



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9**

**“LIMITANTES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 9”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. GEORGINA MAYRET RAMIREZ RUIZ**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. ROGELIO RAMÍREZ RÍOS**

**No. DE REGISTRO:
R-2018-1101-009**

ACAPULCO DE JUAREZ GRO. NOVIEMBRE 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9**



**“LIMITANTES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 9”**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. ROGELIO RAMÍREZ RÍOS**

**TESISTA:
DRA. GEORGINA MAYRET RAMIREZ RUIZ**

RESUMEN

Título: Limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9.

Antecedentes: La OMS define adolescencia como la etapa entre 10 y 19 años donde se producen cambios físicos y psicológicos. La ENADID 2014 informa que 62.3% de las mujeres de 15-19 años han iniciado su vida sexual y el 49.9% no utilizó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual.

Objetivo: Identificar las limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo en una muestra de 434 pacientes de 12 a 19 años de edad adscritos a la UMF No. 9, en el periodo de Agosto 2018 a Marzo 2019, se aplicó un cuestionario de 30 reactivos con firma de consentimiento informado de sus tutores en caso de ser menor de edad. El análisis estadístico de medidas de asociación y los resultados se realizó el programa SPSS.

Resultados: La principales limitantes obtenidas fueron: de tipo personal con 92.4% vergüenza a solicitar métodos anticonceptivos, la sociocultural fue miedo a efectos secundarios con 53.2%, del servicio de planificación familiar con 72.8% fue procesos tardados y del profesional de salud fue que son poco cordial con 64.7%.

Conclusión: Para los adolescentes de la UMF No.9 la principal limitante fueron personal, siguiendo las relacionadas al personal de salud, al servicio de planificación familiar y por ultimo las socioculturales.

Palabras clave: métodos anticonceptivos, adolescentes.

SUMMARY

Title: Limitations that influence the acceptance of contraceptive methods in adolescents of the Family Medicine Unit No. 9.

Background: WHO defines adolescence as the stage between 10 and 19 years where physical and psychological changes occur. ENADID 2014 reports that 62.3% of women aged 15-19 have started their sexual life and 49.9% did not use a contraceptive method during their first sexual intercourse.

Objective: To identify the limitations that influence the acceptance of contraceptive methods in adolescents of the Family Medicine Unit No. 9.

Material and Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on a sample of 434 patients aged 12 to 19 years assigned to the UMF No. 9, in the period from August 2018 to March 2019, a questionnaire of 30 signed reagents was applied Informed consent of their guardians in case of being a minor. The statistical analysis of association measures and the results was performed by the SPSS program.

Results: The main limitations obtained were: of a personal nature with 92.4% ashamed to request contraceptive methods, the sociocultural was afraid of side effects with 53.2%, the family planning service with 72.8% was delayed processes and the health professional was that they are Unfriendly with 64.7%.

Conclusion: For UMF No.9 adolescents, the main limitation was personal, following those related to health personnel, family planning service and finally sociocultural.

Keywords: contraceptive methods, adolescents.

INDICE

1. Marco teórico.....	9
2. Planteamiento del problema.....	30
3. Justificación	32
4. Objetivo general	33
4.1 Objetivos específicos	33
5. Hipótesis	34
6. Metodología	35
6.1 Tipo de estudio.....	35
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio.....	35
6.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra.....	35
6.4 Criterios de selección.....	35
6.5 Definición y operacionalización de las variables	36
6.6 Descripción general del estudio	40
6.7 Método de recolección de datos.....	40
6.8 Organización de datos.....	40
6.9 Análisis estadísticos.....	41
6.10 Consideraciones éticas	41
7. Resultados	42
8. Discusión	50
9. Conclusión.....	52
10. Recomendaciones.....	53
11. Referencias	54
12. Anexos.	58

1.-MARCO TEORICO

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 lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.¹

La iniciación sexual temprana siempre ha estado relacionada con problemas de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR). En la actualidad su abordaje en las adolescentes debido a ser este un grupo poblacional de gran vulnerabilidad. En lo referente a la iniciación sexual existen diferentes aspectos a considerar, pero tiene prioridad y es fundamental, la edad de inicio y el estar o no preparados.²

El comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes está iniciando por su entorno sociocultural y su percepción del bienestar psico-afectivo, lo que plantea necesidades y cuestionamientos frente a su sexualidad. La manera en que estos cuestionamientos se respondan y se suplan sus necesidades, determinarán su salud sexual y reproductiva.

La primera relación sexual se inicia cada vez a edades más tempranas, lo que propicia un manejo inadecuado de la sexualidad, además, en los adolescentes existe escasa habilidad de comunicación interpersonal, lo que dificulta la negociación con la pareja ante situaciones vinculadas con las relaciones sexuales

y el uso de métodos anticonceptivos, situación que los expone a riesgos como embarazos no planeados, abortos e infecciones de transmisión sexual.³

En general, los y las adolescentes inician la actividad sexual sin el conocimiento de los padres y tienen dificultades para discutir el asunto y utilizar protección contra el embarazo. A su vez, la decisión sobre la protección no solo involucra su uso, sino que depende, además, del acceso e información que tengan del uso de métodos anticonceptivos y la percepción sobre el riesgo de infección de transmisión sexual y por VIH-SIDA, por parte de los y las adolescentes están condicionados, especialmente, a la trayectoria de vida, a los valores culturales y al contexto social en que él o la adolescente está inserto. Por eso, tanto la percepción individual como la colectiva varían según las creencias, visiones, sensaciones e interpretaciones individuales del grupo poblacional esto es, los individuos construyen la propia realidad y evalúan el riesgo según las percepciones subjetivas.

A nivel mundial los adolescentes de ambos sexos, siguen practicando conductas de riesgo como tener relaciones sexuales con múltiples parejas ya sea estables u ocasionales y no usar de manera efectiva y consistentemente condón ya que existe la falsa percepción de que no existen posibilidades reales de que se pueda contagiar de una ITS y la asociación del condón con relaciones extramatrimoniales, prostitución y promiscuidad, además de la disminución del placer sexual. Proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva en los primeros años de la adolescencia, e impartirles conocimientos sobre este tema es imprescindible por varios motivos. El primero es que muchos están empezando a tener relaciones sexuales en la adolescencia temprana; el desconocimiento o la mala información sobre los métodos anticonceptivos pueden provocar cada año un elevado número de adolescentes embarazadas muchas deciden tener hijos convirtiéndose madres a los 14, 15, 16 o 17 años de edad; la dificultad para alcanzar la maternidad cuando aún no se ha llegado a la madurez total tanto física como emocional, provoca a menudo situaciones de desestructuración familiar perjudiciales tanto para los padres como para los hijos. Es para evitar estas

situaciones que es de vital importancia una buena información sobre la sexualidad desde la pre-adolescencia.

El segundo motivo tiene que ver con las grandes diferencias entre los y las adolescentes en cuanto a los comportamientos, percepciones y los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Al parecer, los varones tienen más probabilidades de involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo.⁴

La planificación familiar (PF) y la anticoncepción (AC) constituyen una base fundamental de la salud reproductiva (SR) dados sus potenciales beneficios sociales y de salud. Dichos beneficios incluyen desde la reducción de la pobreza y la mortalidad materna e infantil, hasta una mejora en la calidad de vida, lo que se traduce en mayores oportunidades de educación y empleo, y la inserción más igualitaria de las mujeres a la sociedad. Asimismo, la PF contribuye de manera importante al logro de varias Metas del Milenio.

México tiene una trayectoria de más de 35 años en la promoción de PF, la cual fue impulsada por dos importantes cambios en el marco legal y de las políticas públicas. El primero, en 1973, cuando nuestro país se convirtió en el segundo del mundo y el primero en América Latina en instituir en su Constitución el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos (Artículo 4º). El segundo fue el planteamiento en 1977 de una serie de acciones para regular el crecimiento de la población dentro de la Ley General de Población. Si bien desde antes de estos acontecimientos algunas instituciones públicas habían establecido programas de forma aislada, fue a partir del Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1979 que hubo un esfuerzo coordinado de todo el sector salud para promover PF y AC. Esto trajo consigo una rápida disminución de la tasa global de fecundidad de 7.26 hijos por mujer en 1962 a 3.43 en 1990, y a 2.01 en 2012.

El descenso que la tasa global de fecundidad ha tenido a lo largo de tiempo se debe básicamente a la promoción e incremento gradual del uso de anticonceptivos entre las mujeres y sus parejas. No obstante, en los últimos 12 años esta tendencia ha tenido una desaceleración. La cobertura anticonceptiva de las mujeres unidas o casadas aumentó de 15.0% en 1973 a 74.5% en 2003 para

posteriormente disminuir a 70.9% en 2006; la última estimación disponible sitúa esta cobertura en 72.5% en 2009.

Sin dejar de reconocer que el programa de PF ha logrado avances significativos, el uso de métodos anticonceptivos no ha ocurrido de manera uniforme: persisten rezagos importantes particularmente en la población adolescente y joven, así como en la que habita en municipios de marginación alta y muy alta y en zonas rurales e indígenas. En contraste, se observa un mayor uso de anticonceptivos entre la población unida o casada y de mayor escolaridad.⁵

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) ha evidenciado importantes áreas de oportunidad para la educación sexual y reproductiva de los adolescentes. En el 2012 el 23% de los adolescentes de 12 a 19 años de edad habían iniciado su vida sexual, siendo más frecuente en hombres (25%) que en mujeres (20%). Aunque el 90% de la población adolescente reportó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual. Es preocupante que el 51.3% de las adolescentes de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual había estado alguna vez embarazada y 10.7% estaba cursando un embarazo al momento de la entrevista. Asimismo, la utilización correcta de los anticonceptivos es problemática. El 12% de los adolescentes y el 20% de las adolescentes consideraban que un condón podía utilizarse en más de una ocasión y de manera global el 21% de las y los adolescentes desconocían que el condón puede utilizarse para prevenir ITS y embarazos. La ENSANUT 2012 evidencia importantes avances en la salud sexual y reproductiva, pero también resalta la necesidad de fortalecer la educación sexual de los adolescentes mexicanos.⁶

Los datos de la ENSANUT 2012 indican que entre mujeres de 20 a 49 años se ha logrado la meta planteada por la Secretaría de Salud de disminuir a 12.5% la brecha entre la población femenina rural y urbana o metropolitana en cuanto a prevalencia de uso de anticonceptivos. En las adolescentes del país permanece ligeramente por debajo de la meta, ya que entre las adolescentes con residencia rural o metropolitana existen 12.9% puntos de diferencia en cuanto a uso de

anticonceptivos en la última relación sexual. Los datos de la ENSANUT 2012 confirman los resultados a partir de la ENADID 2009, donde uno de los grupos de población más vulnerable en términos de necesidad insatisfecha de anticoncepción son las adolescentes (15-19 años) que viven en unión, más aún que las adolescentes sexualmente activas pero solteras o separadas. Este hallazgo debe generar estrategias específicas de atención a las adolescentes que viven en unión y requiere analizar más a profundidad las razones y los factores asociados con tal vulnerabilidad. Otro reto muy importante sigue siendo la adopción de anticonceptivos después de un evento obstétrico aumentar el espaciamiento de los hijos y, en general, incrementar la salud y la calidad de vida de las mujeres y sus familias. A nivel nacional se propone como meta que por lo menos 70% de las mujeres adopten un anticonceptivo después de un parto o aborto. Según el análisis presentado, no se ha alcanzado esta meta y apenas una de cada dos adolescentes adopta un anticonceptivo en esta etapa reproductiva. Paradójicamente, el porcentaje va disminuyendo conforme aumenta la edad, alcanzando menos de cuatro en 10 mujeres de 35 años o más.

