medio el predominante, no encontrando estudios con resultados altos. La actitud positiva frente a la paternidad responsable fue también similar, aunque no se puede determinar si está actitud positiva, se mantiene como tal, ya que los adolescentes encuestados son solteros al momento de la realización del estudio. De acuerdo con nuestros resultados por rubro de edad los adolescentes de 12 a 13 años son los peor calificados y ameritan una intervención mayor.

13. SUGERENCIAS

En base a los resultados y conclusiones de este estudio, se realizan las siguientes sugerencias, para la población estudiada los cuales fueron adolescentes de 10 a 19 años pertenecientes a la UMF No, 26 de Cárdenas, SLP.

1. Realizar intervenciones educativas en púberes y adolescentes, con énfasis en el desarrollo de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, el correcto uso del condón y la promoción sobre mantener relaciones estables y seguras. Con priorización en el rubro de edad de 12 a 13 años.
2. Considerar realizar acciones educativas que incrementen el nivel de conocimiento sobre paternidad responsable y promuevan aún más la actitud positiva hacia ella en los adolescentes de todas las edades.
3. Abrir nuevas líneas de investigación que nos proporcionen información sobre las diferencias observadas en nuestra población con respecto al inicio de vida sexual a edades mayores. Así como estudios en jóvenes con hijos y con diferente estado civil para determinar si los niveles de conocimientos y actitud frente a la paternidad responsable se mantienen positivos.

14. ANEXOS:

Anexo A. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| | 2017 | | | | | 2018 | | | | | 2019 | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|---|---|---|---|------|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
| Selección del tema y Planteamiento del Problema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Búsqueda de la Bibliografía y Redacción del Protocolo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registro SIRELCIS, Revisión del Protocolo por parte del comité | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autorización al CLIES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solicitud de financiamiento y/o permisos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolección de la información. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Captura de datos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de datos y elaboración de tablas y gráficos de salida. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración y análisis de resultados. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de la discusión y las conclusiones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escritura e integración del trabajo final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Envío del trabajo final a la UNAM y a Nivel Central | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Difusión de resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

d) No sé.

Subraye SI, No o No sé de acuerdo al enunciado:

- | | | | |
|--|-------|-------|----------|
| 3. La envoltura del condón se abre con los dientes. | a) Si | b) No | c) No se |
| 4. El condón se coloca cuando el pene esta erecto. | a) Si | b) No | c) No se |
| 5. El condón se puede utilizar varias veces. | a) Si | b) No | c) No se |
| 6. El condón se retira después de haber terminado (eyaculado) dentro de la mujer. | a) Si | b) No | c) No se |
| 7. La vasectomía y salpingoclasia son cirugías que evita tener más hijos. | a) Si | b) No | c) No se |
| 8. Cuando se realiza la vasectomía en el hombre desaparece el deseo sexual. | a) Si | b) No | c) No se |
| 9. Después de que se realiza la vasectomía o salpingoclasia se da de alta el mismo día. | a) Si | b) No | c) No se |
| 10. Una semana posterior a la operación en el hombre se puede tener relaciones sexuales sin tener que usar otro método de planificación familiar. | a) Si | b) No | c) No se |
| 11. El coitus interruptus (método de retiro) consiste en terminar fuera de la vagina de la mujer. | a) Si | b) No | c) No se |
| 12. Eyacular fuera de la mujer es un método seguro para evitar un embarazo. | a) Si | b) No | c) No se |
| 13. Para terminar (eyacular) fuera de la mujer se necesita estar bien concentrado para no eyacular adentro de la vagina. | a) Si | b) No | c) No se |
| 14. Cuando el hombre termina fuera de la mujer siente placer. | a) Si | b) No | c) No se |
| 15. El líquido que sale del pene antes de eyacular tiene espermatozoides. | a) Si | b) No | c) No se |
| 16. Las Pastillas, Inyecciones, Implante subdérmico y Parche son métodos de planificación familiar hechos con Hormonas | a) Si | b) No | c) No se |

