



SECRETARÍA
DE SALUD - SESEQ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
SECRETARIA DE SALUD
UNIDAD ACADÉMICA
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVO EN
ADOLESCENTES DE SAN FANDILA PEDRO ESCOBEDO
QUERÉTARO”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

SANDRA DEL CARMEN POZAS LUNA



Santiago de Querétaro, Querétaro 2021



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.

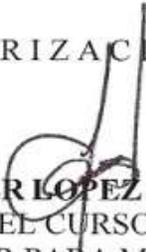
**"NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVO EN ADOLESCENTES DE SAN
FANDILA PEDRO ESCOBEDO"**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

SANDRA DEL CARMEN POZAS LUNA

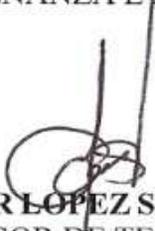
AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER LOPEZ SANCHEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
SESEQ



MTRA. SILVIA DE LOS ANGELES SANTOYO CRISTIANI
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION SESEQ



DR. JAVIER LOPEZ SANCHEZ
ASESOR DE TESIS

Santiago de Querétaro, Querétaro 2021

"NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVO EN ADOLESCENTES DE SAN FANDILA PEDRO ESCOBEDO"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. SANDRA DEL CARMEN POZAS LUNA

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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



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



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

AGRADECIMIENTO

A Dios por la salud y lo que he recibido

A mis padres por su apoyo incondicional

A Ale por siempre estar ahí para mí

A mi hija por el tiempo ausente y no soltar mi mano

1. TÍTULO

"NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVO EN ADOLESCENTES DE SAN
FANDILA PEDRO ESCOBEDO QUERÉTARO"

2. ÍNDICE

1.	Título	5
2.	Índice general	6
3.	Marco Teórico	7
	3.1 Embarazos adolescentes a nivel internacional, nacional y local	7
	3.2 Conocimiento	9
	3.3 Adolescencia	11
	3.4 Epidemiología	13
	3.5 Educación Sexual	15
	3.6 Acceso a servicios	20
	3.7 Política Pública	22
	3.8 Estrategia de solución	24
	3.9 Cultura	25
	3.10 Estadísticas de la OMS	27
	3.11 Impacto	28
	3.12 Estudios previos sobre conocimiento anticonceptivo	30
	3.13 Métodos anticonceptivos	32
4.	Planteamiento del problema	36
5.	Justificación	37
6.	Objetivos	39
7.	Hipótesis	39
8.	Metodología	39
	8.1 Tipo de estudio	40
	8.2 Población lugar y tiempo de estudio	40
	8.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra	41
	8.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	42
	8.5 Información a recolectar (variables)	43
	8.6 Método o procesamiento para captar la información	47
	8.7 Consideraciones éticas	47
9.	Resultados	50
10.	Discusión de los resultados	82
11.	Conclusiones	83
12.	Referencias bibliográficas	84
13.	Anexos	87

3. MARCO TEÓRICO

3.1 EMBARAZOS ADOLESCENTES A NIVEL INTERNACIONAL NACIONAL Y LOCAL

En la Cumbre del Milenio se estableció el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, donde se busca no solo erradicar la mortalidad materna e infantil y evitar enfermedades de transmisión sexual, sino también la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad de hacerlo o no hacerlo ONU 2010. 1.

La trascendencia de la salud reproductiva en el desarrollo de los individuos según el Banco Mundial 2007, es que las altas tasas de fecundidad explican, entre muchas otras causas, la repetición de un ciclo de pobreza y un contexto de desigualdad.1.

Estadísticas OMS 2014, indican que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes. Las tasas más altas se encuentran en África Subsahariana y el sur de Asia, la tasa nacional oscila de 1 a 299 nacimientos por 1000 mujeres adolescentes. 1.

En el mundo, cada año quedan embarazadas aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años, y 2 millones de adolescentes menores de 15 años. De los 252 millones de adolescentes entre 15 y 19 años que vive en las distintas regiones en desarrollo del mundo, se estima que cerca de 23 millones están en riesgo de tener un embarazo involuntario.1

América Latina y el Caribe, (Guatemala, Nicaragua y Panamá. En el Caribe, son República Dominicana y Guyana, en América del Sur, Bolivia y Venezuela tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo, el 18% de todos los nacimientos corresponden a menores de 20 años de edad. La mortalidad materna se ubica entre las tres primeras causas de muerte. Los abortos inseguros anuales alcanzan 670 mil.1

Las tasas de fecundidad en adolescentes en Estados Unidos y Canadá son de 22,3 nacimientos por 1000 adolescentes de 15 a 19 años.1

En México, la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente para 2015 a 2017 fue de 70.6 de hijos por cada mil mujeres adolescentes. La Secretaría de Salud para 2018, del total de nacimientos registrados con certificado de nacimiento, el 18.5% fue de madres de entre 10 y 19 años, es decir, casi uno de cada cinco nacimientos.¹

Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2014), por cada mil mujeres que dieron a luz en México durante el 2009, 69.5% de ellas tenían entre 15 y 19 años de edad. Prevalencia asociada al poco crecimiento de oportunidades para que los y las adolescentes accedan a mayores grados de escolaridad, así como al aumento de su actividad sexual en un contexto de falta de uso regular de métodos anticonceptivos. En nuestro país, las mayores brechas en el embarazo adolescente están dadas por el grado de escolaridad, la condición de lengua indígena, así como el tamaño y la localidad de residencia pues, hasta el año 2010, casi dos millones y medio de adolescentes no estudiaban ni trabajaban, dos tercios eran mujeres y más de una cuarta parte de ellas tenían hijos e hijas, dentro de las que unas de cada tres vivían en pareja.¹

El porcentaje de nacimientos ocurridos en madres entre 10 y 19 años de edad en México 2018, fue del 18.5% por ciento en Querétaro, las cifras de nacimientos de madres adolescentes son menores a la media nacional, mientras que la tasa de fecundidad adolescente de 15 a 19 años fue de 70.5%, en Querétaro fue de 51.50%, la más baja solo después de la tasa de la Ciudad de México que fue de 48.69%. En el caso de los embarazos en la infancia, la tasa media nacional en 2018 fue de 2.28% y la de Querétaro de 1.9%, por arriba de Guanajuato, Michoacán, Ciudad de México, Nuevo León, Jalisco y Tlaxcala.¹

3.2 CONOCIMIENTO

El conocimiento es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o información almacenada a través de la experiencia, o del aprendizaje o a través de la introspección. Es la facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Si profundizamos un poco más podremos decir que el conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje, la introspección o la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.²²

El conocimiento comienza por los sentidos, pasa al entendimiento y termina en la razón. Igual que en el caso del entendimiento, hay un uso meramente formal del mismo, es decir un uso lógico ya que la razón hace abstracción de todo el contenido, pero también hay un uso real. ²²

La teoría del conocimiento plantea tres grandes cuestiones: 1. La “posibilidad” de conocer. ¿Qué posibilidad tiene el hombre para conocer?, 2. La “naturaleza del conocimiento”, es decir, cuál es la esencia del conocimiento. Se acepta al conocer como un acto consciente e intencional del sujeto para aprehender mentalmente las cualidades del objeto. 3. Los “medios para obtener conocimiento”, que implica conceptualizar de qué se vale el hombre para iniciar y desarrollar el conocimiento, que por acierto y fracaso comienza a catalogar y valorar e instintivamente a desechar lo superfluo y solo guardar hechos esenciales y vitales. ²²

El inicio y desarrollo del conocimiento es un proceso gradual: el hombre al comienzo tiene en la experiencia captada por los sentidos la base para aprehender la realidad, luego aprende a razonar, es decir a derivar juicios que le lleven a representaciones abstractas, un campo diferenciado ya de la inicial captura de la realidad en su experiencia diaria.²²

La teoría de conocimiento de Piaget, que sustenta el nivel de conocimientos, explica la evolución del pensamiento (particularmente de la inteligencia) a través de las distintas edades y también el como la mente requiere y emplea los conocimientos. La mente continuamente recibe estímulos, los cuales son asimilados, y organizados en estructuras

cognoscitivas con el fin de aceptar la nueva información, pues la inteligencia de la vida es adaptación y la adaptación es un equilibrio entre asimilación y la acomodación, es decir un equilibrio de los intercambios entre el sujeto y los objetos.²²