A la vez que los datos permiten sugerir que se han logrado diversas metas nacionales, persisten asignaturas pendientes y brechas por cerrar. Es alentador que se hayan alcanzado varias metas respecto del uso de anticonceptivos (específicamente el condón) entre mujeres adolescentes y adultas. La ENSANUT 2012 ofrece información actualizada para evaluar los programas de PF y SR en adultas y en adolescentes para posteriormente proponer ámbitos donde enfocar recursos, ajustar estrategias y lograr una mejor calidad de la atención y un mayor impacto de la misma.⁷

El acceso a los sistemas de salud puede definirse como la interacción entre las características de los individuos y sus capacidades, por un lado, y las características del sistema de salud y sus facilidades y barreras, por el otro. El sistema de salud puede ser visto como una puerta a través de la cual una población resuelve sus problemas de salud en un tiempo y lugar determinado.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2008 estableció que “las condiciones

sociales en las cuales una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece son los determinantes más importantes del estado de salud”. Uno de los determinantes sociales considerados por la Comisión es la distribución de la atención en salud o “el sistema de salud”. De acuerdo con Marmot y colaboradores, el sistema de salud puede ser “influenciado por” e “influir a” los otros determinantes sociales, por lo que debe ser visto como un bien público.

En México, la investigación sobre el acceso de los adolescentes al sistema de salud es limitada; la mayoría de los estudios se centra en la utilización de los servicios y dejan de lado fases iniciales de percepción de necesidad y búsqueda de métodos anticonceptivos, cuando éstas deben ser el pivote alrededor del cual debe iniciarse un seguimiento para entender el comportamiento de la población adolescente en ese aspecto.⁸

Entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que incluye países de medianos ingresos, México tiene la tasa de natalidad más alta en adolescentes de entre 15 y 19 años. Estas cifras reflejan que una gran proporción de adolescentes experimentan necesidades insatisfechas en el ámbito de la salud reproductiva. Éstas se pueden explicar en gran parte por la adquisición de conocimientos insuficientes sobre los anticonceptivos y la presencia de temores en relación con los efectos secundarios de los mismos, así como por la falta de una consejería adecuada, la existencia de barreras para conseguir los métodos y una mala calidad de la atención en salud reproductiva.

Actualmente, los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) se consideran como opciones ideales para la prevención del embarazo en mujeres jóvenes y adolescentes. Su uso en este grupo poblacional es seguro y efectivo, ya que requiere poca manutención. Existe evidencia nacional e internacional de que los métodos ARAP son aceptables para adolescentes; sin embargo, al igual que en otros países, su uso se ve afectado por barreras al acceso y por el desabasto en las unidades de salud, así como por una baja adherencia al tratamiento. La falta de conocimientos y de actitudes adecuadas constituyen también barreras importantes para su uso. Algunos estudios

evidencian que la promoción de conocimientos y actitudes adecuados para el uso de estos métodos, mediante campañas de información y de consejería previa al inicio del tratamiento y en cada consulta posterior, aumenta la elección de métodos ARAP y disminuye de manera significativa el porcentaje de pacientes que interrumpen su uso. La demanda insatisfecha de anticonceptivos se define como la cantidad de mujeres sexualmente activas que desean limitar o espaciar sus embarazos y no están usando ningún método anticonceptivo, en relación con el número total de mujeres sexualmente activas. Se asocia con la violación del derecho básico de todos los individuos de decidir con libertad, responsabilidad e información sobre el número y espaciamiento de hijos. Debido a la importancia del ejercicio de este derecho fundamental, una de las metas del Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, propone lo siguiente: “para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales” Estudios sobre la demanda insatisfecha de la anticoncepción en adolescentes mexicanas, realizados entre 1987 y 2009, han señalado un descenso al respecto, en contraste con la disminución observada entre mujeres adultas, a pesar de que la cobertura anticonceptiva ha aumentado. La evidencia indica también que la demanda insatisfecha de anticoncepción en México se concentra en mujeres jóvenes, hablantes de lenguas indígenas, residentes de zonas rurales, mujeres con un nivel de escolaridad bajo y residente en zonas de muy alta marginación. Las necesidades no atendidas en materia de anticoncepción dentro del grupo de mujeres de 15-19 años sexualmente activas variaron de 23.7% (IC95% 15.8-31.5) en 1987 a 21.5% (IC95% 19.3-23.7) en 2009; es decir, la cuarta parte de las adolescentes sexualmente activas no cubre sus necesidades en anticoncepción. El descenso insuficiente de las necesidades insatisfechas de anticoncepción entre adolescentes, reflejado en las cifras alarmantes de embarazo en edades tempranas, implica que los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes mexicanas no se están respetando. Cuando las adolescentes cuentan con la

información y los recursos necesarios para ejercer sus derechos, pueden decidir cuándo tener hijos, y ellas mismas suelen posponer el embarazo, tener menos hijos y terminar más años de estudio. Asimismo, el embarazo en edades tempranas afecta negativamente la salud de la madre y de sus hijos, y genera un dispositivo de exclusión que fomenta el abandono escolar. Lo anterior se refleja en un mayor rezago educativo y en la disminución de las oportunidades laborales a corto, mediano y largo plazo para las madres. Por ese motivo, el incremento de los embarazos adolescentes representa no sólo un problema salud pública sino también un problema social importante, ya que dichos embarazos y la maternidad en la adolescencia se concentran en la población de condiciones socioeconómicas precarias como baja escolaridad, residencia rural y condición indígena.⁹

Anticoncepción en la adolescencia

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. Antes de discutir las opciones anticonceptivas los adolescentes deben tener la oportunidad de expresar sus necesidades y decidir libremente el protegerse contra un embarazo. El diálogo entre los adolescentes y los miembros del equipo de salud debe estructurarse para ayudar al adolescente a tomar una decisión informada, voluntaria y adecuada a sus circunstancias particulares. Al seleccionar un método cada adolescente debe tener en cuenta sus conductas sexuales, frecuencia de relaciones sexuales, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, eficacia del método, la capacidad para cumplir con el uso, de tolerar los efectos secundarios y el costo, así como actitudes y factores personales adicionales que pueden influir en la decisión de uso del método anticonceptivo y su cumplimiento. Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos Los criterios médicos de elegibilidad para la indicación de los anticonceptivos, recomendados por la Organización Mundial de la Salud, son una herramienta útil que se sustenta en la medicina basada en evidencia y proporcionan una base para la consejería y prescripción anticonceptiva.

La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM) basa sus recomendaciones en los criterios de elegibilidad mencionados. La prescripción anticonceptiva se basa en cuatro categorías:

1. No hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
2. Las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3. Los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4. El uso del método supone un riesgo inadmisibles para la salud.

Métodos de barrera.

El uso del preservativo siempre debe recomendarse en adolescentes, es una opción prioritaria cuando la actividad sexual es poco frecuente. Los adolescentes que sostienen relaciones sexuales frecuentes pueden optar por métodos que no están relacionados con el coito para protegerse contra el embarazo, pero seguirá siendo necesario el uso de condones de rutina para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Este grupo de edad tiene un mayor riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual debido a su inmadurez física e inmunológica, por la falta de uso o por uso inadecuado del preservativo, inicio de vida sexual de forma precoz y coexistencia de otras conductas de riesgo como el uso de drogas o alcohol. La principal desventaja de los métodos de barrera es que su uso se encuentra relacionado con el coito y que requieren la comodidad del usuario. La tasa de fracaso se debe principalmente al uso incorrecto; cuando los condones masculinos de látex se usan correcta y consistentemente la tasa de fracaso es sólo tres embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 12 meses de uso. Se reporta una tasa de fracaso de 14% para un uso normal. Los inconvenientes para adolescentes son el costo, la necesidad de motivación para su uso correcto y la posible alergia al látex, en cuyo caso se debe recomendar el de poliuretano.

Anticonceptivos orales.

Las píldoras anticonceptivas son de los métodos con uso más extendido, la única limitación para su uso es que se haya presentado la menarquia. En general, están

constituidos por un estrógeno (etinilestradiol) y por un progestágeno (levonorgestrel, norgestimato, gestodeno, desogestrel, clormadinona, ciproterona, drospirenona, dienogest, los últimos 4 con mayor efecto antiandrogénico). Las nuevas presentaciones causan menos efectos secundarios; sin embargo, ocasionalmente, puede presentarse cefalea, sensibilidad mamaria, náuseas o mareos. Dentro de las combinaciones más recomendadas están las que contienen 30 mg de etinilestradiol y 150 mg de levonorgestrel, que tienen menor riesgo trombogénico.

El uso de preparados con menor dosis de estrógenos, especialmente los preparados con 15 mg de etinilestradiol, pueden producir sangrados intermenstruales y existe mayor riesgo de escapes ovulatorios. Los preparados con 20 mg de etinilestradiol se prefieren en presencia de reacciones adversas como náuseas, cefalea o hipersensibilidad mamaria con las dosis de 30 mg. En adolescentes con problemas de hiperandrogenismo se indican anticonceptivos hormonales combinados cuyo progestágeno posea mayor potencia antiandrogénica. Otros beneficios adicionales de estos métodos son la disminución de la dismenorrea y cantidad de sangrado menstrual, alivio del acné, protección contra las infecciones pélvicas y alivio del síndrome premenstrual, entre otros. Actualmente, se consideran un método seguro y efectivo en la adolescencia; es considerado de categoría 1 por la Organización Mundial de la Salud.

Anticonceptivos inyectables. Según su composición pueden ser a base de estrógenos y progestágenos o de progestágeno puro. En la actualidad, los más recomendables son los que contienen valerianato de estradiol/enantato de noretisterona y cipionato de estradiol/acetato de medroxiprogesterona, respectivamente. La primera dosis se indica con el primer o segundo día de la regla y se repite cada 30 días. Es útil en adolescentes con posibilidad de olvido en la ingesta o en las que quieren mantener la confidencialidad. Son útiles en adolescentes con problemas de salud mental o antecedentes de consumo de drogas o alcohol. El acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) es un anticonceptivo inyectable de larga duración y altamente efectivo, es usado por más de un millón de mujeres anualmente en Estados Unidos, incluyendo 250 000

adolescentes. Al administrarse cada 3 meses previene el embarazo inhibiendo la secreción de gonadotropinas hipofisarias, resultando en anovulación, amenorrea y disminución en la producción de estrógeno sérico; así mismo, hace más espeso el moco cervical y previene la penetración espermática. La efectividad del DMPA es indeterminada por las altas tasas de discontinuación en adolescentes, secundaria a efectos adversos. El efecto adverso más común es el sangrado transvaginal; sin embargo, más de la mitad de las mujeres tienen amenorrea al año de uso. Existe controversia sobre el efecto que tiene en la densidad mineral ósea; sin embargo, se ha reportado que la disminución en la densidad mineral ósea es similar a la que se presenta en la lactancia y no tiene efectos a largo plazo. Nuestra recomendación es usarlo principalmente en casos relacionados con contraindicación absoluta al uso de estrógenos. No debe considerarse un método de uso habitual debido a efectos secundarios como atrofia endometrial con amenorrea secundaria prolongada, aumento de peso significativo e impacto desconocido sobre la mineralización ósea. En adolescentes es considerado categoría 1 por la Organización Mundial de la Salud.

Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración. En México contamos con el dispositivo intrauterino de cobre (TCu-380A), el dispositivo intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) y el implante de etonogestrel. Estos métodos se deben ofrecer como opciones de primera línea en mujeres nulíparas y en adolescentes sexualmente activas; sin embargo, su uso se ve limitado por la falta de conocimiento y por mitos, incluso entre los propios profesionales de la salud.

El dispositivo intrauterino de cobre es un cuerpo de polietileno, en forma de "T", de 32 x 36 mm con 380 mm² de cobre que envuelve el tallo y los brazos del mismo, su protección anticonceptiva dura 10 años. El sistema intrauterino de levonorgestrel es un dispositivo de polietileno flexible, en forma de "T", de 32 x 32 mm, con un reservorio de 52 mg de levonorgestrel que diariamente libera 20 mg, su protección anticonceptiva dura 5 años. La tasa de expulsión de los dispositivos intrauterinos en adolescentes es similar a las de las mujeres adultas; es decir, una de cada veinte. Su uso no se ha relacionado con mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria ni con afectación en la fertilidad de las usuarias; incluso se ha

considerado que el sistema de liberación de levonorgestrel podría ejercer un efecto protector por su acción sobre el moco cervical. Dado que las adolescentes y las mujeres jóvenes tienen altas tasas de infecciones de transmisión sexual del tipo Chlamydia se recomienda que sean evaluadas durante la inserción del dispositivo intrauterino. Los dispositivos intrauterinos son considerados categoría 2 por la Organización Mundial de la Salud en mujeres menores de 20 años.

En 2006 la Food and Drug Administration de Estados Unidos aprobó el implante subdérmico cubierto por etonogestrel, que consiste en una varilla de acetato de etinilvinilo de 40 mm de largo por 2 mm de diámetro, con 68 mg de etonogestrel (su metabolito activo es el desogestrel); la duración del efecto anticonceptivo es de 3 años. Éste es el método anticonceptivo reversible más efectivo disponible, es relativamente nuevo y existen pocos datos disponibles sobre su uso en adolescentes específicamente. El efecto adverso más común es el sangrado uterino irregular y es la causa principal por la que se discontinúa su uso. Los efectos adversos poco comunes son acné, aumento en sensibilidad mamaria e irritación en el sitio de inserción. En contraste con el acetato de medroxiprogesterona de depósito aparentemente no disminuye la densidad mineral ósea, ya que los niveles de estrógenos se mantienen. Puede ser una buena opción en adolescentes que deseen anticoncepción de larga duración. Puede usarse en la adolescente, la Organización Mundial de la Salud lo incluye en la categoría 1.

Parche transdérmico.

Consiste en un sistema adherible a la piel desde el cual se libera la hormona, en forma sostenida y paulatina, hacia el torrente sanguíneo. Es cómodo y fácil de administrar y no se desprende al contacto con el agua. La caja contiene tres parches que se cambian cada siete días, intercalando una semana de descanso; contiene 6 mg de norelgestromina (el metabolito activo del norgestimato) y 0.75 mg de etinilestradiol. Se recomienda colocar el parche en el abdomen, brazo o torso (excepto en las mamas) y cambiarlo de sitio con cada colocación para evitar la irritación en la piel. Debido a que ambos métodos liberan estrógeno y progesterona se le puede comparar con los anticonceptivos orales de baja dosis;

el impacto fisiológico es igual en adolescentes y adultos. Es una buena opción para mujeres jóvenes por su facilidad de uso y buen cumplimiento. La Organización Mundial de la Salud lo considera dentro de la categoría 1.

Contraindicaciones generales de la anticoncepción en la adolescencia:

Las contraindicaciones de anticoncepción en adolescentes prácticamente no existen, considerando que esta población es habitualmente sana. En general, las contraindicaciones según enfermedades son las descritas en los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud. La principal recomendación es que cada caso debe ser evaluado en forma individual, debiendo en ocasiones derivar a nivel secundario para la elección e indicación del método más adecuado y acorde con las necesidades de cada usuaria en particular. Dentro de las situaciones clínicas que pueden darse en la adolescencia y que contraindican el uso de hormonales combinados están: trombofilia hereditaria, enfermedad tromboembólica venosa, síndrome de anticuerpos antifosfolipídicos, cirugía mayor e inmovilización prolongada, hepatitis aguda, tumores hepáticos benignos, uso de anticonvulsivos, tratamiento con lamotrigina, rifampicina y rifabutina, durante los primeros seis meses de lactancia materna, entre otros.¹⁰

La anticoncepción de emergencia

(AE evitar embarazos y abortos después de una violación, también se conoce como “anticoncepción poscoital” o “la píldora del día después”; términos que podrían causar confusión ya que se puede utilizar varios días después del coito y no siempre se trata de una sola píldora. AE en la prevención de embarazos, este método no es ampliamente conocido por los prestadores de servicios de salud y la población en general; diversas investigaciones reportan que las adolescentes poseen conocimientos limitados sobre su uso, por lo que, podría decirse que este método permanece subutilizado. Según Safari, la principal limitante para el uso de la AE es la falta de utilización de los métodos anticonceptivos regulares, seguido por el uso incorrecto del método, las relaciones sexuales no previstas y la ruptura del condón.¹¹

La AOE es reconocida como un instrumento de extraordinaria importancia, pues contribuye positivamente al cumplimiento del programa de acción de el cairo al

prevenir los embarazos no deseados y, de esta manera, a la reducción de la mortalidad materna. Según estudios auspiciados por la United Nations Population Fund (UNFPA), la prevención de los embarazos no deseados podría evitar entre 20 a 35 % de las defunciones maternas.¹² Entre los factores que intervienen para aumentar la mortalidad materna se encuentra: la pobreza, las prácticas ancestrales, el difícil acceso y las grandes distancias a los centros hospitalarios, además de la inexistencia de servicios médicos adecuados en algunas regiones del país.¹³ El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública por las consecuencias para el binomio madre-hijo.¹⁴

La evidencia muestra que el embarazo temprano incrementa las dificultades para manejar situaciones tanto cotidianas como eventuales, como aquellas vinculadas con el desarrollo escolar y futuro laboral. Dicha condición agudiza las inequidades de género y precariedad, particularmente para las mujeres.¹⁵

Los temas reproductivos, en la actualidad y desde tiempos muy remotos, no solo han preocupado a las familias, sino que empezó por ser una preocupación del propio individuo como persona, quien se dio cuenta que el ejercicio de su sexualidad, en determinadas circunstancias, generaba un embarazo en las mujeres y el nacimiento de un nuevo individuo. La preocupación individual, en los últimos tiempos, se ha transformado en una preocupación mundial, cuando el número de personas en el mundo es cada vez mayor, y la reducción de recursos naturales se relaciona con efectos sobre las mejores condiciones de habitabilidad de todas las personas en el mundo.¹⁶

Las conductas sexuales tempranas corresponden a una interacción social inadecuada, pero la influencia social más profunda sobre la sexualidad de una persona proviene de los roles de género por la mala información que circula sobre sexualidad, es por esto que la información que se brinda en las instituciones educativas resultaría más eficaz si se la enfoca principalmente a una adecuada orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos (MA) y sus ventajas.¹⁷

La atención de la salud sexual de los adolescentes ha sido un tema bastante trabajado en diferentes espacios académicos, políticos y sociales. A pesar de

ello, las reflexiones no se agotan, por el contrario se plantean más inquietudes y problemas a resolver.¹⁸

“Las mujeres han sido mejor informadas sobre cómo planificar que los hombres, creen menos en la protección del condón y perciben un menor apoyo de sus padres respecto a la decisión de planificar”¹⁹

Para promover actitudes y comportamientos más saludables es fundamental la educación en sexualidad escolar, la cual busca entregar a niños, niñas y personas jóvenes, el conocimiento, las competencias y los valores que les permitan asumir responsabilidad sobre su vida sexual y social. Una educación en sexualidad planteada desde un enfoque integral, con énfasis en prevención del embarazo adolescente, ITS, VIH/SIDA, está relacionada con un comienzo más tardío de la actividad sexual, un menor número de parejas sexuales y un uso más amplio y sistemático del preservativo. Además, contribuye a mejorar las actitudes hacia las personas que viven con VIH y puede reducir el estigma y la discriminación.²⁰

En un estudio realizado por Rosalba Rojas y colaboradores refiere que los temas más frecuentemente impartidos durante la secundaria en México son los relacionados con Salud Sexual Reproductiva. La mayoría de los estudiantes encuestados recibió ESI sobre prevención de VIH/ITS, lo cual concuerda con un estudio en estudiantes de cinco estados de la República mexicana que reporta que cerca de 94% recibió información sobre ITS durante su último curso o plática de educación sexual. Si bien estos temas son importantes, es preciso enfatizar que el enfoque integral consiste en proporcionar información sobre una variedad de temas psicosociales y en salud de manera armónica en las diferentes etapas de la vida, promoviendo el ejercicio de los derechos en diferentes ámbitos. Actualmente en México, las políticas ponen énfasis en la integralidad de la capacitación o formación docente, la planeación de programas y los contenidos del currículo, especialmente dentro de la Estrategia Nacional contra el Embarazo Adolescente. No obstante, será necesario que se logre implementar este enfoque integral en la práctica, dentro de la educación sexual ofrecida a los estudiantes mexicanos. En cuanto a los contenidos específicos dentro de cada dimensión, los tres temas más impartidos fueron el uso de condón, prevención de embarazo y

protección contra el VIH, mientras que los dos temas menos impartidos fueron las relaciones y el placer. Esto indica que se imparte información básica (principalmente cognitiva) pero se trabaja poco sobre la autoeficacia y habilidades, es decir, las competencias que requieren los adolescentes para poner estos conocimientos en práctica. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por la UNESCO y reflejan que en México la perspectiva de derechos rara vez se incorpora a los programas de educación sexual, ya que la mayoría emplea un enfoque de reducción y prevención de riesgos.²¹

Según Erika E Atienzo y col. La principal estrategia para la prevención de ITS/ VIH y embarazo no planeado entre adolescentes han sido las intervenciones para modificar comportamientos sexuales de riesgo (inicio temprano de relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales y el no uso o uso inconsistente de anticonceptivos). En diversos países esta estrategia se ha centrado en intervenciones escolares dirigidas a los jóvenes, lo que muestra efectos mixtos. Un enfoque alternativo en la educación sexual de los adolescentes es involucrar a los padres de familia como educadores en sexualidad. Ellos son agentes de socialización al modelar actitudes y conductas que los hijos pueden aprender y reproducir. Si se parte de la idea de que los padres son o debieran ser “cuidadores” y motivadores de comportamientos saludables en sus hijos, el comportamiento sexual debería ser incluido. Aun cuando los padres pudieran sentir vergüenza al hablar con sus hijos de la reproducción y prevención, o pudieran tener información incorrecta sobre estos temas*, esto no es irremediable. Algunos estudios han señalado que cuando se les capacita, éstos pueden promover una comunicación eficaz. En 2002 se publicaron dos revisiones sistemáticas de intervenciones que incluyen participación de los padres de familia para modificar comportamiento sexual o factores asociados a éste en adolescentes. Éstas examinan los efectos en la comunicación padres–hijos y aspectos vinculados a la salud sexual de los adolescentes; se encontraron resultados importantes y positivos, pero no siempre contundentes sobre su impacto en el comportamiento sexual.²²

En la actualidad, los estudios parecen coincidir en que la actividad sexual en chicos y chicas se tiende a igualar, dándose una androgenización del comportamiento. Por ejemplo, los estudios previos a los años 2000 suelen referir que los chicos, en general, comienzan las relaciones más precozmente, tienen más parejas sexuales y la duración de las mismas es menor, suelen mantener más relaciones con parejas ocasionales, y un mayor número de conductas de riesgo. Pero parece que en los últimos años se están produciendo importantes cambios en los roles sexuales, asumiéndose en general que las chicas se aproximan más al estereotipo de comportamiento sexual masculino, particularmente en contextos socioeconómicos y educativos igualitarios.