PARTICIPACIÓN EN EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

17. ¿Desde cuándo tienes relaciones sexuales con su pareja actual?
a) No he iniciado actividad sexual. d) de uno a 3 años
b) No tengo pareja actualmente. e) de 4 a 6 años
c) menos de un año f) más de 6 años
18. ¿Qué método de planificación familiar utiliza usted o su pareja? **Si tienes vida sexual activa.**
a) Pastillas o píldora. g) Operación masculina o Vasectomía
b) Dispositivo intrauterino (DIU) h) Retiro (coitus interruptus)
c) Inyecciones i) Preservativo o condón
d) Implante subdérmico. j) Gel o espermicidas.
e) Operación femenina (OTB) k) Ninguno.
f) Parche.
19. ¿Desde cuándo utiliza este método? **Si tienes vida sexual activa.**
a) menos de un año b) de 1 a 3 años c) 4 a 6 años d) 6 años y mas
20. Si usted no usa el método de planificación familiar. ¿Cuál es el motivo?:
a) Porque mi pareja lo usa. b) Porque es cosa de mujeres.
c) Porque no estoy de acuerdo d) No me gusta usar ningún método.
e) No he pensado en eso f) No tengo pareja actualmente.

- | | | | |
|--|----|-----------|---------|
| 21. ¿Quién decide cuántos hijos tener | Yo | Mi pareja | Los dos |
| 22. ¿Quién decide que método de planificación usar? | Yo | Mi pareja | Los dos |
| 23. ¿Quién decide el tiempo entre un embarazo y otro? | Yo | Mi pareja | Los dos |
| 24. ¿Quién decide cuando tener un hijo? | Yo | Mi pareja | Los dos |
| 25. ¿Quién toma la decisión de elegir un método para prevenir embarazos no deseados? | Yo | Mi pareja | Los dos |

ACTITUD FRENTE A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

26. Pienso que la planificación familiar es:
a) Lo mejor que puedo hacer. d) Mala
b) Buena e) Pienso que es lo peor
c) Ni buena, ni mala

TERCERA SECCION: CONOCIMIENTO SOBRE PATERNIDAD RESPONSABLE **Marcar con una "V" si es verdadero o con una "F" si es falso en las siguientes preguntas.**

1. ¿Qué tipo de relaciones sexuales te puede llevar a un embarazo?
a) Anal ()
b) Oral ()
c) Vaginal ()
d) Todas las anteriores ()
2. El uso del preservativo sirve para:
a) Protección para una ITS/VIH - SIDA. ()
b) Evitar embarazos no deseados ()
c) Evitar el cáncer de mama ()
d) Es una moda entre los adolescentes ()
3. ¿Cuál es la edad adecuada para planificar un embarazo?

- a) Cuando haya cumplido los 18 años ()
- b) Entre los 20 y 35 años ()
- c) Entre los 35 y 45 ()
- d) A cualquier edad ()
- 4. Sobre paternidad responsable:**
- a) Cada niño viene con un pan bajo el brazo ()
- b) Si yo no puedo criar a mis hijos mis padres:
“Están en la obligación de apoyarme.” ()
- c) Es el privilegio y obligación de una pareja casada de decidir con amor el número de hijos ()
- d) El núcleo de una familia es padre, madre e hijo ()
- 5. De las siguientes alternativas**
- ¿Qué concepto consideras que engloba la paternidad responsable?
- a) Mantener a los hijos o estar con ellos por el simple hecho de no haber sido responsables en el momento de tener relaciones sexuales ()
- b) Es la conducta, producto de la madurez física, psíquica y social, mediante la cual la pareja humana enfrenta la procreación, desarrollo del hijo ()
- c) Darles apellido a los hijos, alimentarlos y cuidarlos durante algún tiempo ()
- d) Ser un padre responsable significa darle todo lo él te pida sin escatimar gasto alguno ()
- 6. ¿Las mujeres en el mes cuando pueden quedar embarazada?**
- a) Todos los días ()
- b) En los días que esta con la menstruación ()
- c) En el día de su ovulación ()
- d) Cuando hay luna llena ()
- 7. ¿El hombre cuando puede embarazar?**
- a) En cada relación sexual ()
- b) Cuando usa preservativo ()
- c) Cuando tiene una relación sexual oral ()
- d) Cuando bebe un poco de licor ()
- 8. ¿Las consecuencias más importantes en el aborto del adolescente es?**
- a) Puedes morir por una hemorragia ()
- b) No trae mayores consecuencias ()
- c) Puede afectar a tu fertilidad ()
- d) No causa daños psicológicos ()
- 9. ¿Cuáles son las causas de un embarazo en la adolescencia?**
- a) Tuviste mala suerte ()
- b) Falta de información y orientación respecto al tema ()
- c) Mal uso y no utilización de métodos anticonceptivos ()
- d) Te dejaste influenciar por tus amistades ()
- 10. ¿Cuántos años de espaciamiento debe haber entre un embarazo y otro?**