De acuerdo con ENSANUT 2018, los adolescentes están expuestos a riesgos de salud particulares y en consecuencia tienen necesidades distintas, a la de los adultos, que requieren ser atendidas con acciones de prevención y atención de riesgos, a la salud enfocados a esta población, considerando las diferencias por sexo, y con equidad de género, con el fin de asegurar una buena salud sexual y reproductiva a lo largo del curso de la vida. Con dichas acciones se debe profundizar y ampliar los conocimientos sobre esta temática, considerando la evolución y cambios en los comportamientos y prácticas sexuales, como uso correcto del condón, inicio del debut sexual, uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, entre otros.²

Según datos del ENSANUT2018, 93.2% de adolescentes de 12 a 19 años han escuchado hablar de algún método de planificación familiar, cabe destacar que el hecho de haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, no necesariamente significa que los adolescentes tengan un conocimiento adecuado sobre el uso correcto, por lo que es necesario reforzar dicho conocimiento de manera completa, a fin de lograr una vida sexual responsable y saludable.²

En Querétaro el porcentaje de conocimiento sobre el uso del condón masculino para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual, es similar al registrado en el ámbito nacional45.2%sin embargo es preocupante al mostrar que una parte considerable de esta población 46.2%no tiene los conocimientos elementales de que el uso correcto del condón masculino tiene una doble protección.²

Entre los aspectos más relevantes de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Querétaro, destaca el conocimiento correcto de la gran mayoría de esta población tiene sobre el número de veces que se puede usar un condón masculino, sin embargo, una menor proporción saben que utilizar el condón masculino puede evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual. En relación con la salud reproductiva se observa que 32.8% de las adolescentes de Querétaro han estado embarazadas ENSANUT 2018. ²

3.3 ADOLESCENCIA

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un periodo durante el cual el individuo progresa desde el punto de vista de la aparición de las características sexuales hasta la madurez sexual, así como también se realiza una transición de un estado de dependencia económica total a una relativa independencia, y que abarca de los 10 a los 19 años. 11

La pubertad se refiere al periodo en el que se manifiestan los cambios físicos de la maduración sexual. La adolescencia se refiere a los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad. Es una etapa fundamental en el proceso de construcción de la personalidad y el tránsito a la edad adulta, siendo la expresión sexual un elemento importante del proceso de convertirse en adultos.12

La adolescencia abarca una etapa de vida llena de cambios complejos. En esta etapa deben de prepararse para su papel futuro, adquirir conocimientos y destrezas que les permitan desempeñarse socialmente, a fin de desarrollar autonomía y establecer relaciones afectivas con los miembros de su familia y con los demás integrantes de la sociedad. 12

La adolescencia es un periodo de la vida que comienza con los cambios biológicos puberales, que se inician en las mujeres a los 10 años y medio y en los hombres a los 12 años y medio aproximadamente. Es un periodo que se caracteriza por un periodo de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se desencadenan como resultado de la acción de las hormonas sexuales femeninas y masculinas, lo cual provoca la madurez anatómica, funcional y una amplia transformación de la figura corporal sexuada.11

Los cambios físicos que presentan los hombres son crecimiento de vello en axilas, vello púbico, crecimiento de bigote, cambio de voz, engrosamiento de los músculos aparición de acné hormonas sexuales testosterona, aumenta el tamaño del pene y testículos producción de espermatozoides. En cuanto a las mujeres hay crecimiento de vello en las axilas, y vello púbico, aumento de senos, engrosamiento de cadera, acné, hormonas sexuales estrógenos, tono de voz, crecimiento de útero, y vaginal producción de óvulos y aparece la primera menstruación menarquia.11

En cuanto a los cambios psicológicos, tienen un pensamiento más formal, aparece la búsqueda de la identidad, invencibilidad, audiencia imaginaria, fabula personal, indecisión e inseguridad. Los cambios sociales dejan los juegos infantiles y tienen una separación progresiva de los padres, surge la rebeldía y una tendencia grupal.¹¹

El inicio de la experiencia sexual en los adolescentes no es previsible, ya que ellos señalan que una de las más importantes razones para no usar un método anticonceptivo es porque no esperaban que dicha relación ocurriera. ¹²

Los adolescentes se consideran un grupo de alto riesgo, su adelantada maduración sexual en la actualidad, lo lleva a la búsqueda de relaciones sexuales tempranas como inicio de su vida sexual activa, estas características sexuales tempranas los exponen a infecciones de transmisión sexual y al embarazo precoz que por lo general sucede por la falta de uso de métodos anticonceptivos, en fin, tienen una inadecuada preparación en la práctica de relaciones sexuales.¹¹

3.4 EPIDEMIOLOGÍA

Epidemiología reportó en 2018 se atendieron 287,754 consultas para revisión del embarazo en adolescentes (10 a 19 años) en hospitales públicos del sistema nacional de salud, de los cuales 6.2% fue a niñas de 10 a 14 años. 1

Acorde al contexto epidemiológico, datos recientes indican que 20.5% de las adolescentes de entre 12 y 19 años de edad en México han iniciado su vida sexual; 36.8% de ellas no utilizaron métodos anticonceptivos en la última relación sexual y más de la mitad experimentan un embarazo antes de completar los 20 años.2.

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 entre 15 y 19 años. 2

En lo que se refiere a la demografía, la proporción de jóvenes que han tenido relaciones sexuales según edad a la primera relación sexual, existe, según la ENJUVE 2000, una diferencia de 7% de hombres adolescentes que declararon tener una relación sexual en la adolescencia en comparación con las mujeres (25% y 18%, respectivamente). Desafortunadamente, gran parte de las mujeres se inician sexualmente con poco conocimiento de los métodos anticonceptivos, y sobre todo la gran mayoría no utiliza ningún medio de regulación natal.3

El incremento en el año 2000 en nuestro país de las enfermedades de transmisión sexual, aumentó en siguientes cinco años, el uso de algún método anticonceptivo en la iniciación sexual de los jóvenes, de todos los adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron una relación, únicamente el 20% de las mujeres y alrededor de la mitad de los hombres se protegieron en su primera relación sexual. Asimismo, el método utilizado con mayor frecuencia de ambos sexos en su primera relación fue el condón, y, en segundo término, las pastillas y en el caso femenino también el método del ritmo. Si bien el uso de algún preservativo ha aumentado entre los jóvenes en su primera relación sexual, sigue siendo muy reducido el uso de algún método en el primer encuentro sexual.3

El uso de métodos de anticonceptivos no ha ocurrido de manera uniforme: persisten rezagos importantes particularmente en los adolescentes y jóvenes que habitan en municipios de marginación alta y muy alta y en zonas rurales e indígenas. Datos de ENSANUT 2012 confirman que se alcanzaron de manera parcial algunas metas para los programas de salud reproductiva sin embargo en cuanto al acceso en las adolescentes persisten brechas entre el uso de anticonceptivos por parte de las que residen en áreas rurales (53.1%) en comparación con las de áreas urbanas (63.9%).⁷

En México las transformaciones socioeconómicas de los últimos decenios no han llevado a cambios significativos en la edad a la que se unen por primera vez gran parte de las mexicanas. Únicamente las mujeres urbanas y con elevados niveles de escolaridad muestran cambios significativos en la edad de su primera unión (CONAPO, 2000). 3.

La tendencia muestra que ha cambiado el número de nacimientos según distintas condiciones de unión con la pareja. Aumenta el porcentaje de mujeres que tuvieron un hijo de 0 a 6 meses después de la unión. Esto sugiere que se ha incrementado el número de uniones por motivos de embarazo, ya que cerca del 16% de las mujeres de 15 a 24 años se casaron en 1997 estando ya embarazadas. Por otro lado, el número de hijos nacidos vivos sin unión se ha duplicado de 3.2% a 6.7% de 1976 a 1997. Esto puede ser el reflejo de la mayor aceptación en cuanto a la maternidad de las madres solteras o bien a la maternidad fuera de la unión. 3.

3.5 EDUCACIÓN SEXUAL

La definición de salud sexual según la OMS precisa a esta como un “estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia, Para lograr y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”

El empleo temprano del preservativo crea un vínculo cognitivo entre actividad sexual y uso del condón, lo cual produce el hábito de usar este método anticonceptivo y en general la tendencia de tomar decisiones más sanas respecto a la actividad sexual.2.

Las brechas en los conocimientos de métodos anticonceptivos representan una importante área de oportunidad para intervenciones en este tema, pues 16.4% de los adolescentes escolarizados que iniciaron su vida sexual y 12.1% de los que no la han iniciado tienen conocimientos incorrectos sobre métodos anticonceptivos; es decir, señala como más efectivo método ritmo, lo cual refleja el vacío de conocimiento en el tema.2.