Un ejemplo de estos cambios, es la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales que se sitúa entre los 15 y los 19 años. El informe Durex 2006 señala la tendencia a iniciarse a edades cada vez más tempranas, y con escasa diferencia entre sexos, con una media mundial en 17, 3 años, casi medio año antes que en la edición anterior. En Europa, son más precoces con medias de 15,6 años, mientras en Asia son más tardíos con medias de 19 años. En la misma línea Avery y Lazdane 2008 señalan una media de 16,5 años, García-Vega, et al. 2010 señalan la edad de 15,25 años, incluso Ceballos y Campo 2005 señalaron una edad de inicio de 13 años. También están cambiando las relaciones sexuales en cuanto a quién toma la iniciativa sexual. Hasta hace unos años el chico era el que la tomaba, pero en los estudios recientes se ve como cada vez son más las chicas que toman la iniciativa.²³

Las razones de no utilizar métodos anticonceptivos, a pesar de no desear tener un embarazo, pueden ser sociales, culturales o políticas. Muchas veces motivadas por los grupos religiosos o porque los hacedores de política no entienden la real importancia de la PF o no están de acuerdo y por lo tanto, no garantizan el acceso a la anticoncepción moderna a todos los grupos etarios; por ejemplo, la restricción a grupos de adolescentes, o la falta de disponibilidad de anticonceptivos, no por hacer una compra inapropiada sino por carecer de políticas de distribución y supervisión permanente.

Por otro lado, no debemos dejar de reconocer que hay factores individuales que también influyen en esta necesidad insatisfecha, como por ejemplo la sensación de tener poco riesgo de un embarazo, como ocurre en los adolescentes; o no estar informados adecuadamente y no entender los mensajes claves para la prevención de un embarazo, como ocurre después de un aborto, que muchas mujeres creen que es difícil quedar nuevamente embarazada, o cuando por mala información continúan teniendo relaciones sexuales durante la amenorrea posparto creyéndose protegidos porque “aun no le viene la regla”.²⁴

En este mismo sentido, William en el año 2000, al presentar los resultados de su investigación sobre comportamiento sexual y anticonceptivos en regiones de Ghana, exponen que “una población sustancial de los encuestados tenía experiencia sexual, en general 66.8% varones y 78.4% mujeres. La mayoría de los encuestados aseguraron haber recibido información adecuada sobre su salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual incluyendo el sida”. Lo cual sugiere que la educación sexual es un tema cuyo abordaje comprende a más de la mitad de la población, sin embargo, y en función de la misma fuente del mismo estudio, resalta el hecho de que “20 y 30% de los encuestados en áreas periurbanas y rurales, respectivamente, no sabían que una chica puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales”. A mayor nivel educacional de los padres influye el uso de anticonceptivos de sus hijas, no hay estudio que demuestren qué variables familiares, como la composición familiar y tamaño de familia, nivel socioeconómico, esté relacionada directamente al uso de anticonceptivos en adolescentes. Otros factores asociados con el uso de métodos incluyen estado civil, región de residencia y lugar de nacimiento. La escasez de información y de estudios es una de las principales características de la investigación de la fecundidad ocurrida antes de los 15 años. Una explicación de la insuficiencia señalada es la subestimación del problema por parte de investigadores y hacedores de políticas debido a su baja incidencia. A pesar de ello, su importancia es incuestionable, principalmente por los riesgos y las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que puede sufrir una adolescente

menor de 15 años al quedar embarazada. Sin lugar a dudas, se trata del grupo de mujeres de mayor vulnerabilidad.²⁵

En Estados Unidos, se reporta que solo aproximadamente 66 % de las adolescentes sexualmente activas utilizan algún método anticonceptivo. En Colombia, 70 de cada 1 000 adolescentes se convierten en madres cada año, mientras que el 12 % de las adolescentes urbanas y el 16 % de las rurales requerirían de servicios de anticoncepción, porque ya han tenido un hijo y siguen siendo adolescentes.

En 2011 en Chile se realizó un estudio por CEPAL/UNFPA/CELADE sobre la anticoncepción en adolescentes revelan que el año 2006 el 44,7% de los jóvenes encuestados entre 15 - 29 años declara haber utilizado anticoncepción, aumentando a 51,4% el año 2009. El porcentaje de adolescentes entre 15 - 19 años que utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual según esta fuente fue de 54,8 % el año 2006 y 58,3% el 2009, considerando mejor conocimiento de los métodos anticonceptivos de la población adolescente para los años posteriores al 2009. Los métodos anticonceptivos utilizados más frecuentemente en la primera relación sexual fueron el preservativo masculino 85,7% y anticonceptivos orales 19,1%. En la última relación sexual se observa una fuerte disminución en el uso de condón masculino 44,2% y aumento en la utilización de anticonceptivos orales a 44,2%.

Estudios realizados en diferentes países de América Latina en diferentes momentos y grupos de adolescentes han demostrado que los adolescentes de 10 a 19 años de edad, no tenían conocimientos de todas las enfermedades de transmisión sexual, siendo el grupo de edad de mayor relevancia el de 10 a 13 años por sus escasos conocimientos sobre sexualidad.²⁶

Un estudio realizado en Perú en el 2015 por Ilse Fernández-Honorio, El nivel de conocimiento de los adolescentes en relación al uso de los métodos anticonceptivos (MAC) la mayoría se ubica en el intermedio 65,6 % y bajo 18,4%, y más de la mitad hicieron uso del método en la primera 50 % y segunda 64 % experiencia sexual, pero aún todavía los adolescentes no usan los MAC. En relación al MAC de emergencia (píldora del día siguiente) tienen un conocimiento

alto y conocen la forma de su uso, de los cuales se asume que los adolescentes los usan.²⁷

Un estudio realizado 2013 en Chile por Parra Villarroel y col. Indica que los métodos disponibles en los servicios públicos son el dispositivo intrauterino (DiU), el oral combinado, el oral progestágeno, el inyectable y el preservativo, pero el método más utilizado es el hormonal oral combinado, por lo que la oferta de métodos de barrera femeninos (diafragma, preservativo femenino), espermicidas e implantes, entre otros, no se encuentra disponible en el sistema. Los índices nacionales al año 2009 indican que de un total de 1.196.581 individuos en control de fertilidad solo el 11,94% corresponde a adolescentes de 15 a 19 años y que, de estos, un 49,41% utiliza anticonceptivos orales combinados y solo el 2,66% utiliza preservativos.²⁸

Vázquez Jiménez A y Suárez Lugo N, en Cuba en el año 2015 realizaron un estudio descriptivo transversal que tuvo como objetivo identificar los factores que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos, obtuvieron como resultados que en cuanto al nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos el 57.1% de los adolescentes tuvieron nivel alto, 38,1% nivel medio y 4,8% nivel bajo. El 57,1% de los adolescentes no usan anticonceptivos. En relación con el conocimiento en el grupo de los adolescentes, la mayoría refirió conocer al menos un método, pero esto al parecer no influye en su uso, ya que este grupo de edad es el que menos lo emplea.²⁹

Promover el uso de los métodos anticonceptivos (MAC) durante la adolescencia es controversial, pero las evidencias son contundentes en favor de la divulgación y promoción de su uso por este sector poblacional. No existe un MAC ideal para la adolescencia, como tampoco hay razones médicas para negar el uso de ninguno de los métodos considerando únicamente la edad.

El mejor método será aquel que la adolescente y de preferencia ambos miembros de la pareja escojan, después de haber recibido una completa y detallada información y sean sometidos a un exhaustivo interrogatorio y un examen físico general y de la esfera reproductiva, tomando en consideración los aspectos no médicos, pues estos no sólo van a cumplir una función de prevención del

embarazo, sino también la de prevenir el contagio de una infección de transmisión sexual (ITS).

En la adolescencia son frecuentes los comportamientos sexuales de riesgo al no tener una adecuada información sobre los MAC y actuarán basados en las opiniones y conceptos que pueden estar plagados de mitos y criterios erróneos en la mayoría de las ocasiones. También es posible que no utilicen de forma sistemática y correcta los MAC, las relaciones sexuales no son planificadas y esporádicas, y es probable que no se protejan. Muchos no conocen sobre la anticoncepción de emergencia o no tienen acceso a ella. Finalmente, dada la alta incidencia de las ITS en los adolescentes, estos deben recibir asesoramiento sobre los anticonceptivos que poseen acción protectora ante estas.³⁰

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad a pesar del progreso en la tecnología anticonceptiva y de que se dispone de más medidas para la planificación familiar, continuamos teniendo problemas de salud pública relacionados a la sexualidad del adolescente, si bien muchos de estos métodos son conocidos por ellos, la mayoría no los utiliza debido a la falta de información adecuada, a la vergüenza de adquirirlo, a la carencia de servicios de salud y consejería que les garanticen una privacidad y confidencialidad merecidas. En este rechazo son determinantes las características psicológicas propias de esta edad tales como la atención centrada en el presente, por lo que no tienden a planificar o prevenir las consecuencias de sus acciones a largo plazo; así como su desarrollo emocional incompleto y escasa percepción del riesgo; tienen además poca habilidad de comunicación interpersonal impidiendo llegar a acuerdos con su pareja, por mencionar algunas.

Lo anterior trae como consecuencia los principales problemas de salud pública en los adolescentes de los países latinoamericanos tales como el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual. El embarazo en la adolescencia ha sido clasificado de alto riesgo debido a las complicaciones que provoca en la salud de la madre y del niño. La falta de recursos económicos es un obstáculo para una adecuada atención de la madre; sufren también falta de oportunidades laborales y aumentan sus responsabilidades económicas, además las complicaciones médicas que se presentan son diversas y la morbi-mortalidad infantil es más elevada cuando las madres son adolescentes. Estas adolescentes pueden presentar: depresiones, somatizaciones, sentimientos de minusvalía, fantasías de autodestrucción y sentimientos de culpa, además se enfrentan al rechazo de la familia y de la sociedad en general. En lo que se relaciona a las ITS se estima que jóvenes entre 10 y 24 años se infectan diariamente por el VIH en el mundo. Las enfermedades de transmisión sexual son otra de las consecuencias de la poca utilización de métodos anticonceptivos, en México el 41% de las personas infectadas en el mundo por el VIH/SIDA, son mujeres entre 15 y 49 años, es decir en edad reproductiva.