- a) Cada 1 año para que los niños crezcan juntos ()
- b) De 3 a 5 años ()
- c) Cada 10 años ()
- d) Nos es importante el tiempo solo tenerlos ()

ACTITUD FRENTE A LA PATERNIDAD RESPONSABLE.

Marca con un aspa (x) la respuesta correcta, solo debes marcar una sola.

- 11. **¿Crees que estás preparado para ser madre o padre?**
 - a) Totalmente en desacuerdo ()
 - b) En desacuerdo ()
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
 - d) De acuerdo ()
 - e) Totalmente de acuerdo ()
- 12. **La familia es un lazo de unión en donde hay madre, padre e hijo.**
 - a) Totalmente en desacuerdo ()
 - b) En desacuerdo ()
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
 - d) De acuerdo ()
 - e) Totalmente de acuerdo ()
- 13. **Padre o madre es pasarle pensión e ir a visitarle de vez en cuando.**
 - a) Totalmente en desacuerdo ()
 - b) En desacuerdo ()
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
 - d) De acuerdo ()
 - e) Totalmente de acuerdo ()
- 14. **Si tuvieras hijos, ¿Serías responsable de sus cuidados?**
 - a) Totalmente en desacuerdo ()
 - b) En desacuerdo ()
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
 - d) De acuerdo ()
 - e) Totalmente de acuerdo ()
- 15. **Si tu pareja trabajara, ¿Tú le ayudarías con las obligaciones de casa?**
 - a) Totalmente en desacuerdo ()
 - b) En desacuerdo ()
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
 - d) De acuerdo ()
 - e) Totalmente de acuerdo ()
- 16. **¿Abortarías si quedaras embarazada o harías abortar a tu pareja?**
 - a) Totalmente en desacuerdo ()
 - b) En desacuerdo ()
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
 - d) De acuerdo ()
 - e) Totalmente de acuerdo ()
- 17. **Económicamente, las obligaciones y responsabilidades al tener un hijo abarcan ¿De estar seguros que se contará con los recursos necesarios para satisfacer todas sus necesidades a lo largo de su niñez y juventud?**
 - a) Totalmente en desacuerdo ()
 - b) En desacuerdo ()

- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
- d) De acuerdo ()
- e) Totalmente de acuerdo ()
18. **La paternidad responsable implica, asumirla con responsabilidad aún en la adolescencia, cuando sin haberlo buscado ni deseado se produzca el embarazo.**
- a) Totalmente en desacuerdo ()
- b) En desacuerdo ()
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
- d) De acuerdo ()
- e) Totalmente de acuerdo ()
19. **¿Es necesario planificar el número de hijos y el momento adecuado en que se tendrán?**
- a) Totalmente en desacuerdo ()
- b) En desacuerdo ()
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
- d) De acuerdo ()
- e) Totalmente de acuerdo ()
20. **¿Crees que la alimentación, vivienda, educación, comprensión, protección, cuidados y el amor son obligaciones de cada padre responsable?**
- a) Totalmente en desacuerdo ()
- b) En desacuerdo ()
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
- d) De acuerdo ()
- e) Totalmente de acuerdo ()