En cuanto a la educación sexual (Menkes 2003), la información sobre diferentes métodos de regulación natal dirigida a los jóvenes de nuestro país, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes todavía se ve obstaculizado por diferentes factores sociales y culturales. Los adolescentes en general conocen en mayor medida las pastillas, las inyecciones y el condón masculino que otros métodos de regulación natal. Solo la tercera parte de las mujeres de 15 a 19 años tiene conocimiento del condón. 3

El mejor método para el adolescente debe incluir un interrogatorio exhaustivo, examen físico general y de la esfera reproductiva, tomando en consideración los criterios de elegibilidad y los aspectos no médicos, pues estos no sólo van a cumplir una función de prevención del embarazo, sino también previenen el contagio de una infección de transmisión sexual (ITS).5

En la adolescencia son frecuentes los comportamientos sexuales de riesgo al no tener una adecuada información sobre los métodos anticonceptivos y actuarán basados en las opiniones y conceptos que pueden estar plagados de mitos y criterios erróneos en la mayoría de las ocasiones. Es posible que no utilicen de forma sistemática y correcta los métodos anticonceptivos, las relaciones sexuales no son planificadas y esporádicas, y es probable que no se protejan. Dada la alta incidencia de las ITS en los adolescentes, estos deben recibir asesoramiento sobre los anticonceptivos que poseen acción protectora ante estas.5.

La combinación de educación sexual y anticoncepción desempeñaría un rol clave en la prevención del embarazo no deseado en adolescentes, un estudio muestra que el 34% de los adolescentes que dijeron haber recibido algún tipo de educación sexual usaba algún tipo de anticonceptivo.6.

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud. 12

Adolescentes bien informadas acerca de opciones anticonceptivas son más probables a estar satisfechas con el método de planificación elegido y continuar su uso.6.

El adolescente, debe entender que las conceptualizaciones en relación a las conductas sexuales resultan fundamentales. Un concepto errado puede implicar una minimización de los riesgos asociados con determinadas conductas.8.

La educación sexual es de vital importancia aunado a una adecuada consejería, tanto en prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual, como en prevención de conductas de riesgo, favoreciendo de esta forma, la adquisición de conductas protectoras en el ejercicio de su sexualidad.8.

Es necesario guiar al adolescente para que evalúe las ventajas y desventajas de retrasar el inicio de las relaciones sexuales y facilitar la identificación de las barreras personales e interpersonales que podrían influir en la toma de decisiones y afectar la postergación, como la presión de los padres y de la pareja, que va acompañado con el temor a perder la pareja; poca asertividad y baja autoestima. Una vez que ha identificado las barreras, es importante ayudarla a identificar soluciones posibles de implementar, analizando las características personales, habilidades y recursos de apoyo que dispone.⁸

El adolescente debe de tener decisiones voluntarias, libres y realistas, Se debe compartir información acerca de conductas sexuales de riesgo para embarazo o Infecciones de Transmisión Sexual, explicitando los riesgos de ciertas conductas.⁸

Retrasar el inicio de la actividad sexual es la conducta más protectora, visualizar la importancia de la decisión que está tomando y reforzar la idea de que, iniciar relaciones sexuales, debe ser una decisión y no algo que sucede al azar. En quienes desean iniciar actividad sexual, se debe motivar a que lo hagan en forma responsable, informada y protegida en un contexto que contemple la sexualidad en forma integral. Explorar el proyecto de vida y cómo las consecuencias de la actividad sexual no protegida (embarazo, Infecciones de Transmisión Sexual) entorpecería sus metas y objetivos.⁸

Los adolescentes normalmente llevan una vida sexual activa sin protección durante un año o más antes de solicitar un método anticonceptivo; la mayoría espera hasta que se ha llevado su primera experiencia sexual para después usar un método anticonceptivo, muchos de estos esperan hasta que se produce el embarazo. Aunque son cada vez más los adolescentes que hacen uso de métodos anticonceptivos aún queda una gran parte que no los usa por diversas razones. ¹⁰

El hecho de que los adolescentes sepan de la existencia de los métodos anticonceptivos y donde obtenerlos, y que aun así no los usen puede estar reflejando el desconocimiento de la responsabilidad y los riesgos que la práctica sexual conlleva. ¹⁰

La frecuencia de las relaciones sexuales garantiza más el uso de métodos anticonceptivos. Una relación estable cuenta con características de afecto satisfacción, comunicación, seguridad, y es más probable que se piense en la anticoncepción. 10

En lo que concierne a educación sexual del adolescente, este debe saber lo que es la responsabilidad sexual; que aprenda como controlar su fecundidad y planear embarazos, la educación de los adolescentes es necesaria en su calidad de padres del mañana, es importante crear conciencia cuando aún están formando sus ideas. 10

La salud sexual es fundamental para la salud y el bienestar general de las personas, las parejas y las familias, y para el desarrollo social y económico de las comunidades y los países. La salud sexual, vista afirmativamente, requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. La capacidad de hombres y mujeres para lograr la salud y el bienestar sexuales depende de su acceso a información completa y de buena calidad sobre sexo y sexualidad; conocimiento sobre los riesgos que pueden enfrentar y su vulnerabilidad a las consecuencias adversas de la actividad sexual sin protección; capacidad para acceder a la atención de la salud sexual; vivir en un ambiente que afirma y promueve la salud sexual. 11

Los adolescentes de hoy en día son precoces, promiscuos y tiene escasa valoración de los riesgos a los cuales están expuestos. Lamentablemente los conocimientos en esta esfera los están adquiriendo de forma distorsionada y a través de su propia práctica sexual y de modelos de educación informal y no sistemáticos. 12

La educación sexual ha carecido de una visión integral; se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos, también se ha mostrado que existe una carencia de información basada en evidencia científica relevante y actualizada.13

Durante las últimas décadas, la educación sexual formal que se proporcionaba de manera individual estaba circunscrita al entorno familiar, que utilizaba el silencio o la represión como método para no dar información sobre el tema a sus hijos e hijas. Con el transcurso del tiempo y atendiendo las demandas de la sociedad, se inició la difusión de forma colectiva, que se ha extendido con rapidez a las instituciones educativas y a las comunidades bajo la responsabilidad de los sectores gubernamentales correspondientes.
16

De acuerdo con Sánchez-Meneses 2015, la información disponible sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes muestra que existen mayores tasas de fracaso, menores tasas de continuidad y menor cumplimiento en comparación con los adultos.⁴

A través del conocimiento, el ser humano logra dominar a la naturaleza y, en la mayor parte de los casos, da respuestas a las interrogantes que le plantea una serie de fenómenos que en distintos momentos rebasan su capacidad comprensiva. Tal como sucede en las adolescentes que se embarazaron porque tuvieron dudas sobre el uso de métodos anticonceptivos por deficiente conocimiento.¹³

3.6 ACCESO A SERVICIOS

Podemos definir la anticoncepción en la adolescencia como la prestación de un servicio de salud integral, ante la solicitud espontánea de anticoncepción por un o una adolescente de 19 años o menos, o pareja de adolescentes, con vida sexual activa, permanente o esporádica o en riesgo de iniciarla.¹⁷

Los 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 ².

Sin duda estos datos son preocupantes, porque convergen aspectos socioeconómicos y culturales que impiden a las y los adolescentes tener una relación sexual segura, informada y se enfrentan a muchas limitaciones con relación al acceso a métodos seguros de regulación de la fertilidad, a la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles y a la decisión de cuándo y cuantos hijos tener. ³

El problema de salud sexual en los adolescentes no es el inicio de la vida sexual a una edad temprana sino la carencia de orientación y conocimiento adecuado para una conducta sexual responsable.⁴

La anticoncepción forma parte de la atención amigable de los adolescentes en el primer nivel de atención médica, sin embargo, es importante otorgar atención de calidad, con consejería y prescripción de anticonceptivos en forma fácil y explícita, ya que la mayoría de los adolescentes obtienen los anticonceptivos en farmacias comerciales, en las que generalmente no se consideran aspectos como la aceptabilidad, seguridad de método y las características propias del adolescente para lograr mejores tasas de uso y continuidad.⁴

El uso de métodos anticonceptivos es un ejemplo del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, expresión de los derechos humanos que poseen todas las mujeres y

hombres por el solo hecho de ser personas; además, del propio ejercicio clínico del médico familiar.4.