Estos temas de salud reproductiva del adolescente no solo afectan la vida personal y familiar de los involucrados, sino que también agudiza las condiciones de pobreza del grupo familiar y de la sociedad, además eleva los costos institucionales dirigidos a tratar los problemas derivados, ya que aumenta el número de patologías provocadas por no utilizar métodos anticonceptivos.

A pesar de las estrategias que se han elaborado en los últimos años no se ha logrado observar una disminución significativa del problema, lo cual nos lleva a analizar esta situación y tratar de identificar qué factores influyen en el desarrollo o aplicación de las mismas y así generar nuevas alternativas o mejorar las planteadas.

En la actualidad el Instituto Mexicano del Seguro Social dentro del proceso de mejora de la atención integral a la salud, ha diseñado e implementado la estrategia de Programas Integrados de Salud conocido como PREVENIMSS, cuyo objetivo es desarrollar acciones preventivas en mejora de la salud de todos sus derechohabientes.

Uno de los programas que será utilizado para planeación de mejoras en sus estrategias es JuvenIMSS ya que se encarga de orientar sobre temas de salud sexual y reproductiva para evitar enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados de los adolescentes.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9??

3. JUSTIFICACIÓN.

El propósito de la siguiente investigación es obtener información estadística de las limitantes que tienen los adolescentes para la utilización de métodos anticonceptivos y así tener una visión local de la problemática.

Cabe resaltar que es importante estudiar a los adolescentes tal como se desarrollan en la sociedad, en el contexto familiar y cultural, ya que son la base del futuro de nuestro país.

Esta investigación pretende determinar el uso de métodos de planificación familiar, ofrecerá al adolescente conocimiento sobre los temas de salud sexual y reproductiva, así como nosotros conoceremos que factores personales, sociales y de los servicios de salud los llevan a realizar conductas de riesgo.

A nuestra institución le aportara un conocimiento local del problema que se vive diariamente para ayudar a reforzar las estrategias planteadas y a modificar otras con las que ya cuenta y así obtener mayor aceptación de los métodos de planificación familiar, para la disminución de las consecuencias que a mediano y largo plazo se puedan presentar.

Además, ayudará a los sistemas de educación en salud a la creación de planes dirigidos para una adecuada salud reproductiva y tratar de contrarrestar la información falsa y el hermetismo sobre el tema de sexualidad.

4.- OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar las limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9.

Objetivos específicos

Conocer que factores limitantes personales influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos

Conocer que factores limitantes socioculturales influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos

Conocer que factores limitantes relacionados al servicio de planificación familiar influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos

Conocer que factores limitantes del profesional de salud influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos

5. HIPÓTESIS

- Las principales limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de tipo personal es por vergüenza en solicitar algún método anticonceptivo.
- Las principales limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de tipo sociocultural es por la mala comunicación familiar.
- Las principales limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 relacionadas con los servicios de planificación familiar es por falta de ambientes exclusivos para adolescentes.
- Las principales limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 relacionadas al profesional de salud por ser poco cordial e incomprensivo.

6. METODOLOGÍA.

6.1. Tipo de estudio.

Estudio transversal descriptivo.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio.

La población blanco serán adolescentes de 12 a 19 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Acapulco, Gro. El estudio se realizará de Mayo a Agosto del 2018.

6.3. Tamaño de la muestra y tipo de muestra.

Se realizará un muestreo aleatorizado de 434 pacientes de 12 a 19 años de edad de cada uno de los 29 consultorios del turno matutino y vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No. 9.

Total de la población (N)	9507
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Precisión (d)	5%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	50%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	369
EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS	
Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
Muestra ajustada a las pérdidas	434

6.4. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres de 12 a 19 años de edad.
- Adscritos a la UMF No. 9 Acapulco, Gro.
- Aceptar participar en la investigación mediante consentimiento Informado

Criterios de exclusión:

- a) Adolescentes sin vigencia de derechos en el periodo de estudio
- b) Adolescentes que ellos o su tutor no acepten firmar el consentimiento informado

Criterios de eliminación:

- a) Pacientes que no deseen continuar participando

6.5. Definición y operacionalización de las variables

Variables Dependientes: Aceptación de métodos anticonceptivos

Variables Independientes: Adolescente, edad, sexo, escolaridad, estado civil, embarazo, inicio de vida sexual activa, anticonceptivo utilizado actualmente, desconocimiento de métodos anticonceptivos, desconocimiento de la gratuidad de los anticonceptivos, desconocimiento del uso correcto de métodos anticonceptivos, vergüenza al solicitar anticonceptivos, dificultad económica, negativa de la pareja para usar anticonceptivos, mala experiencia de amigos usando anticonceptivos, mala comunicación familiar, miedos de efectos secundarios, falta de temas de sexualidad en la escuela, difícil acceso geográfico al servicio de PF, horario inadecuado, procesos tardados, falta de anticonceptivos, falta de ambientes para adolescentes, personal de salud poco cordial, personal de salud no capacitado, personal de salud imponente, falta de privacidad, falta de explicación e información sobre los métodos anticonceptivos.

Descripción de variables.

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION		TIPO	INDICADOR
	OPERACIONAL	CONCEPTUAL		
Aceptación de métodos anticonceptivos	Facultad de una persona para acceder a utilizar algún método de planificación familiar.	Se obtendrá como resultado de la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICION		TIPO	INDICADOR
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL		
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	Mediante aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a)12-15 b)16-19
Sexo	Características biológicas y físicas que distinguen al hombre de la mujer desde el punto de vista reproductivo.	Mediante aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Hombre b) Mujer
Escolaridad	Años de estudio en la educación formal.	Mediante aplicación de un cuestionario	Cualitativa Ordinal	a) Primaria b) Secundaria c) preparatoria /Bachillerato
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Mediante aplicación de un cuestionario	Cualitativa nominal	a)Soltero b)Casado c) Unión libre d) Divorciado e) Viudo
Embarazo	Período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto	Mediante aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Inicio de vida sexual activa	Edad a la cual se inician las relaciones sexuales	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa ordinal	a)12-15 b)16-19 c)Aún no

Anticonceptivo utilizado actualmente	Método de planificación familiar utilizado en este momento	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa nominal	a) Inyecciones b) Pastillas c) Preservativo d) DIU e) Implante f) Otro g) Ninguno
Desconocimiento de métodos anticonceptivos	Falta de información de los métodos anticonceptivos	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Desconocimiento de la gratuidad de los anticonceptivos	Falta de información de que los métodos anticonceptivos son gratis	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Desconocimiento del uso correcto de métodos anticonceptivos	Falta de información de la utilización adecuada de los métodos anticonceptivos	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Vergüenza al solicitar anticonceptivos	Sentimiento de incomodidad al pedir algún método anticonceptivo	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Dificultad económica	Que es difícil de realizar por costo económico	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Negativa de la pareja para usar anticonceptivos	Oposición de la pareja para utilizar algún método anticonceptivo	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Mala experiencia de amigos usando anticonceptivos	Mala perspectiva de amigos que usaron algún método anticonceptivo	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Mala comunicación familiar	Mala relación entre los miembros de una familia	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Miedos de efectos secundarios	Sensación de peligro al efecto adverso de algún método anticonceptivo	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No

Falta de temas de sexualidad en la escuela	Ausencia de información sobre sexualidad en la escuela	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Difícil acceso geográfico al servicio de PF	Dificultad para acceder a los servicios de planificación familiar por la localización de su vivienda	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Horario inadecuado	Mal horario en el cual presta su servicio el programa de planificación familiar	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Procesos tardados	Conjunto a de actividades que demoran tiempo	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Falta de anticonceptivos	Escases de los métodos de anticonceptivos	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Falta de ambientes para adolescentes	Escases de áreas creadas para la convivencia y manejo de los adolescentes	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Personal de salud poco cordial	Individuo que presta un servicio de salud que no es empático	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Personal de salud no capacitado	Individuo que presta un servicio de salud y que no está apto para realizarlo	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Personal de salud imponente	Individuo que presta un servicio de salud y que da ordenes	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Falta de privacidad	Ausencia de privacidad	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Falta de explicación e información sobre los anticonceptivos	No comunicar adecuadamente la información sobre los anticonceptivos	Mediante la aplicación de un cuestionario	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No

6. 6. Descripción general del estudio

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud, se realizará un estudio transversal descriptivo en 434 adolescentes entre 12 y 19 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Acapulco, Gro., se les proporcionará una carta de consentimiento informado a los participantes, si es menor de edad se otorgara a su padre o tutor para su autorización, si accede se aplicara un cuestionario en un área lejos de este para garantizar la confidencialidad y privacidad del participante y poder identificar que los limita a aceptar algún método anticonceptivo.

La encuesta cumplió con las tres etapas de validación: 1º por Contenido: revisión por expertos (médico familiar) los cuales analizaron y revisaron cada uno de los reactivos dándole el visto bueno para cubrir todos los puntos que este estudio pretende abarcar. 2º Por Constructo; se realizó una prueba piloto (llevada a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 2 del IMSS de la Delegación Guerrero), en donde se aplicaron 10 cuestionarios a derechohabientes de 12 a 19 años de edad que asistieron a consulta, sin importar el consultorio de adscripción y que contaran con vigencia de derecho; se realizó un análisis estadístico preliminar verificando que se alcancen las metas establecidas. 3º Por Criterio, donde se revisó la congruencia de cada una de las preguntas del cuestionario.

6.7. Método de recolección de datos

Se aplicará un cuestionario de 30 reactivos de forma aleatoria a los adolescentes entre 12 y 19 años de edad en la UMF No.9, Acapulco, Gro, del IMSS.

6.8 Organización de datos

Los datos que se obtengan se capturarán en una hoja de control donde se anotarán los datos de identificación y los resultados obtenidos de la evaluación.

6.9 Análisis estadístico

El análisis de los resultados se realizará con el software SPSS versión 25 para Windows. Posteriormente se hará un análisis estadístico obteniendo medidas de asociación.

6.10 Consideraciones éticas

El presente estudio se apegará al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establece el IMSS así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

- a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.
- b) La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º. Fracción VIII; 17 °. Fracción III; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.
- c) El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.
- d) El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.
- e) La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989, Sudáfrica en 1996, Escocia en el 2000, Seúl en 2008 y Brasil 2012. Se solicitará consentimiento informado a los derechohabientes que deseen participar, se les informará el objetivo del estudio y se brindará confidencialidad de los resultados.

7. Resultados

De los 434 adolescentes de 12 a 19 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Acapulco, Gro., en el periodo de Agosto de 2018 a Marzo del 2019 se obtuvieron los siguientes resultados:

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas en donde se observa que el 55.1% (239) de los entrevistados tienen entre 12-15 años de edad y el 44.9% (195) entre 16-19 años. En cuanto a la distribución por sexo el 35.9%(156) son hombres y el 64.1% (278) son mujeres, en la escolaridad predomina la secundaria con el 47.2% (205), la preparatoria o bachiller con el 46.1% (200) y la primaria el 6.7% (29) y la distribución del estado civil es del 81.1% (352) para los solteros, el 16.4% (71) casados y el 2.5% (11) viven en unión libre.