GRACIAS POR SU PARTICIPACION

Anexo C: Tablas de respuestas correctas

Tabla 1: CONOCIMIENTO SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS

| Numero de Ítem | Reactivo Correcto | Valor |
|---|-------------------------------------|---------|
| Ítem 1 | 1 o más de los reactivos subrayados | 1 punto |
| Ítem 2 | b | 1 punto |
| Ítem 3 | b | 1 punto |
| Ítem 4 | a | 1 punto |
| Ítem 5 | b | 1 punto |
| Ítem 6 | a | 1 punto |
| Ítem 7 | b | 1 punto |
| Ítem 8 | b | 1 punto |
| Ítem 9 | a | 1 punto |
| Ítem 10 | a | 1 punto |
| Ítem 11 | a | 1 punto |
| Ítem 12 | b | 1 punto |
| Ítem 13 | a | 1 punto |
| Ítem 14 | a | 1 punto |
| Ítem 15 | a | 1 punto |
| Ítem 16 | a | 1 punto |
| Nivel de conocimiento Bueno: 11 a 16 aciertos. Nivel de conocimiento Moderado: 6 a 10 aciertos. Nivel de conocimiento Malo: 0 a 5 aciertos. | | |

Tabla 2: PARTICIPACIÓN EN EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

| Numero de Ítem | Reactivo Correcto | Valor |
|--|--|---------|
| Ítem 17 | Control para determinar el tiempo con su pareja actual | |
| Ítem 18 | Todas excepto K | 1 punto |
| Ítem 19 | Todas | 1 punto |
| Ítem 20 | “a” o “f” | 1 punto |
| Ítem 21 | “Mi pareja” o “Los dos” | 1 punto |
| Ítem 22 | “Mi pareja” o “Los dos” | 1 punto |
| Ítem 23 | “Mi pareja” o “Los dos” | 1 punto |
| Ítem 24 | “Mi pareja” o “Los dos” | 1 punto |
| Ítem 25 | “Mi pareja” o “Los dos” | 1 punto |
| Participación Buena: 6 a 8 aciertos Participación Moderada: 4 a 5 reactivos Participación Mala: 0 a 3 aciertos | | |

Tabla 3: ACTITUD FRENTE A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

| Numero de Ítem | Reactivo Correcto |
|----------------|---|
| Ítem 26 | Actitud positiva: “a” o “b” Actitud negativa: “c”, “d” o “e” |

Tabla 4: CONOCIMIENTO SOBRE PATERNIDAD RESPONSABLE.

| Numero de Ítem | Reactivo Verdadero Correcto | Valor |
|--|-----------------------------|-------------------|
| Ítem 1 | c | 4 puntos |
| Ítem 2 | a y b | 2 puntos cada uno |
| Ítem 3 | b | 4 puntos |
| Ítem 4 | c | 4 puntos |
| Ítem 5 | a y b | 2 puntos cada uno |
| Ítem 6 | c | 4 puntos |
| Ítem 7 | a | 4 puntos |
| Ítem 8 | a y c | 2 puntos cada uno |
| Ítem 9 | b y c | 2 puntos cada uno |
| Ítem 10 | b | 4 puntos |
| <p>Nivel de conocimientos Alto: 30 a 40 puntos. Nivel de conocimientos Medio: 20 a 29 puntos. Nivel de conocimientos Bajo: 10 a 19 puntos. Nivel de conocimientos Nulo: 01 a 09 puntos.</p> | | |

Tabla 5: ACTITUD FRENTE A LA PATERNIDAD RESPONSABLE.

| La valoración para los ítems 11, 13 y 16 será: | Valor |
|---|--------------|
| Totalmente en desacuerdo | (5 puntos.) |
| En desacuerdo | (4 puntos.) |
| Ni de acuerdo ni en desacuerdo | (3 puntos.) |
| De acuerdo | (2 puntos.) |
| Totalmente de acuerdo | (1 puntos.) |
| Y las preguntas 12, 14, 15, 17, 18, 19 y 20 se evaluarán: | |
| Totalmente en desacuerdo | (5 puntos.) |
| En desacuerdo | (4 puntos.) |
| Ni de acuerdo ni en desacuerdo | (3 puntos.) |
| De acuerdo | (2 puntos.) |
| Totalmente de acuerdo | (1 puntos.) |
| <p>Actitud Positiva: 26 a 50 puntos. Actitud Negativa: 01 a 25 puntos.</p> | |

Anexo D: Consentimiento informado. Adolescentes mayores de edad.