Promover el uso de los métodos anticonceptivos 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 método ideal para la adolescencia, tampoco hay razones médicas para negar el uso de ninguno de los métodos considerando únicamente la edad.5

En relación a la oferta metodológica, los distintos métodos anticonceptivos, las adolescentes son en general elegibles para usar cualquier método anticonceptivo, independiente de su edad, aplicando los Criterios de Elegibilidad de la OMS. Dado que las adolescentes presentan un porcentaje mayor de fallas y una menor continuidad en el uso de los distintos métodos anticonceptivos, es importante promover el uso de los métodos anticonceptivos de larga duración (tres años y más), por ser reversibles, más efectivos, de mayor seguridad y costo-efectivos.8.

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. 14

Los adolescentes suelen tener significaciones sobre la sexualidad que provienen de discursos de sus referentes cercanos: en el caso de las mujeres, de sus madres, tías, hermanas, y en el de los hombres, de sus padres; ambos tienden a replicar esto en sus relaciones.14

En los planteamientos para mejorar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud, se incluyen los siguientes aspectos: asegurar el derecho legal a la confidencialidad y privacidad; establecer servicios de calidad centrados en sus necesidades, e incluir la participación juvenil en el diseño y la prestación de servicios. 14

En su mayoría, los adolescentes desconocen el sistema de salud. Aunque saben dónde pueden obtener los métodos, no conocen los costos en caso de compra ni los mecanismos para obtenerlos dentro del sistema de salud. Evidencian como no ajustada a su población la propaganda diseñada en dicho sistema.14

Debido a que las relaciones sexuales en la adolescencia generalmente ocurren de manera inesperada, la estrategia de usar únicamente condón masculino no ha sido del todo efectiva porque se requiere tenerlo en el momento adecuado. 15

Finalmente, es obvio que numerosos aspectos vinculados a las posibilidades de acceso a los anticonceptivos permean el uso que pueden hacer los jóvenes de los mismos: por una parte está el costo, que puede limitar su acceso a sólo los más baratos (como el condón); pero por otra parte están ciertos aspectos como las restricciones de acceso a los centros de salud o de planificación para los menores de edad, las regulaciones que limitan el suministro de anticonceptivos a menores o les exigen la compañía de un adulto, la desaprobación de la actividad sexual de los adolescentes por los trabajadores de los servicios de salud y la sociedad en general, etc..16.

3.7 POLÍTICA PÚBLICA

Gran parte de las mexicanas adolescentes no utilizaron ningún método anticonceptivo en el momento de la iniciación sexual, lo que, sin duda, representa un reto para las políticas en materia de población.3.

En la última década se ha tenido especial atención en la planificación familiar en México, pero poca se ha dirigido especialmente a los adolescentes, el gobierno reconoce la magnitud del problema, sin embargo, los programas se han orientado específicamente hacia las adolescentes embarazadas. El problema es mayor si agregamos que se ha observado un incremento importante de la actividad sexual a edad más temprana en la población adolescente. 10

Toda política pública para propiciar la salud sexual y reproductiva en adolescentes debe basarse en el marco del respeto a sus derechos tal como se señala en la NORMA oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19

años de edad; los adolescentes y jóvenes deben ser reconocidos como seres de autonomía capaces de tomar decisiones acertadas sobre su cuerpo y bienestar. Para esto requieren información y habilidades que les permitan apropiarse de sus derechos, para demandar una educación sexual sin prejuicios y acceso a servicios de salud de calidad en un clima de privacidad y confidencialidad. Debe de reconocerse la diversidad sexual. Un marco de respeto a los derechos supone que sus necesidades sean consideradas por encima de otras figuras de autoridad como maestros, proveedores de servicios de salud e incluso los propios padres; esto les permitirá ejercer su sexualidad de manera libre, informada, protegida y responsable.¹³

A nivel internacional se ha impulsado la protección anticonceptiva dual para prevenir tanto embarazos como infecciones de transmisión sexual; ésta incluye el uso conjunto del condón y algún método anticonceptivo moderno, en particular, los reversibles de acción prolongada como implante subdérmico, que son los más costos efectivos, y que, como no requieren adherencia diaria ni mantenimiento, tienen alta aceptación entre las adolescentes.¹⁵

Se formuló la estrategia Nacional para la prevención del embarazo adolescente (ENAPEA), cuyo objetivo general es reducir el número de embarazos en adolescentes en México con respecto a los derechos sexuales y reproductivos planeando disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años, y en 50% la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años para el 2030 (INMUJERES, 2019). 1

3.8 ESTRATEGIA DE SOLUCIÓN

Estos datos confirman la necesidad de seguir intensificando la educación sexual y el acceso libre e informado de la gama de anticonceptivos existentes. Es necesario seguir afrontando los problemas, de inequidad e injusticia de los servicios de salud y las barreras que imposibiliten a mujeres y hombres a ejercer libre e informadamente sus derechos reproductivos, en especial en lo que concierne a las mujeres adolescentes mexicanas. 3

Se necesitan estrategias integrales de salud pública y educacional, centradas en la adolescente, para promover climas positivos hacia la aceptación de los métodos de planificación familiar, considerando las percepciones que tienen las adolescentes sobre los mismos como también las barreras que puedan tener los propios proveedores para indicarlos, como la accesibilidad a los métodos de planificación, así como el ser juzgado por el personal. 6

Es importante que los padres, desde su núcleo familiar, aunque cuenten con pocos conocimientos sobre el tema, insten a los adolescentes a buscar asesoramiento referente a su sexualidad, no siendo solamente jueces de sus acciones, que puedan condenar cualquier error cometido, sino actuar previamente para ser un elemento orientador y de respaldo para que sus hijos no se sientan abandonados. 11.

Una actitud de aceptación de la propia sexualidad es, por otra parte, un predictor mucho más importante del uso de anticonceptivos entre las jóvenes y las adolescentes que otros factores como el conocimiento sobre anticonceptivos.16

Implementar medidas tendientes a mejorar el conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos que existen y sean adecuados para los adolescentes en general, desarrolladas teniendo en cuenta las características de la población a la cual van a ser destinadas, tanto desde el punto de vista educacional como social, mediante talleres. 11

3.9 CULTURA

En la cultura mexicana, existen contextos en los que un embarazo adolescente no es considerado un problema porque son prácticas comunes relacionadas con usos y costumbres de ciertos grupos sociales, lo cual incluso pudiera llevar a tener embarazos planeados en la niñez y en la adolescencia¹.

El embarazo en la adolescencia se encuentra estrechamente relacionado con la unión conyugal y marital. Al parecer en nuestro país, si bien se ha incrementado el número de madres solteras, de todas formas, el embarazo adolescente sigue estrechamente relacionado con un proyecto de vida de unión familiar. En estratos sociales desfavorecidos el embarazo temprano es una práctica prevalente. Esto puede deberse a que el embarazo es considerado como la única opción viable entre las posibilidades al alcance de las adolescentes, o bien a que en contextos de precariedad socioeconómica (comunidades indígenas, rurales o marginadas), las posibilidades de libertad y desarrollo para las mujeres son restringidas. 13.

En el contexto social y cultural, que se relaciona con la valoración de ser madre y esposa sin reales perspectivas escolares, ni con perspectivas concretas de desarrollo personal. Sin duda, el contexto educativo resulta más significativo en cuanto al tamaño de localidad, el acceso a servicios, o bien el ingreso familiar, parece relacionar el embarazo adolescente con aspectos ligados al desarrollo personal de las jóvenes.³

Las mujeres más jóvenes tienen menor conocimiento con relación a los métodos de anticoncepción en general, que se les dificulta la obtención del método y el acceso a los servicios de salud para estos propósitos y sobre todo que existen tabúes y presiones sociales y de género que limitan a las jóvenes en el uso de algún método de regulación natal.³

Los hombres de 15 a 19 años de edad también presentan una sexualidad temprana, y con edades aún menores que las mujeres adolescentes. Lo que llama la atención es que, en el caso masculino, la relación que se observa en las mujeres se invierte, ya que la mayor escolaridad se relaciona con una edad menor en la primera relación sexual. 3

Culturalmente, el uso del condón puede ser asociado con relaciones sexuales ocasionales y con el tipo de mujer poco comprometida y expresiva de sus deseos del ideal femenino debe evitar. Mujeres con las que se cree, no se deben de formar parejas estables ni procrear. En México, en contextos tradicionales, el erotismo y la sexualidad se consideran propios del hombre, mientras que la identidad de las mujeres se define en torno al afecto, al matrimonio y a la familia. Por lo tanto, al parecer, la moral sexual y la desigualdad de género limitan a las jovencitas en el uso de un método anticonceptivo o impiden la negociación con el compañero de uso de preservativo.³