Tabla 1. Características sociodemográficas		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
12-15 años	239	55.1%
16-19 años	195	44.9%
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	156	35.9%
Mujer	278	64.1%
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	29	6.7%
Secundaria	205	47.2%
Preparatoria	200	46.1%
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	352	81.1%
Casado	71	16.4%
Unión libre	11	2.5%

En la tabla 2 se muestran el inicio de vida sexual y uso de métodos anticonceptivos, de los cuales el 38.2 % (166) han utilizado algún método anticonceptivo y de las 278 mujeres entrevistadas el 29.5% (82) han estado embarazadas. En cuanto a la edad de inicio de vida sexual activa el 44.9% (195) la iniciaron entre los 12-15 años, el 21.2% (92) de los 16-19 años y el 33.9% (147) aún no han tenido relaciones sexuales. De los 287 adolescentes que iniciaron su vida sexual el 42.2% (121) no utilizan ningún método anticonceptivo y el anticonceptivo más utilizado es el preservativo con el 33.1% (95), en segundo lugar el DIU con el 15.3% (44) y en tercer lugar las inyecciones hormonales con el 9.4% (27).

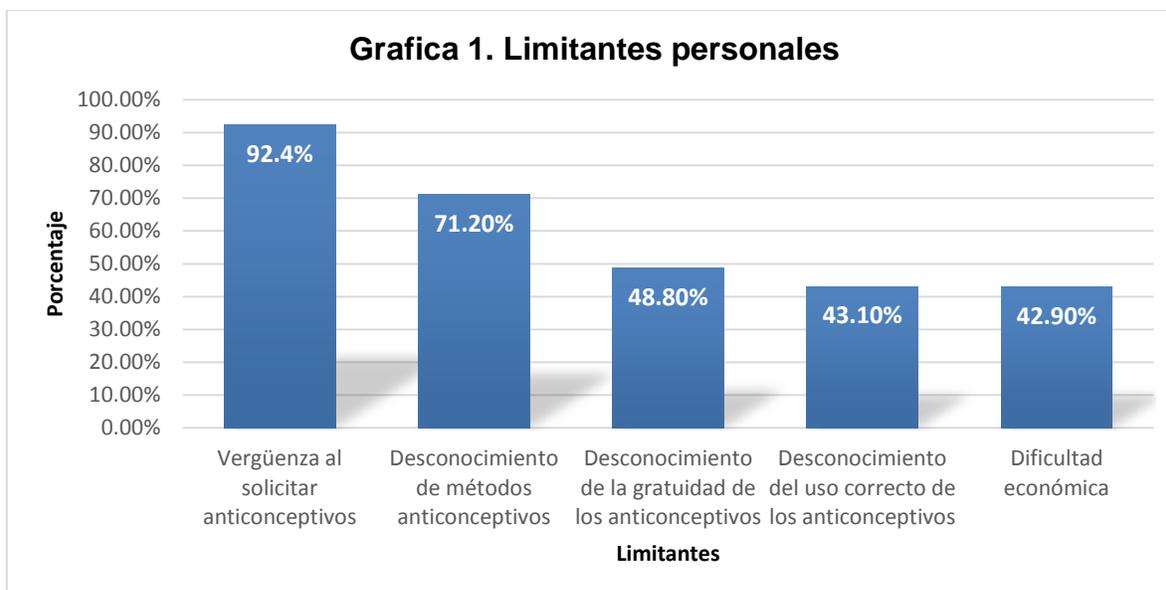
Tabla 2. Inicio de vida sexual y uso de anticonceptivos		
Uso de anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
SI	166	38.2%
NO	268	61.8%
Han estado embarazada	Frecuencia	Porcentaje
Si	82	29.5%
No	196	70.5%
Edad de Inicio de vida sexual	Frecuencia	Porcentaje
12-15	195	44.9%
16-19	92	21.2%
Aun no	147	33.9%
Método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Inyecciones	27	9.4%
Preservativo	95	33.1%
DIU	44	15.3%
Ninguno	121	42.2%

En la tabla 3 se observa la relación entre el uso de métodos anticonceptivos con la edad, el sexo y la escolaridad, se obtuvo que el 13.8% (60) de adolescentes de 12 a 15 años y el 24.4%(106) de 16 a 19 años utilizan método anticonceptivo, en lo que respecta al sexo, el 35.7 %(155) de las mujeres y el 2.5% (11) de los hombres usan método anticonceptivo y en cuanto a la escolaridad, adolescentes con

preparatoria con 24% (104) y secundaria el 14.3 % (62) utilizan algún método anticonceptivo.

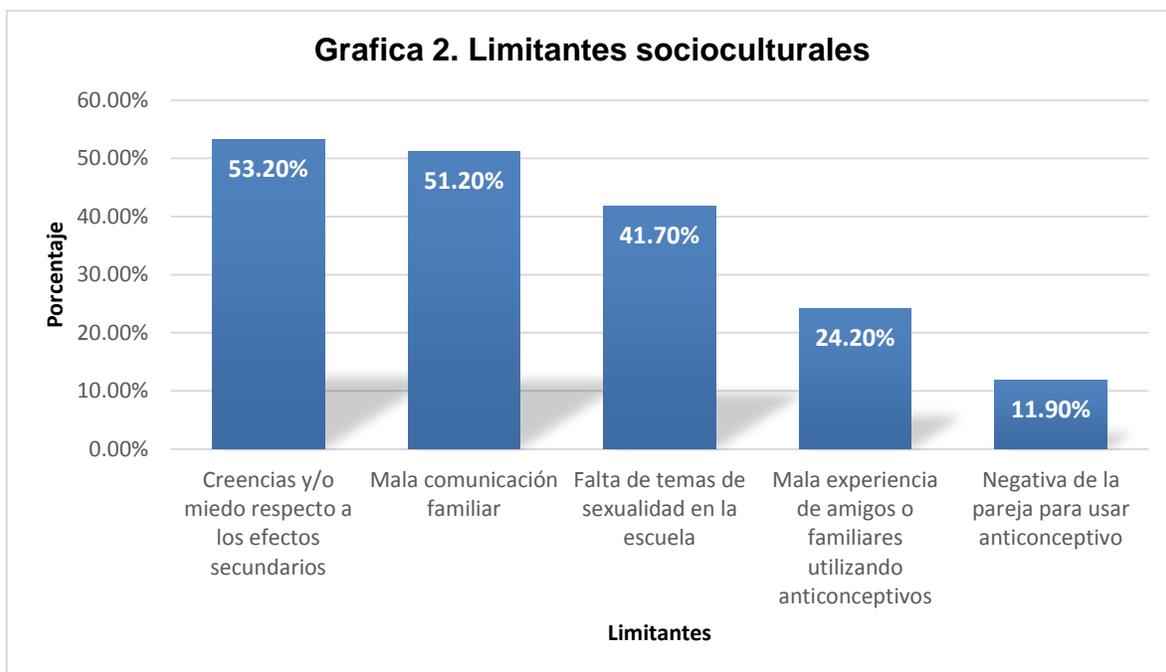
Tabla 3. Uso de anticonceptivos en relación a la edad, sexo y escolaridad						
Característica	Uso de anticonceptivos					
	SI			NO		
Edad	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
12-15	60	13.8%	181	41.8%		
16-19	106	24.4%	87	20%		
Escolaridad	SI			NO		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	0	0%	29	6.7%		
Secundaria	62	14.3%	143	32.9%		
Preparatoria	104	24%	96	22.1%		
Sexo	SI		NO		Aun no IVSA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	11	2.5%	40	9.2%	105	24.2%
Mujer	155	35.7%	81	18.7%	42	9.7%

En la gráfica 1 se observan las limitantes personales en la aceptación de métodos anticonceptivos en donde se obtuvo que el 92.4% (401) de los adolescentes opinan que la vergüenza al solicitarlos es la principal limitante personal, por debajo de esta se encuentra el desconocimiento acerca de los métodos anticonceptivos con 71.2% (309).



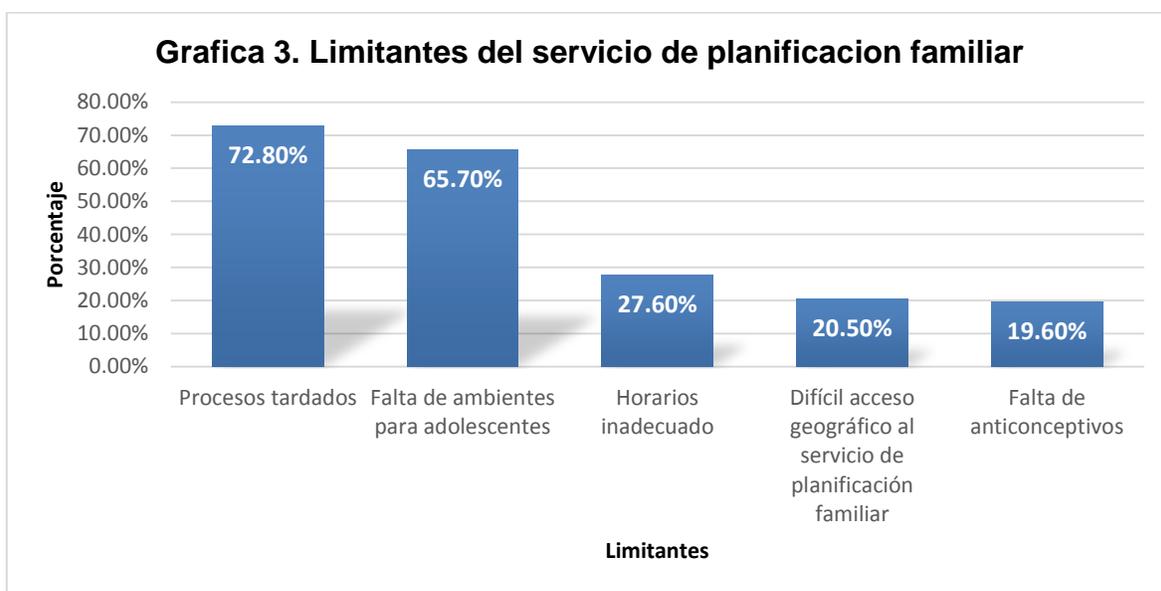
Grafica 1. Muestra las limitantes personales que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en los adolescentes

La grafica 2 muestra las limitantes socioculturales por la que los adolescentes encuestados no aceptan métodos anticonceptivos: la de mayor porcentaje fue por creencias y/o miedo a presentar efectos secundarios con 53.2% (231) y en segundo lugar por mala comunicación familiar con 51.2% (222).