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|--|
| Nombre del estudio: | Nivel de conocimientos sobre Metodología Anticonceptiva y Paternidad Responsable de los Adolescentes de la UMF No. 26, Cárdenas S.L.P. |
| Patrocinador externo (si aplica): | No aplica |
| Lugar y fecha: | Unidad de Medicina Familiar No. 26, Cárdenas S.L.P. Marzo-Julio 2018. |
| Número de registro: | R-2017-2402-44 |
| Justificación y objetivo del estudio: | Saber la información que tienes acerca de los métodos anticonceptivos y si conoces de que se trata la paternidad responsable. |
| Procedimientos: | Solo vas a contestar una encuesta. |
| Posibles riesgos y molestias: | Ninguna. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Generar interés en los métodos anticonceptivos que te puedan ayudar a tener una sexualidad sana y valorar si a tu edad estas preparado para ser madre o padre. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Los resultados se te darán a conocer al término de la investigación y publicados en áreas visibles de la unidad, siempre cuidando tu confidencialidad. |
| Participación o retiro: | Voluntario. |
| Privacidad y confidencialidad: | Tus datos solo serán manejados por el investigador. No se usarán nombres ni datos personales sino los datos importantes para el estudio y sólo con fines estadísticos. |
| En caso de colección de material biológico (si aplica): | <input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros. |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): | No aplica |
| Beneficios al término del estudio: | Información acerca del nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y paternidad responsable de los adolescentes de la UMF no. 26, Cárdenas S.L.P. |

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

Investigador Responsable: DRA. CARMEN LIZET MARTINEZ DOMINGUEZ Teléfono particular: 487 110 73 61
Correo electrónico: mcarmen_lizet@hotmail.com

Colaboradores: Dr. Rafael Nieva de Jesús, Dra. Jovita Salazar Cruz, Dr. Osman Acosta Ortega

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 del sujeto
Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Adolescentes menores de edad:



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Nivel de conocimientos sobre Metodología Anticonceptiva y Paternidad Responsable de los Adolescentes de la UMF No. 26, Cárdenas S.L.P.

Patrocinador externo (si aplica): No aplica.

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar No. 26, Cárdenas S.L.P. Marzo-Julio 2018.

Número de registro: R-2017-2402-44

Justificación y objetivo del estudio: Saber la información que tiene su hijo (a) acerca de los métodos anticonceptivos y sde que se trata la paternidad responsable.

Procedimientos: Solo va a contestar una encuesta.

Posibles riesgos y molestias: Ninguna.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Obtener la información necesaria en base al nivel de conocimiento de los adolescentes sobre los temas encuestados, que podrán ayudar a generar estrategias preventivas en este grupo de edad.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Los resultados se te darán a conocer al término de la investigación y publicados en áreas visibles de la unidad, siempre cuidando tu confidencialidad.

Participación o retiro: Voluntario.

Privacidad y confidencialidad: Los datos solo serán manejados por el investigador. No se usarán nombres ni datos personales sino los datos importantes para el estudio y sólo con fines estadísticos.

en caso de colección de material biológico (si aplica):
 No autoriza que se tome la muestra.
 Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
 Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: Información acerca del nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y paternidad responsable de los adolescentes de la UMF no. 26, Cárdenas S.L.P.

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

Investigador Responsable: Dra. Carmen Lizet Martinez Dominguez

Colaboradores: Dr. Rafael Nieva de Jesús, Dra. Jovita Salazar Cruz, Dr. Osman Acosta Ortega.