Existen factores de riesgo en la dimensión individual, familiar y social como la menarquia precoz, la baja autoestima, el uso de drogas, ser hija de una madre adolescente, un padre ausente, padres separados, divorciados, o que vivan con los abuelos, no usar métodos de planificación familiar, o la falta de conocimiento sexual, puntualmente la falta de unión en hogares disfuncionales; esto hace que los adolescentes busquen el afecto o el cariño que no encuentran en casa en las personas de sus parejas o enamorados. ¹²

Así mismo, también existen factores protectores como una familia que apoye a la adolescente, la buena comunicación interpersonal, el sentido de la vida laboral, y la abstinencia. Los adolescentes al tener más información y provenir de hogares unidos donde se fomenta la comunicación, retrasaran el inicio de sus relaciones sexuales. ³

El comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes está influenciado 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.^{4.}

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.^{4.}

La prevalencia de actividad sexual premarital varía según sexo y condiciones socioeconómicas. En casi todos los países, a cualquier edad el hombre suele tener más probabilidades de haber tenido relaciones sexuales y, por lo general, dice que empezó a edad más temprana que la mujer. 10

3.10 ESTADÍSTICAS DE LA OMS

La OMS estima más de 340 millones de infecciones de transmisión sexual anualmente. El interés en el desarrollo sexual del adolescente es debido a las grandes repercusiones en su bienestar, teniendo en cuenta que estas prácticas son de riesgo, como consecuencia de las decisiones equívocas que suelen tener los adolescentes debido a la falta de experiencia e información y que conllevan a que, durante su desarrollo en esta etapa, formen patrones de conducta que sin una intervención pudieran durar durante toda la vida. 23

3.11 IMPACTO

El INEGI 2019 registra 695 muertes maternas en el país, de las cuales 66 (9.5%) corresponden a menores de 20 años; entre las que se incluyen 6 casos de niñas de 10 a 14 años.

El embarazo adolescente se considera un problema porque afecta de forma negativa distintos aspectos de la vida de quienes lo experimentan, pues es muy probable que abandonen la escuela y que no continúen con sus estudios, según su contexto socioeconómico, por consiguiente, sus oportunidades de tener un trabajo se reducen, esto hace que se vuelvan más propensas a permanecer en condiciones de pobreza y exclusión. Si a esto se agrega la dimensión de salud, en la que las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en adolescentes 1.

Una primera dimensión del impacto del embarazo adolescente se registra a nivel del rezago en los logros educativos de las mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia 10 a 19 años, que también afecta los ingresos que ellas alcanzarán en su vida laboral: Las mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia alcanzaron un menor nivel educativo. 1

En cuanto al impacto, laboral, la tasa de desempleo es ligeramente más alta en mujeres que tuvieron hijos entre los 10 y los 19 años, en comparación con quienes fueron madres en edad adulta. El desempleo en mujeres que tuvieron hijos siendo adolescentes es 10.18% mayor. La calidad del empleo es menor para las personas que tuvieron hijos entre los 10 y los 19 años, en comparación con quienes fueron madres en edad adulta. La precarización del mercado laboral tiene que ver con haber cotizado para alguna institución de seguridad social. Las mujeres que tuvieron hijos siendo adolescentes tienen menos oportunidades de haber cotizado a los sistemas de seguridad social que las mujeres que fueron madres a una edad adulta 1.

Considerando que la esperanza de vida al nacer de las mujeres en México es de 77.88 años, estas 107 muertes (con edad promedio de fallecimiento por causas del embarazo inferior de 16.86 años) representan un potencial de 6,529 años de vida perdidos lo que, equivale a una vida productiva potencial de 5,151 años, considerando que la edad de retiro en México es a los 65 años.1.

En cuanto al impacto social, cada año se pierden en México 6529 años de vida potencial, años de vida que “no vivió” un determinado individuo que sufrió una muerte prematura, es decir no alcanzó a vivir el promedio de años que vive la población, y 5151 de vida productiva es decir vida con plena satisfacción de haber realizado cosas importantes para sí mismo por muertes relacionadas con embarazo y parto en adolescentes.¹

El embarazo en la adolescencia involucra riesgos médicos superiores a los que puede estar expuesta una mujer adulta, puede tener un desenlace con alta relevancia social, la mortalidad materna en adolescentes y los subsecuentes años de vida potencialmente perdidos. La razón de mortalidad materna de adolescentes estimada fue de 29.8 por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2018. Corresponde a 107 muertes de adolescentes por causas relacionadas con el embarazo.¹

En cuanto al impacto económico, los servicios de salud de México destinan cerca de 6 mil millones de pesos mexicanos para atender embarazos y partos de adolescentes. Se estima que en 2018 se atendieron 301,634 nacimientos adolescentes entre 10 y 19 años. Con un costo promedio de 19,509 pesos por cada parto atendido en adolescentes (incluye cuidados prenatales y durante el parto, complicaciones obstétricas y las atenciones al recién nacido).¹ De acuerdo a la asociación de variables de pobreza en servicios y en educación queda claro que el embarazo en la adolescencia se relaciona estrechamente con diferentes niveles de pobreza en distintos rubros. La diferencia más notoria la presentan las mujeres con analfabetismo, ya que más de la cuarta parte (28.1%) estuvo alguna vez embarazada en la adolescencia.³

Es importante hacer notar que el hecho de ser madre en la adolescencia lleva, sin duda a un mayor número de hijos en todos los grupos de edad. Es notorio que las mujeres que iniciaron la maternidad temprana llegan al final de su vida reproductiva con tres hijos más que las que empezaron después de los 19 años.³

Una adolescente de 19 años está nueve veces más expuesta a embarazarse que una de 15 o 16 años. De igual forma, ser pobre extremo educativo aumenta cuatro veces el riesgo de embarazo con respecto a las no pobres educativas. Con respecto al número ideal de

hijos, esta variable influye menos en el riesgo de embarazo; así, tener un ideal de tres hijos y más, aumenta ligeramente el riesgo de embarazo respecto a las que no desean ningún hijo o quieren tener como máximo dos hijos (1.57 veces). El tener o no acceso a los servicios de salud no cambia significativamente el riesgo de embarazo. 3

La planificación familiar y la anticoncepción constituyen una base fundamental de la salud reproductiva 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.7.

3.12 ESTUDIOS PREVIOS SOBRE CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVO

Los métodos de los cuales han oído hablar más son de los preservativos, los hormonales orales e inyectables y los métodos locales, pero son pocos los que conocen cabalmente el funcionamiento de los mismos. Las diferencias más acentuadas se presentan en los hormonales orales, en donde un 75% señala que conoce o ha oído hablar de este método anticonceptivo y solamente es el 11% el que tiene un conocimiento real del mismo.3

Sánchez- Meneses et al. (2015) en su artículo conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud, realizado en México, encontraron que el nivel de conocimiento fue medio, 60.8%, el método más utilizado 65.2% y el más conocido 95.8%, sin embargo los resultados obtenidos en este estudio muestran que es necesario mejorar la calidad de la información sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, lo que se espera repercuta positivamente en la salud sexual y reproductiva de la población. 4

De los resultados obtenidos se encontró que la fuente de información en educación sexual más importante fue, en orden decreciente: la escuela (51%), el médico (14%), los amigos (13%), la televisión (11%), las revistas (5%), la internet (2%), la familia (2%) y por último la iglesia (0%). Los resultados obtenidos en este análisis muestran la importancia de la mayor calidad educativa sobre el uso de métodos anticonceptivos y salud sexual, ya que la mayoría de los adolescentes conoce algún método, principalmente el preservativo, pero desconoce el resto de los métodos anticonceptivos. Las fuentes de

información relacionadas con la sexualidad son, en orden de frecuencia: escuela, amigos, el médico y la televisión. Aun siendo la escuela la principal fuente de información, la mayoría de los adolescentes está poco o mal informada sobre las cuestiones reproductivas, lo que nos lleva a pensar que es necesario crear programas informativos de salud sexual para adolescentes, no sólo en las escuelas, sino en otros medios de comunicación. 20

Ayala- Castellanos et al. (2011). En su artículo, Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. Los adolescentes representan el futuro de cualquier sociedad, en la medida en la que este segmento de la población obtenga oportunidades para su inserción económica y social, se puede suponer que a la población en general le aguarde un futuro más próspero, por el contrario, si las oportunidades para las generaciones más jóvenes son escasas, las implicaciones a largo plazo para la sociedad en su conjunto pueden ser muy negativas, 1.