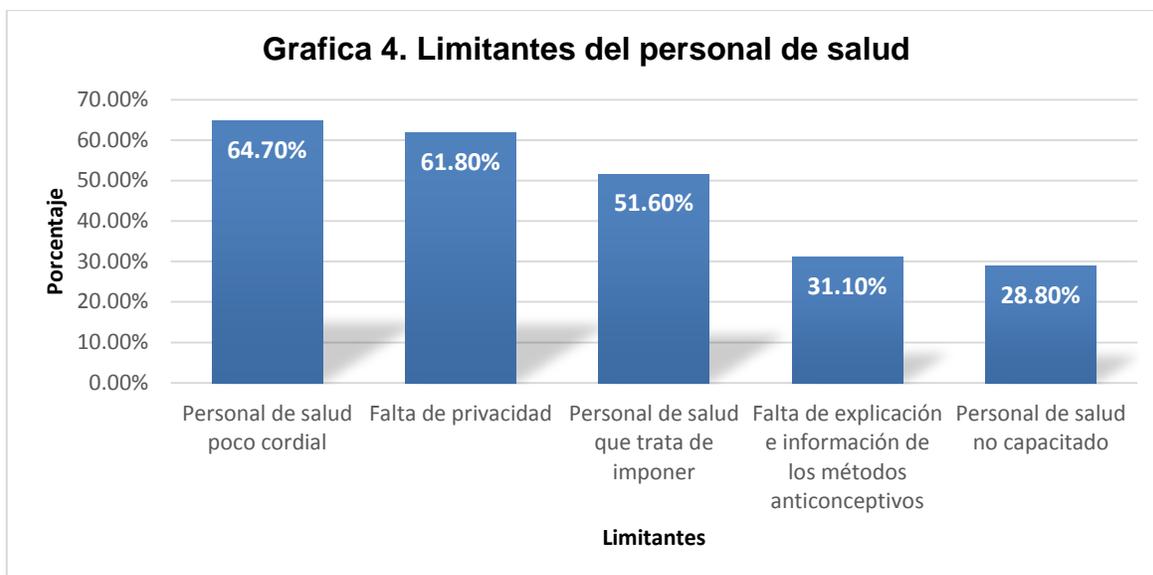
Grafica 2. Muestra las limitantes socioculturales que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en los adolescentes.

En la gráfica 3 se indican las limitantes relacionadas al servicio de planificación familiar en donde los procesos tardados con 72.8% (316) y la falta de ambientes exclusivos para adolescente con 65.7% (285) son las principales limitantes relacionadas a este servicio.



Gráfica 3. Muestra las limitantes relacionadas al servicio de planificación familiar que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en los adolescentes.

En la gráfica 4 se observan las limitantes relacionadas al profesional de salud, donde el 64.7% (281) de adolescentes contestaron que el personal es poco cordial, incomprensivo o que juzgan y que la falta de privacidad y/o diferentes encargados en la consulta con el 61.8% (268) influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos.



Grafica 4. Muestra las limitantes relacionadas al personal de salud que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en los adolescentes.

En la tabla 4 se observan las limitantes asociadas a la no utilización de métodos anticonceptivos en la que se obtuvieron los siguientes resultados:

En las limitantes personales los adolescentes tienen 75.1% menos de probabilidad de no aceptar métodos anticonceptivos por vergüenza de solicitarlos, el 83.3% menos porque desconocen los mismos, el 58.1% menos porque desconocen que son gratuitos, el 98% menos porque desconocen el uso correcto y el 90% por dificultad económica.

Los factores de riesgo socioculturales son la mala experiencia de amigos o familiares utilizando anticonceptivos con un OR 6.63, IC95% (4.12-10.69), p 0.000 estadísticamente significativo; la mala comunicación familiar con un OR 1.67, IC95% (1.11-2.51), p 0.000 estadísticamente significativo; la falta de temas de sexualidad en la escuela con un OR 4.39, IC95% (2.84-6.81), p 0.000 estadísticamente significativo y la mala experiencia de amigos o familiares utilizando métodos anticonceptivos con un OR 5.14, IC95% (3.12-8.50), p 0.000 estadísticamente significativo.

El factor limitante en el servicio de planificación familiar es el difícil acceso geográfico al servicio con un OR 2.39, IC95% (1.45-3.94), p de 0.002 estadísticamente significativo.

Los adolescentes tienen el 68% menos probabilidad de no aceptar métodos anticonceptivos por los procesos tardados en el servicio, el 53.2% menos por falta de ambientes exclusivos para ellos, el 65.7% menos por horarios inadecuados y el 66.6% por falta de métodos anticonceptivos.

Los factores limitantes en relación al personal de salud son la falta de privacidad y/o diferentes encargados en cada consulta incrementa con un OR 5.5, IC95% (3.36-9.20), p 0.000 estadísticamente significativo y el personal de salud poco cordial con un OR 6.26, IC95% (3.67-10.77), p 0.000 estadísticamente significativo.

Los adolescentes tienen el 55.5% menos de probabilidad de no aceptar métodos anticonceptivos porque el personal de salud trata de imponerles o los juzgan, el 41.8% menos por la falta de explicación de los métodos y el 80.6% por que los médicos no estén capacitados.

Tabla 4. Limitantes asociadas a la no utilización de métodos anticonceptivos			
Limitantes personales	OR	IC95%	P
Vergüenza al solicitar anticonceptivos	0.33	0.28-0.38	0.000
Desconocimiento de métodos anticonceptivos	0.20	0.13-0.32	0.000
Desconocimiento de la gratuidad de los anticonceptivos	0.72	0.04-0.11	0.000
Desconocimiento del uso correcto de los anticonceptivos	0.02	0.01-0.04	0.000
Dificultad económica	0.11	0.06-0.18	0.000
Limitantes socioculturales			
Creencias y/o miedo respecto a los efectos secundarios	6.63	4.12-10.69	0.000
Mala comunicación familiar	1.67	1.11-2.51	0.000
Falta de temas de sexualidad en la escuela	4.39	2.84-6.81	0.000
Mala experiencia de amigos o familiares utilizando anticonceptivos	5.14	3.12-8.50	0.000
Negativa de la pareja para usar anticonceptivo	0.00	0.00-0.14	0.000
Limitantes del servicio de planificación familiar			
Procesos tardados	0.47	0.42-0.53	0.000

Falta de ambientes para adolescentes	0.88	0.57-1.35	0.53
Horarios inadecuado	0.52	0.32-0.84	0.004
Difícil acceso geográfico al servicio de planificación familiar	2.39	1.45-3.94	0.002
Falta de anticonceptivos	0.50	0.28-0.87	0.008
Limitantes del profesional de salud			
Personal de salud poco cordial	6.26	3.67-10.77	0.000
Falta de privacidad	5.5	3.36-9.20	0.000
Personal de salud que trata de imponer	0.80	0.53-1.20	0.26
Falta de explicación e información de los métodos anticonceptivos	1.39	0.92-2.10	0.144
Personal de salud no capacitado	0.24	0.14-0.42	0.000

8. DISCUSIÓN

La primera relación sexual se inicia cada vez a edades más tempranas, lo que propicia un manejo inadecuado de la sexualidad.³ En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) ha evidenciado importantes áreas de oportunidad para la educación sexual y reproductiva de los adolescentes.⁶ En nuestro estudio el 44.9% de los encuestados iniciaron su vida sexual entre los 12-15 años, el 33.9% aún no han tenido relaciones y el 21.2% entre 16-19 años.

Obtuvimos que el 29.5% de las adolescentes habían estado embarazadas similar a los reportados por la ENSANUT del 2012 en el que 51.3% de las adolescentes de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual había estado alguna vez embarazada.⁶,

En nuestro estudio se encontró que la vergüenza al solicitar métodos anticonceptivos fue la principal limitante con un 92.4% y en segundo lugar el desconocimiento de los mismos con el 71.2%, en las limitantes socioculturales las Creencias y/o miedo respecto a los efectos secundarios ocupa el primer lugar con el 53.2% de los adolescentes, la falta de información de los métodos el 31.1%, resultados similares han sido obtenidos por Solís moreno y cols. quienes realizaron un estudio transversal descriptivo en el 2018 acerca de las barreras que impiden el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, manifestando que la principal se refiere al género de tipo personal, un 70% por pena a que una persona del género opuesto trate con ellas temas de MPF, el 68% refiere sentir preocupación porque los métodos anticonceptivos tengan repercusiones en su salud, un 58% no tuvo información suficiente acerca de lo que son las relaciones sexuales como tal y un 38% dice no haber tenido la suficiente información sobre métodos anticonceptivos, además el 46% tenían preocupación de una posible exploración pélvica y el impacto en su fertilidad.³¹.

Otros resultados importantes son los reportados por El Instituto Nacional de Salud del Salvador en el 2017 quien concluyó que la principal razón por la cual no utilizan método es porque actualmente no tiene vida sexual (91%) y los que ya tienen en su primera relación sexual mencionan que no tenían nada que usar

(39%), no lo consideró necesario (36%) o no sabía cómo usarlo (25%) y los relacionados al servicio de salud el 79% perciben que el tiempo de espera para ser atendido es mucho, este último coincide con el obtenido en este estudio en el que 72.8% de los adolescentes perciben procesos tardados por parte del servicio de planificación familiar, contrariamente la principal limitante fue la vergüenza al solicitar métodos, solamente el 33.9% no ha tenido relaciones sexuales.

ENSANUT 2012 menciona que la utilización correcta de los anticonceptivos es problemática y que solo 12% de los adolescentes y el 20% de las adolescentes consideraban que un condón podía utilizarse en más de una ocasión y de manera global el 21% de las y los adolescentes desconocían que el condón puede utilizarse para prevenir ITS y embarazos.⁶, los cuales coinciden con nuestros resultados donde el desconocimiento del uso correcto de los métodos anticonceptivos obtuvo el 43.1%.

Según Erika E Atienzo y col. en su revisión sistemática acerca de la participación de padres en el comportamiento sexual del adolescente menciona que en diversos países esta estrategia se ha centrado en intervenciones escolares dirigidas a los jóvenes, lo que muestra efectos mixtos. Un enfoque alternativo en la educación sexual de los adolescentes es involucrar a los padres de familia como educadores en sexualidad. Ellos son agentes de socialización al modelar actitudes y conductas que los hijos pueden aprender y reproducir.²², confirmando que una mala comunicación familiar influye en la aceptación de métodos anticonceptivos como se observa en nuestro estudio con el 51.2%, si se mejora la comunicación padres-hijos se puede modificar comportamiento sexual o factores asociados a éste en adolescentes.

Se evidencia importantes avances en la salud sexual y reproductiva, pero también resalta la necesidad de fortalecer la educación sexual de los adolescentes mexicanos.

9. CONCLUSIÓN

El objetivo principal de este estudio es Identificar las limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 para generar nuevas estrategias y desarrollar acciones preventivas en mejora de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Podemos concluir que la principal limitante que tienen los adolescentes para aceptar un método anticonceptivo son las de tipo personal, en segundo lugar las relacionadas al personal de salud, en tercero el servicio de planificación familiar y por ultimo las limitantes socioculturales, esto es importante para dirigir estrategias hacia las principales barreras señaladas por los encuestados y mejorar tanto la atención al adolescente como mejorar su sexualidad y evitar consecuencias para ellos, para la sociedad y nuestro país.

De acuerdo a las hipótesis planteadas la principal limitante de tipo personal fue por vergüenza de parte del adolescente a solicitar algún método de planificación familiar, en la de tipo sociocultural en nuestra hipótesis era la mala comunicación familiar y en los resultados obtuvimos que es la creencias y miedo a efectos secundarios, las relacionadas al servicio de planificación familiar se pensaba que era por falta a espacios exclusivos de adolescentes, sin embargo la mayoría contesto que se debe a los procesos tardados y por ultimo por parte de los profesionales de la salud si se coincidió que es porque son poco cordiales, incomprensivos y juzgan al adolescente.