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 del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Datos y estadísticas de la OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [cited 28 May 2017]. Available from: <http://www.who.int/gho/es/>
2. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud. Resultados nacionales 2012 [Internet]. Ciudad de Mexico: Instituto Nacional de Salud Publica; 2012 p. 80-81. Available from: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
3. L. Beltran Molina. Embarazo en Adolescentes. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Planificación y el desarrollo, Fundación Escuela de Gerencia Social; 2006
4. Organización Mundial de la Salud. Nota Descriptiva: Planificación Familiar. OMS; 2016. Obtenido en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
5. Ochako R, Mbondo M, Aloo S, Kaimenyi S. Barriers to modern contraceptive methods uptake among young women in Kenya: a qualitalive study. [abstract]BMC Public Health.2015;15(1):118.
6. Lapeira P, Acosta D, y Vazquez M. Conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes de la cultura caribe en anticoncepción. Rev. Cuid. 2016; 7(1):1204-1209.
7. INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 [Internet]. Beta.inegi.org.mx. 2017 [cited 6 August 2017]. Available from: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/>
8. INEGI. Natalidad y fecundidad [Internet]. Beta.inegi.org.mx. 2017 [cited 22 May 2017]. Available from: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/>.
9. Parodi-Carro A. Educación sexual y el perfil del adolescente de nivel secundario en San Juan de Lurigancho- Lima. Cuid Salud. 2014; 1 (2):1.
10. Fernández-Lozano V. Nivel de conocimientos de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva. [Tesis para Licenciatura en Enfermería] Chachapuyas, Peru: Facultad en Ciencias de la Salud UN; 2016.
11. Guillen-Terán MA. Nivel de conocimientos y percepción en los y las adolescentes de 14-18 años sobre el uso de métodos anticonceptivos frente a la prevención de embarazo no

deseado en la institución educativa Ludoteca de Sep- Dic 2014 [Tesis Magister en Salud Sexual y Reproductiva]. Quito: Facultad de Ciencias Médicas UCE; 2015.

12. Menéndez-Guerrero G, Navas- Cabrera I, Hidalgo-Rodríguez Y, Espert-Castellanos J, «El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente.,» Revista cubana de Obstetricia y Ginecología.2012; 38 (3):333-342.
13. Renfigo-Reina H, Córdova-Espinal A, Serrano-Rodríguez M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Rev. Salud Publica. 2012; 14(4):558-569.
14. Ayala-Castellanos M, Vizmanos-Lamotte B, Portillo-Davalos R. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. Ginecol Obstet Mex. 2011; 79(2): 86-92.
15. Sánchez-Meneses M, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas E. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un Centro de Salud. Rev. Aten. Fam. 2015;22(2):35-38.
16. Rosales-Silva J, Lemoine-Loredo S, Rodríguez-Pérez C, Andrade-Rodríguez H. Características Sociodemográficas de adolescentes menores 16 años en una Unidad de Medicina Familiar en San Luis Potosí, México. Rev. Aten. Fam. 2013; 20(4): 103-105.
17. Lugo-Cortes JJ. Conocimiento y uso de los métodos de planificación en adolescentes solteras de 15-19 años embarazadas de la UMF no. 47, SLP [Tesis Especialidad Medicina Familiar]. Ciudad de México: Facultad de Medicina UNAM;2006.
18. Rosales-Rivera MM. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos masculinos, actitud y participación del hombre en la planificación familiar en la Unidad de Medicina Familiar no. 47 [Tesis Especialidad Medicina Familiar]. Ciudad de México: Facultad de Medicina UNAM;2009.
19. Marshall C, Gomez A. Young men's awareness and knowledge of intrauterine devices in the United States.[Abstrac] Contraception.2015; 92 (5):494-500.
20. Rojas O. Los hombres mexicanos y el uso de anticoncepcion. Rev. de Ciencias Sociales y Humanidades.2014; 77(1): 77-95.