3.13 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Características de los métodos anticonceptivos

Abstinencia: Método más eficaz para prevenir el embarazo y las ITS. Abstenerse del acto sexual no produce efectos nocivos para la salud del adolescente. La abstinencia puede incluir otras formas de expresión sexual. Constituye una opción para adolescentes que no hayan iniciado relaciones sexuales, así como para aquellos que ya lo hubiesen hecho. El médico debe de ayudar a los jóvenes a adquirir las aptitudes necesarias para hacer frente a las presiones de los grupos de pares, pues la abstinencia requiere motivación y autocontrol, comunicación y cooperación de la pareja, su práctica requiere de gran compromiso por parte de los adolescentes. 17

MÉTODOS DE BARRERA

Ideales para los adolescentes, son accesibles, baratos, seguros y en raras ocasiones producen efectos sistémicos desagradables. Tienen una eficacia inmediata, control por el propio usuario, y su uso se inicia y discontinúa fácilmente, lo cual se adapta perfectamente a las características de los adolescentes. Los métodos de barrera incluyen los condones masculinos y los métodos femeninos, como condones femeninos, capuchón cervical, espermicidas, y diafragmas. Pueden usarse solos o combinados con otros métodos anticonceptivos que no sean de barrera como por ejemplo las píldoras. 17

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA

Por su alta eficacia anticonceptiva y sus efectos beneficiosos no anticonceptivos se incluye dentro de los métodos de elección. Las adolescentes, tienen pocas contraindicaciones para la AHC, pero hay que tomar en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS. 17

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA ORAL

Se deberá tomar un comprimido diario a partir del primer día de la menstruación, la toma podrá ser de 21 días (descansando 7) o 28 días (sin descanso) y reiniciar. Los preparados de 28 días contienen píldoras sin medicación, pueden ser de 7, 4 y 2 días. La

hemorragia por privación se inicia en los días de descanso o píldoras sin contenido hormonal. La tableta deberá tomarse a la misma hora, y no olvidar ninguna. Si hay olvidos que no superan las 48 horas se continúa normalmente el tratamiento; si las superan, hay que seguir con la medicación y emplear el condón como complementario durante 7 días.

17

Los anticonceptivos orales son seguros, no tienen efectos a largo plazo en la función o el desarrollo de los ovarios y no se reportan complicaciones relacionadas con la edad ni efectos colaterales. Son muy eficaces registran una tasa de embarazo inferior a 1%, pero cuando se usan atípicamente, la tasa se incrementa a 8%. También tienen beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción, como son la reducción del acné, regulación del ciclo menstrual y reducción de la dismenorrea, igualmente poseen un efecto protector ante el embarazo ectópico, enfermedad benigna de mama, cáncer ovárico y endometrial, y algunas formas de la enfermedad inflamatoria pélvica. Ofrece a las adolescentes control sobre su fertilidad, el uso no depende del acto sexual y puede usarse sin que el compañero lo sepa, incluso sin su cooperación, no protegen contra la transmisión de ITS, al suspender la toma la fertilidad regresa rápidamente. 17

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA TRANSDÉRMICA

El parche se adhiere a piel en el sitio de preferencia, excepto en las mamas desde el primer día del sangrado menstrual y se cambia semanalmente durante 3 semanas; tras siete días sin el parche, aparece la hemorragia por privación se inicia un nuevo ciclo.

INYECTABLES COMBINADOS

Los inyectables combinados de estrógeno-progestina deben administrarse cada 28 días, poseen alta eficacia y aceptabilidad, se aplica mensualmente.

Los implantes son adecuados en mujeres que deseen un método a largo plazo y tengan fácil acceso a los servicios de extracción. En las adolescentes se observa discontinuación

temprana, no deben usarse de forma rutinaria en la adolescencia, excepto en aquellos casos en que después de un análisis profundo se decida que es una opción viable.¹⁷

Los inyectables e implantes tienen buenos resultados en el seguimiento de adolescentes durante el posparto (no interfieren la lactancia), adolescentes con retraso mental y otras discapacidades, y en pacientes inmaduras e indisciplinadas.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

Poseen una elevada eficacia anticonceptiva y no precisan motivación para su uso. Se insertan durante la menstruación y es un método de larga duración (5 años). Además del DIU de cobre existen los medicados con la hormona levonorgestrel (DIU-LNG). Los DIUs precisan inserción por un profesional. El DIU de cobre puede aumentar el sangrado y de la dismenorrea. El DIU-LNG puede alterar el patrón de sangrado menstrual, esto debe advertírsele a la adolescente para que acepte la posibilidad de sangrado irregular o amenorrea. Los DIUs no protegen contra las ITS, se describe una relación entre su uso y el incremento de la enfermedad inflamatoria pélvica.

Método permanente e irreversible oclusión tubárica bilateral (OTB), no apropiado para las adolescentes que están comenzando su vida reproductiva. Pudiera ser una opción en casos específicos, como serían enfermedades de transmisión genética, seria discapacidad mental o física, y otras condiciones excepcionales.

Anticoncepción de emergencia, se refiere al uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección, cuando el condón se rompe o se desliza, así como en los casos de violación. No es un método regular de anticoncepción, después de usarla, se debe empezar a usar un método regular, se puede usar en cualquier momento del ciclo menstrual y si es necesario, más de una vez durante un ciclo. No protege contra las ITS, la eficacia no es absoluta, sólo protege frente al coito muy reciente.

Métodos naturales.: Aquí se incluyen el método del ritmo, moco cervical, y temperatura basal, las adolescentes no son idóneas para utilizar estos métodos, pues en ellas son frecuentes los trastornos menstruales y otras alteraciones que afectan la ya pobre eficacia

de estos métodos. Métodos como el coito interrumpido y las duchas vaginales postcoital tampoco se recomiendan, son poco eficaces y tienen escasa aceptación por los jóvenes.

Métodos de barrera. Estos métodos, al bloquear física o químicamente el paso de los espermatozoides y los organismos infecciosos de una persona a otra, ofrecen cierta protección ante las Infecciones de Transmisión Sexual.

Condón Masculino: Usado de forma regular y correcta, disminuyen el riesgo de transmisión de ITS, hay evidencias de que el condón resulta impermeable a los agentes patógenos de las ITS, incluido el VIH. Los condones fallan debido a su uso incorrecto o por rotura durante las relaciones sexuales.

Condón Femenino: Es una barrera efectiva para los virus, incluyendo posiblemente al VIH, lo que está pendiente de validación por otros estudios. Si son usados consistentemente, los condones femeninos pudieran reducir el riesgo de ITS.¹⁷

De acuerdo con Sánchez- Meneses 2015, en su artículo conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud, refiere que el condón fue el método anticonceptivo mayormente utilizado 65.2%, así mismo fue el método de barrera del que se tenía un mejor conocimiento 95.8%.⁴

4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El adolescente vive un periodo en el que va a construir su personalidad, lo que implica conocer cambios biológicos, psicológicos y sociales, incidir en el conocimiento de manera integral para contribuir a la toma de decisiones de manera asertiva favorecerá su vida futura.

Según la OMS 2014 cada año existen 16 millones de embarazos adolescentes a nivel mundial, una de las principales consecuencias del inicio de la vida sexual, además de las Infecciones de transmisión sexual, mortalidad e impacto económico y familiar que esto conlleva.¹

Durante el periodo comprendido entre septiembre de 2019 a septiembre de 2020 se atendieron en el Centro de Salud San Fandila Pedro Escobedo Querétaro 71 mujeres en control de embarazo 25.8% corresponden a mujeres de 14 a 19 años, de enero a diciembre de 2020 incremento a 32% los embarazos en adolescentes, un aumento de 6%, lo que lleva a pensar en la vulnerabilidad de la población adolescente.

5 JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes son los adultos del mañana, deben de tener conocimientos sólidos y que les sean útiles a lo largo de su vida, el desconocimiento los lleva a tomar decisiones poco asertivas.

La educación sexual debe ser comprendida, para que los adolescentes tengan herramientas útiles para autoevaluar el riesgo de ejercer su sexualidad con libertad, aplazando el inicio de la vida sexual, con convicción.