Una vez conociendo que impide a los adolescentes utilizar métodos anticonceptivos podemos poner en marcha políticas que incidan sobre cada uno de estos factores prevenirlos o intervenir oportunamente y mejorar su calidad de vida.

10. RECOMENDACIONES

- Crear un área exclusiva para tratar temas de salud reproductiva para los adolescentes dirigido por personal capacitado
- Brindar capacitación al personal de salud acerca del buen trato
- Detectar en consulta externa adolescentes con vida sexual activa y ofertarles métodos anticonceptivos
- Realizar y difundir campañas para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, en población adolescente. .
- Implementar campañas de información, educación y comunicación sobre salud sexual y reproductiva que atiendan las necesidades particulares de adolescentes.
- Promover la formación de redes comunitarias de promotores juveniles en materia de salud sexual y reproductiva.
- Promover la disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en todas las instituciones públicas de salud. .
- Supervisión a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- Realizar informes periódicos sobre la operación y avance del programa.

11. REFERENCIAS

1. who.int [Internet]. Ginebra; who: 2000 [actualizado Feb 2017; citado 14 ago 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Hernández M, Montaña E, Taboadag-Gálvez N. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de adolescentes primigestas en una población rural. *Tzhoeco*. 2017;9(1):10-14.
3. Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *aten fam*. 2015; 22(2):35-38.
4. Guillén Terán A. Nivel de conocimiento y percepción de los y las adolescentes de 14 a 18 años sobre el uso de métodos anticonceptivos frente a la prevención del embarazo no deseado en la institución educativa ludoteca de septiembre a diciembre del 2014 [Tesis maestría]. Universidad central del ecuador facultad de ciencias médicas; 2015.
5. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato M. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública de México*. 2013;55(2):235.
6. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
7. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato M. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública de México*. 2013;55(2):235.
8. Gómez-Inclán S, Durán-Arenas L. El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 2017;59(3):236.

9. Villalobos A, De Castro F, Rojas R, Allen B. Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública de México*. 2017;59(5):566.
10. Sam-Soto S, Osorio-Caballero M, Rodríguez- Guerrero R. Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. *Acta Pediátrica de México*. 2014;35(6):490.
11. Cárdenas-García L, Sánchez-Zamora M, Ramírez-de la Roche O, Robledo-Domínguez A. Uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias. *Atención Familiar*. 2014;21(3):90-93.
12. Pretell-Zárate E. Política de anticoncepción oral de emergencia: la experiencia peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014; 30(3):
13. Medina-Ramírez MC, Leal-Anaya P, Aguilar-Romero TN, Leyva-Quintero E. Principales causas de mortalidad materna en Mexicali, Baja California. *Ginecol Obstet Mex* 2015;83:690-696.
14. Mendoza T L, Arias G M, Mendoza T L. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2012;77(5):375-382.
15. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo E, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*. 2015;57(2):135.
16. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramientas básicas para el desarrollo. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(3):465-70.
17. Castaño J, Castro C, García G, Garcia M, Morales L, Rivera B et al. Knowledge about sexuality and sexual practices in teenagers of 8 to 11 grade of educational institution in Manizales city (Colombia), 2013. *Salud Uninorte*. 2014;30(3):392-404.
18. Beltrán Montenegro M, Garay Núñez J. Representaciones sociales de los métodos anticonceptivos. *RICS Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*. 2016;5(10):12.

19. Barragán C, Beltrán M, Díaz D, Murcia S, Ramírez D, Rojas N, Rubio P. Incidencia de la educación, núcleo familiar y sociedad en conocimiento de métodos anticonceptivos. *Revista Papeles*. 2015; 7(14):65-76.
20. González AE, Molina GT, Luttges DC. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2015;80(1):24-32.
21. Rojas R, De Castro F, Villalobos A, Allen-Leigh B, Romero M, Braverman-Bronstein A et al. Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública de México*. 2017;59(1):19.
22. Atienzo E, Campero L, Estrada F, Rouse C, Walker D. Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud Pública de México*. 2011;53(2):160-171.
23. Garcia-Vega E, Menendez, E, Fernandez, P, Cuesta, M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*. 2012;5(1):79-87.
24. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014;30(3):12-17.
25. web.uaemex.mx[Internet]. México: uaemex; 2014 [actualizado 08 dic 2014; citado 3 nov 201]. Disponible en: http://www.bing.com/cr?IG=0DCF14C5E000474A9A8E1EFA225AAC0C&CID=014FABFC101961C72B05A07611B660C5&rd=1&h=6aTjOmZQs1unTslQF0frkCUDSXsPNNGS5zJjEsf6ig&v=1&r=http%3a%2f%2fweb.uaemex.mx%2frevistahorizontes%2fdocs%2frevistas%2fVol5%2f4_FACTORES.pdf&p=DevEx,5065.
26. Quintero Delgadillo C, Duarte Silva D. Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en los y las Adolescentes del Instituto Concepción de María, del municipio de San Francisco Libre, Departamento

- de Managua, del 1° de Marzo al 30 de Junio del 2013. [Tesis Licenciatura]. Universidad nacional autónoma de Nicaragua; 2013.
27. Fernandez-Honorio I. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. *Ágora Revista Científica*. 2015;2(1):79.
 28. Parra-Villarroel J, Placencia J, Rosales J, Villegas R, Portiño M. Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. *Salud Colectiva*. 2013;9(3):391.
 29. Mallma-Yactayo KG. Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to. -5to. De secundaria del Colegio Andrés A. Cáceres. Setiembre a Noviembre - 2015 [Tesis licenciatura]. Universidad Ricardo palma, lima Perú; 2017.
 30. Peláez-Mendoza J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2016;42(1):1-12.
 31. Solis M, Vital V. Barreras que impiden el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes. *Jovenes en la ciencia* [Internet]. 2018 [cited 29 October 2019];(4):403. Available from:<http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2387>
 32. INS, El Salvador 2017. Factores relacionados al uso de anticoncepción para la prevención de embarazos durante la adolescencia en las UCSF y centros escolares públicos, San Salvador, 2017

12. ANEXOS



**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:	Limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de 12-19 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 9
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Acapulco de Juárez Guerrero, 2018
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar las limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes en la Unidad de Medicina familiar No. 9
Procedimientos:	Se realizara una encuesta para diagnosticar las limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de 12-19 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 9.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Otorgar orientación sobre las limitantes identificadas
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los datos se manejaran de manera confidencial
Participación o retiro:	Recibirá respuesta ante cualquier duda y podrá retirar su consentimiento y abandonar el estudio sin recibir alguna presión o afectación de su atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales y la información obtenida serán confidenciales en publicaciones que deriven de este estudio.

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): _____

Beneficios al término del estudio: _____

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

Investigador Responsable: _____

Dr. Rogelio Ramírez Ríos

Colaboradores: _____

Dra. Ramírez Ruiz Georgina Mayret

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

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de 12-19 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 9
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Acapulco de Juárez Guerrero, 2018.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar las limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes en la Unidad de Medicina Familiar No. 9
Procedimientos:	Se realizara una encuesta para diagnosticar que limitantes influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de 12-19 años en la Unidad de Medicina Familiar No.9
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Otorgar orientación sobre las limitantes identificadas
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los datos se manejaran de manera confidencial
Participación o retiro:	Recibirá respuesta ante cualquier duda y podrá retirar su consentimiento y abandonar el estudio sin recibir alguna presión o afectación de su atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales y la información obtenida serán confidenciales en publicaciones que deriven de este estudio.
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):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Rogelio Ramírez Ríos
Colaboradores:	Dra. Ramírez Ruiz Georgina Mayret
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



**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:	Limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de 12-19 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 9
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Acapulco de Juárez Guerrero, 2018.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar las limitantes que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes en la Unidad de Medicina Familiar No. 9
Procedimientos:	Se realizara una encuesta para diagnosticar que limitantes influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en adolescentes de 12-19 años en la Unidad de Medicina Familiar No.9
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Otorgar orientación sobre las limitantes identificadas
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los datos se manejaran de manera confidencial
Participación o retiro:	Recibirá respuesta ante cualquier duda y podrá retirar su consentimiento y abandonar el estudio sin recibir alguna presión o afectación de su atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales y la información obtenida serán confidenciales en publicaciones que deriven de este estudio.

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):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador

Responsable:

Dr. Rogelio Ramírez Ríos

Colaboradores:

Dra. Ramírez Ruiz Georgina Mayret

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

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 ACAPULCO, GRO.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**



**LIMITANTES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 9**

El siguiente cuestionario es acerca de las limitantes que tienes para utilizar algún método anticonceptivo, no hay respuestas correctas o incorrectas, la información obtenida es confidencial y se utilizara con fines estadísticos.

1.- ¿Qué edad tienes?

- a)12-15 b) 16-19

2.- ¿Cuál es tu sexo?

- a) Hombre b) Mujer

3.- ¿Cuál es tu escolaridad?

- a) Primaria b) Secundaria c)Preparatoria/bachillerato

4.- ¿Cuál es tu estado civil?

- a) Soltero b) Casado c) Unión libre d) Divorciado e) Viudo

5.- En caso de ser mujer ¿Has estado embarazada?

- a) Si b) No

6.- ¿A qué edad iniciaste tu vida sexual?

- a)12-15 b)16-19 c Aun no la inicio

7.- ¿Has utilizado algún método anticonceptivo?

- a) Si b) No c) Aun no inicio vida sexual activa

8.- Si tu respuesta fue si ¿Cuál utilizas actualmente?

- a) Inyecciones b) Pastillas c) Preservativo d) DIU e)Implante

f)otro

De los siguientes factores marca con una x la respuesta que consideres que limitan o limitaría la utilización de algún método anticonceptivo

Limitantes personales		
Desconocimiento de métodos anticonceptivos existentes	SI	NO
Desconocimiento de que sean gratuitos en los servicios de salud	SI	NO
Desconocimiento del uso correcto de los métodos anticonceptivos	SI	NO
Vergüenza en solicitar y/o usar un método anticonceptivo	SI	NO
Dificultad económica	SI	NO
Limitantes socioculturales		
Negativa de la pareja al uso de un método anticonceptivo	SI	NO
Mala experiencia de amigos o familiares en el uso de un método anticonceptivo	SI	NO
Mala comunicación familiar	SI	NO
Creencias y/o miedo respecto a los efectos secundarios	SI	NO
Falta de temas relacionados con sexualidad en la escuela	SI	NO
Limitantes en los servicios de planificación familiar		
Difícil acceso geográfico al servicio de planificación familiar	SI	NO
Horarios inadecuados	SI	NO
Procesos tardados	SI	NO
Falta de métodos anticonceptivos	SI	NO
Falta de ambientes exclusivos para adolescentes	SI	NO
Limitantes con el profesional de salud		
Personal de salud poco cordial, incomprensivo, juzgan	SI	NO
Personal de salud no capacitado	SI	NO
Personal de salud intenta imponerme el método anticonceptivo	SI	NO
Falta de privacidad y/o diferentes encargados en cada consulta	SI	NO
Falta de explicación e información sobre métodos anticonceptivos	SI	NO