21. Rosales-Silva J, Irigoyen-Coria A. Embarazo en adolescentes: problema de salud pública y prioridad para el médico familiar. *Atención Familiar*, 2013;20 (4):101-102.
22. Ortenzi A. Paternidad adolescente en la escuela secundaria.[Tesis Posgrado Nuevas Infancias y Juventudes]. La Plata, Argentina:Facultad de Humanidades y Ciencias de la Comunicación UNP;2014.
23. Quiroz J, Atienzo E, Campero L, Sanchez-Lopez L. Entre contradicciones y riesgos: opiniones de varones adolescentes mexicanos sobre embarazo temprano y su asociación con el comportamiento sexual. *Salud Publica Mex*. 2014; 56 (1):180-188.
24. Botero-Botero L, Castrillon-Osorio L. La experiencia de la Paternidad en adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte [Serial on the Internet]*.2015 Sep-Dic (Citado Abril 25,2017);46(1):89-101.
25. Wilkes L, Mannix J, Jackson D. "I'am going to be a dad": experiences and expectations of adolescent and young adult expectant fathers [Abstract]. *J Clin Nurs*. 2012;21(1-2):180-188.
26. Bhana D, Nkani N. When african teenagers become fathers: culture, maternity and masculinity [Abstract]. *Cul Health Sex*. 2014;16(4):337-350.
27. Correa A, Meincke S, Schwartz E, Oliveira A, Soares M, Jardim V. Men's perception of the experience of parenting in adolescence: a bioecological perspective. *Rev Gaucha Enferm*. 2016;37(1): e54692.
28. Reyes D, Cabello-Garza L. Paternidad adolescentes y transición a la adultez: una mirada cualitativa en un contexto de marginación social. *Iberoforum Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. 2011;1:1-27. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.09?id=211019068002>
29. Correa-Romero F, Garcia-Barragan L, Saldivar-Garduño A. Estereotipo de paternidad e identidad de género en adolescentes de la Ciudad de México. *Rev. Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*. 2013; 6(1):41-50.
30. Atienzo E, Campero L, Lozada A, Herrera C. Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. 2014; 56 (3): 286-

294.

31. Bellido P. Paternidad Responsable. Rev Ginec y Obst. 1995; 41(1):1.
32. Ugalde Y. Propuesta de Indicadores de Paternidad Responsable. Organizacion de las Naciones Unidas, Comision Economica para America Latina y el Caribe- CEPAL, 2002.
33. Carrion-Pastor YE, Chavarry Valverde MP. Caracteristicas Sociodemograficas que influyen en el nivel de conocimiento y actitud frente a la paternidad responsable de los adolescentes del nivel secundario de la Institucion Educativa Cesar Vallejo [Tesis Grado de Obstetra]. Trujillo, Peru: Facultad de Ciencias de la Salud UPAO;2015.
34. Flores-Samaniego PL. Conocimiento y actitud de las estudiantes de enfermeria en relacion a la paternidad responsable [Tesis para Licenciatura en Enfermeria]. Lima, Peru: Escuela de Enfermeria URP;2014
35. Instituto Estatal de las Mujeres Nuevo Leon. Perfil del Hombre que Embaraza y Paternidad Responsable. Instituto Estatal de las Mujeres Nuevo Leon; 2013.
36. Gonzalez-Acevedo C, Casique-Casique L, Hernandez-Ibarra E, Mena-MARTINEZ S. La paternidad adolescente, reflexiones, experiencias y la intervencion de enfermeria. TLATEMOANI Revista academica de Investigacion. 2014; 15(1):27-40.
37. Fonseca O, Fonseca B, Urquiza Y, Maestre I. Efectos de programa de maternidad y paternidad responsables en el conocimiento de gestantes. Revista Cubana de Enfermera. 2016; 32(1):1.
38. Gispert-Cruells J. Prevencion del embarazo no deseado, Mexico: Alfil S. A. de C. V.; 2004
39. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia [Internet].. 2017 [cited 17 May 2017]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
40. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Anticoncepcion en la Adolescencia. Progresos de Ginecología y Obstetricia. 2014; 57(3):144-150.
41. Diario Oficial de la Federacion. Norma Oficial Mexicana. NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. [Internet]. Secretaria de Salud. 1993 [cited 17 June