Según la Encuesta Nacional sobre la dinámica demográfica en México 2009 las mujeres adolescentes representan el 19.1% de las mujeres en edad reproductiva. La mayoría de las adolescentes 97% tiene conocimiento anticonceptivo, incluso en el medio rural, indígenas 91.3% y 77.5% respectivamente. No obstante, menos de la mitad de las adolescentes 44.7% de entre 15 y 19 años que están unidas utiliza métodos anticonceptivos. Porcentaje que se reduce a 4.5% entre las adolescentes solteras. Solo el 38.2% de las adolescentes utilizaron un método de planificación familiar en su primera relación sexual.¹

La falta de educación sexual integral en las escuelas, el inicio temprano de la actividad sexual, el bajo uso de los métodos anticonceptivos, la falta de crecimiento personal son los principales problemas que enfrenta el adolescente, las consecuencias como el embarazo, mortalidad materna e infantil, infecciones de transmisión sexual, prematurez, violencia doméstica, impactan directamente en el nuevo núcleo familiar, el entorno social, y económico.¹

En México, la media de edad para la primera relación sexual en mujeres, de 15 a 19 años, fue de 15.4 años, de acuerdo con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. La misma encuesta reveló que 23% de la población mexicana de 12 a 19 años ya había iniciado su vida sexual, con una proporción mayor en hombres (25.5%), respecto a las mujeres (20.3%); 90% mencionó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, entre los métodos más utilizados se ubicó el condón con 80.6% y cerca de 6.2% indicó el uso de hormonales. En las mujeres

la utilización reportada fue menor, 61.5% mencionó que su pareja usó condón y 7.3% empleó métodos hormonales.4.

En cuanto a la causa por la cual no usaron método de planificación familiar en la primera relación sexual en Querétaro en 2014 el 32.1% no conocía métodos en comparación con el resto de la República Mexicana 28.6%. el 26.3% no planeaba tener relaciones sexuales a comparación del resto del país 22.9%, deseo de embarazo en Querétaro 23.5% en relación a en resto del país 28%.

El aumento en la incidencia de embarazos adolescentes de 25.8% a 32% registrados en septiembre 2019 a 2020 en el Centro de Salud de San Fandila y su impacto en educación, en el desarrollo personal y laboral, en salud, y de seguridad social son algunas de las causas por las cuales es importante generar estrategias de intervención educativa en la población adolescente.

6 OBJETIVOS GENERALES

Evaluar el nivel de conocimientos anticonceptivo en adolescentes de San Fandila Pedro Escobedo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer las características sociodemográficas de los adolescentes de San Fandila Pedro Escobedo

7 HIPÓTESIS

Los estudios descriptivos no requieren hipótesis estadística.

HIPÓTESIS NULA

Los conocimientos sobre metodología anticonceptiva son menores a la reportada a nivel Nacional.

8. METODOLOGÍA

Se empleará un cuestionario tipo Likert de Jiménez-Vilchis que consta de 27 preguntas cerradas, conformada por dos secciones en un formulario Google que se enlaza con redes sociales WhatsApp desde una plataforma classroom.

Sección I- En esta sección se recaban datos sociodemográficos del encuestado

Sección II- En esta sección se recaba el conocimiento de los métodos anticonceptivos, el tipo y el uso de los mismos.

La valoración de esta sección se hace con una escala de Likert, con preguntas cerradas. La cual comprende 3 respuestas SI, si el adolescente conoce el concepto relacionado al método anticonceptivo, NO, si el adolescente no conoce el concepto relacionado al método anticonceptivo interrogado, y NO SE, si el adolescente desconoce el concepto del método anticonceptivo interrogado. Donde se clasificarán en bajo, medio y alto de acuerdo al nivel de conocimiento encontrado.

La información de los cuestionarios será capturada en el programa estadístico SPSS v.25 para realizar el análisis estadístico correspondiente.

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo prospectivo transversal

8.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Durante los meses de Julio y Agosto de 2021, se invitó a la población que acudió al Centro de Salud de San Fandila Pedro Escobedo Querétaro que acudieron a solicitar consulta médica y tuvieran hijos adolescentes a contestar la encuesta de conocimiento, previa autorización por los padres se realizó el cuestionario en línea.

DEFINICION DEL UNIVERSO

Universo: N= 291 adolescentes de la comunidad de San Fandila Pedro Escobedo Qro.

8.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Población total de adolescentes 291 de los cuales 124 son hombres y 166 mujeres.

Muestra 166 nivel de confianza 95% margen de error 0.05%

n	Muestra que está sujeto a estudio
Z ²	1.96(punto crítico normal para un nivel de confianza del 95%)
p	0.5, proporción de la muestra
q	0.5, complemento de p
E ²	Nivel de precisión
N	Tamaño de la población accesible

$$n = \frac{291 * (1.96)^2 + (0.50) * (0.50)}{(0.05)^2 * (291 - 1) + (1.96)^2 * (0.50) * (0.50)}$$

$$N = 166$$

8.4 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Ser residente de la comunidad de San Fandila Pedro Escobedo

Ser adolescente de 10 a 19 años

Haber firmado el consentimiento informado de padres y adolescentes

Contar con acceso a watsapp y enlace Google forms.

CRITERIOS DE EXCLUSION

No contar con consentimiento informado de autorización por el padre, madre o tutor del adolescente.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Retirarse del estudio

Contestar incompleto el cuestionario

8.5 VARIABLES

VARIABLE	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Dimensión	Indicador
Edad	Tiempo vivido de una persona desde su nacimiento expresada en años	Tiempo vivido en años cumplidos	Cuantitativa discreta	Socio-demográfica	Años
Sexo	conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Expresión fenotípica de genotipo	Cualitativa nominal	Socio-demográfica	Masculino Femenino
Grado escolar	cada una de las unidades de organización de enseñanza-aprendizaje en que se divide un nivel o un ciclo escolar	Grado máximo de estudios en años terminados al momento del estudio.	1 secundaria 2 secundaria 2 secundaria 3 preparatoria	Socio-demográfica	Escolaridad
Tipo de familia	Estructura (integrantes) familiar según su composición	Nuclear simple comprende madre, padre y de 1 a 3 hijos, Nuclear numeroso padre, madre y con 4 hijos o más, Reconstruida padre y madre, en donde alguno o ambos has sido divorciados o viudos y tienen hijos	Cuantitativa nominal Familia nuclear, Monoparental Monoparental extensa	Socio-demográfica	Padre, madre, hermanos otras parientes

		de unión anterior. Monoparental Padre o madre con hijos, monoparental extendida padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco, extensa madre con hijos más otras personas con parentesco. extensa comprende madre, padre y más de 3 hijos,			
Escolaridad paterna	Máximo grado de estudios del progenitor	Grado máximo de estudios en años terminados al momento del estudio	Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria	Socio demográfica	Escolaridad del padre
Escolaridad materna	Máximo grado de estudios de la madre	Grado máximo de estudios en años terminados al momento del estudio	Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Superior	Socio demográfica	Escolaridad de la madre
Conocimiento Anticonceptivo	Conjunto de información que tienen las personas sobre los métodos anticonceptivos, que son todo acto, sustancia o	Se basa en la fisiología hormonal normal de la mujer, en los cuales hay abstención de tener	Abstinencia Coito interrumpido Billings Temperatura Basal	Conocimiento	Métodos Naturales

	elemento que impide la unión del óvulo con un espermatozoide, o que contribuya a que una de estas dos células no se desarrolle o se maduren suficientemente	relaciones sexuales durante la ovulación la cual se da a mitad del ciclo hormonal que se acompaña con un discreto aumento de la temperatura corporal <1°C, y la secreción vaginal se vuelve más espesa			
Conocimiento anticonceptivo	Conjunto de información que tienen las personas sobre los métodos anticonceptivos, que son todo acto, sustancia o elemento que impide la unión del óvulo con un espermatozoide, o que contribuya a que una de estas dos células no se desarrolle o se maduren suficientemente	Son aquellos que impiden el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, ya sea formando una barrera mecánica o química o la combinación de ambos	Preservativos masculinos Preservativos femeninos Espermicida Diafragma	Conocimiento	Método Barrera
Conocimiento anticonceptivo	Conjunto de información que tienen las personas sobre los métodos anticonceptivos, que son todo acto, sustancia o elemento que	Poseen hormonas estrógenos y/o progestágeno. Generalmente actúan inhibiendo la ovulación.	Hormonales Orales Bimensuales Inyectables De depósito	Conocimiento	Métodos Hormonales

	impide la unión del óvulo con un espermatozoide, o que contribuya a que una de estas dos células no se desarrolle o se maduren suficientemente				
Conocimiento anticonceptivo	Conjunto de información que tienen las personas sobre los métodos anticonceptivos, que son todo acto, sustancia o elemento que impide la unión del óvulo con un espermatozoide, o que contribuya a que una de estas dos células no se desarrolle o se maduren suficientemente	Dispositivo en forma de T de cobre que es colocado dentro del útero, en caso de haber ovulación el DIU evita que el óvulo fecundado se implante en el útero.	Dispositivo intrauterino T de cobre	Conocimiento	Método Anticonceptivo Mecánico
Conocimiento anticonceptivo	Conjunto de información que tienen las personas sobre los métodos anticonceptivos, que son todo acto, sustancia o elemento que impide la unión del óvulo con un espermatozoide, o que contribuya a que una de estas dos células no se desarrolle o se maduren suficientemente	Evitan el embarazo de manera permanente, se recurre a ellos cuando la pareja tiene paridad satisfecha.	Vasectomía Oclusión tubárica Bilateral OTB	Conocimiento	Métodos Quirúrgicos Permanentes

8.6 MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se utilizó un plataforma digital goolge forms, la cual arrojó resultados en Excel, posteriormente se procesaron los resultados en el programa estadístico SPSS V25 para su manejo.