2017]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>

42. Committee on adolescence, American Academy of Pediatrics. Policy statement: contraception for adolescents. *Pediatrics*, 2014; 134: e1244-1256.
43. Organización Mundial de la Salud. Criterios medicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ta ed, Organizacion Mundial de la Salud; Ginebra, 2009. Obtenido en *whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243563886_spa.pdf*
44. Sam-Soto S, Osorio-Caballero M, Rodriguez-Guerrero RE, Perez-Ramirez NP. Comportamiento sexual y anticoncepcion en la adolescencia. *Acta Pediatr Mex*, 2014; 35: 490-498.
45. Real Academia Española., «Diccionario de la lengua española.» Conocimiento., vol. Vigésima segunda edición.
46. Bunge M. La ciencia. Su método y su filosofía. Buenos Aires: Sudamericana; 1997.
47. Rokeach M. Naturaleza de las actitudes. 1st ed. Madrid: Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales; 1979.
48. Whittaker J. La psicología social en el mundo de hoy. Mexico, D.F: Trillas; 1993.
49. G. Allport, psicología de la personalidad, Buenos Aires: Paidós, 1970.
50. Larousse, Diccionario básico escolar, Ediciones Larousse sa de cv, 1ra Edicion, 6ta reimpression, Ciudad de Mexico 2006.
51. Perez-De la Barrera C. Habilidades para la vida y uso de anticoncepcion por tipo de pareja sexual en adolescentes. *Enseñanza e Investigacion en Psicologia*. 2014; 19 (1):119-133.
52. S. P. VI, «HUMANAE VITAE,» de CARTA ENCÍCLICA, Roma, 1968.
53. Fawed-Reyes O, Erazo-Coello A, Carrasco-Medreno C, Gonzalez D, Mendoza-Talavera A, Mejia-Rodriguez M, Flores-Quan J, Mejia-Rodriguez C, Garcia-Fuentes A, Garcia-Hernandez I, «Complicaciones obstetricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados, Honduras 2016.» *Archivos de Medicina*. 2016; 2(4):1-7.
54. Vallejo-Barron J, «Embarazo en adolescente complicaciones.» *Revista Medica de Costa*

Rica y Centroamerica LXX. 2013; 605 (1): 65-69.

55. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, «Informacion en Salud,» Mexico, 2017. Obtenido en <http://datos.imss.gob.mx/dataset/informacion-en-salud>
56. Comisión Nacional de Bioética. Normatividad Internacional [Internet]. Comisión Nacional de Bioética. 2014 [cited 11 May 2017]. Available from: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normainter.html>.
57. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Wma.net. 2017 [cited 11 May 2017]. Available from: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
58. Diario Oficial de la Federacion. Ley General en Salud: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet]. Secretaria de Salud. 1984 [cited 11 May 2017]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
59. Peralta-Sánchez A. Conocimientos y actitudes de 700 adolescentes de 12-17 años acerca de la sexualidad y la anticoncepción, originarios del sureste del estado de Puebla, México. Ginecol Obstet Mex. 2018 septiembre; 86(9):606-610. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i9>.
60. Electra González A, Perrine Breme , Daniela González A, Temistocles Molina G, Ingrid Leal F. Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes consultantes en un centro de atención de salud sexual y reproductiva. REV CHIL OBSTET GINECOL 2017; 82(6)
61. Alexi Domínguez-Fabars. Sexualidad responsable en adolescentes residentes en dos localidades santiagueras. Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba 2017, enero-abril (142); pp. 161-171
62. Villalobos A, de Castro F, Rojas R, Allen B. Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. Salud Publica Mex

2017;59:566-576. <https://doi.org/10.21149/8481>

63. De la Cruz-Araujo T. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, en la institución educativa nacional José de San Martín. [Tesis para Licenciatura en Obstetricia] ICA, Perú: Facultad en Ciencias de la Salud UN; 2017)
64. Heydy Janet Rosario-Sarao, Armando Miranda de la-Cruz, Marisol Guzmán-Moreno, Janett García- Hernández, Karina del Carmen Arcos-Castillo. Conocimientos y actitudes respecto a la salud sexual en estudiantes de secundaria en Tenosique, Tabasco, México. SALUD EN TABASCO Vol. 24, No. 1 y 2, Enero-Abril, Mayo-Agosto 2018; pag 27-34
65. Vargas-Sosa S. Evaluación del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de la preparatoria no. 2 de la Ciudad de Tulancingo de Bravo. Proyecto terminal para obtener el grado de maestra(o) en salud pública en servicio. Hidalgo, Mexico 2015.
66. Carmona G, Beltrán J, Calderón M, Piazza M, Chávez S. Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(4):601-10. doi: 10.17843/rpmesp.2017.344.2971
67. Grajales IC, Cardona D. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. Medellín (Colombia). Invest Educ Enferm. 2012;30(1):77-85
68. Lucarelli-Castagno S. Los jóvenes y la paternidad responsable: un problema aún no resuelto. en busca de una propuesta preventiva desde la bioética. Bioética. Enero - abril / 2016, pag 9-14.