8.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio de investigación relacionada con la salud, se apegará a lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación. Se someterá ante el Comité Local de Ética en Salud de Querétaro, para su evaluación y aceptación.

Apegada a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación en para la salud en seres humanos.

Se realizará en seres humanos prevalecerá el respeto a su dignidad y protección de sus derechos, considerando la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud-

El presente estudio de investigación representa un riesgo mínimo debido a que se realizará un cuestionario sobre su conocimiento adquirido el cual no representa ningún riesgo.

Este estudio de investigación en salud, se apegará a lo señalado por:

La Declaración de Helsinki 1964. Dicha declaración rige la ética a nivel internacional, su última revisión fue en el 2013.¹⁹

La Asociación Médica Mundial espera que cualquier profesional que realice investigación con seres humanos, adopte los principios señalados, el quehacer del médico, el médico debe actuar en el mejor interés del paciente cuando brinde la atención médica y es deber del médico promover y salvaguardar la salud, el bienestar y derechos de los pacientes, incluyendo aquellos que se incluyen en la investigación médica. Todos los protocolos deben ser evaluados por un comité independiente.¹⁹

Reporte Belmont publicado en 1979. Es la base para muchos lineamientos internacionales que se elaboraron posteriormente, los cuales en la actualidad son utilizados

como guía para llevar a cabo la investigación en seres humanos y para resolver conflictos. Los principios éticos que aparecen en este documento y todos los posteriores son los siguientes:

Respeto por las personas (autonomía). Este principio reconoce la capacidad de las personas para la toma de decisiones. Se aplica directamente en el consentimiento informado donde especifica que el sujeto debe recibir información sobre los objetivos del estudio, comprender los procedimientos que van a efectuarse y dar libremente su consentimiento. Así mismo podrá decidir abandonar el estudio sin ningún perjuicio.

Beneficencia (no maleficencia). Este principio se enfoca a proteger al sujeto de los riesgos, los cuales deben ser identificados plenamente. Los beneficios deben superar los riesgos y el daño a los sujetos. El estudio de investigación debe ser pertinente y relevante desde el punto de vista científico y los investigadores sean competentes para llevarlo a cabo.

Justicia. Este principio se refiere a la igualdad y equidad. Todos los sujetos deben tener la misma oportunidad de ser seleccionados para un estudio, independientemente de su sexo, raza, religión, nivel educativo o económico. De igual forma, cuando se tengan los resultados, los beneficios deben ser distribuidos equitativamente.

Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, que entró en vigor en 1984, con su última reforma en 2014.

La Comisión Nacional de Bioética se creó en 2005, en diciembre de 2011 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto de Reforma a la Ley General de Salud, por lo que se adicionó el artículo 41 bis y se reformó el 98 de la citada ley, así se obliga a todos los establecimientos de salud del sector público, privado y social a contar con comités hospitalarios de bioética y comités de ética en investigación, bajo los lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética donde se manifiestan los aspectos éticos en los protocolos de investigación. Todos los protocolos deben incluir una sección donde se mencionen los aspectos éticos del estudio. En esta sección del protocolo se debe anotar la

clasificación del riesgo del estudio de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 19

Existen tres categorías de riesgo, con las siguientes características: Sin riesgo, Riesgo mínimo y con riesgo mayor que el mínimo.

La presente investigación cumple a con la definición operacional de: Investigación sin riesgo: incluye estudios que emplean técnicas de investigación documental, retrospectivos y también aquellos en los que se realizan encuestas o cuestionarios en los que no se identifica a los sujetos o se traten aspectos sensitivos de la conducta. No hay intervención alguna.

Se protegerá la confidencialidad de la información y se recabará consentimiento informado el cual debe tener en el encabezado el nombre y logos de la institución o instituciones participantes. Cumplir con los aspectos éticos de la investigación es tan importante como cualquier otro apartado del protocolo. Se debe recordar el propósito de los requisitos y el acto fundamental de ofrecer un beneficio a los participantes.19

9. RESULTADOS

Se aplicó un total de 174 cuestionarios a los cuales después de aplicar criterios se eliminaron 8 por que no se contestaron completamente, quedando un total de 166 mediciones distribuidas de la siguiente forma media de edad 13.6 años, con una moda de 14 años y mediana de 13 años tabla 1.

La distribución por edades fue de la siguiente forma, 53 adolescentes que corresponden al 31.9% de 14 años, de ellos 16 corresponden a sexo masculino y 37 corresponden al sexo femenino, 45 adolescentes que corresponden al 27.1% de 13 años de ellos 23 corresponde a sexo masculino y 22 corresponden a sexo femenino, 39 adolescentes que corresponde a 23.5% de 12 años de ellos 18 son de sexo masculino y 21 de sexo femenino, 17 adolescentes corresponden al 10.2% de 15 años, de ellos 11 corresponden a sexo masculino y 6 corresponden a sexo femenino, 4 adolescentes que corresponden al 2.4%, 4 corresponden a sexo femenino, 3 corresponden a 1.8% de 18 años, de ellos 1 corresponden a sexo masculino y 2 corresponden a sexo femenino, 3 corresponden a 19 años que corresponden a 1.8%, de ellos 3 corresponden a sexo masculino y, 2 adolescentes de 17 años que corresponde 1.2%, de ellos 1 corresponden a sexo masculino y 1 corresponde a sexo femenino. Tabla 2 gráfica 1.

En cuanto a la distribución por sexo, se obtuvieron 93 mediciones que representan el 56% para mujeres y 73 que corresponden al 44% para hombres. Tabla 3 gráfica 2.

Tabla 1 Edad promedio
n=166

N	Válido	166
	Perdidos	0
Media		13.6
Mediana		13
Moda		14

Fuente: encuesta

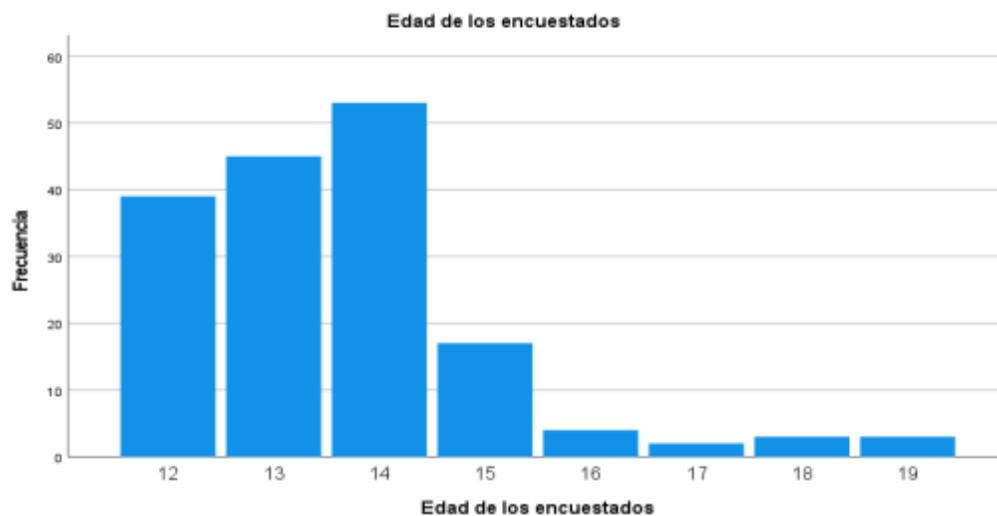
Tabla 2 Distribución por edad

n=166

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	12	39	23,5	23,5	23,5
	13	45	27,1	27,1	50,6
	14	53	31,9	31,9	82,5
	15	17	10,2	10,2	92,8
	16	4	2,4	2,4	95,2
	17	2	1,2	1,2	96,4
	18	3	1,8	1,8	98,2
	19	3	1,8	1,8	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

Fuente: encuesta

Grafica 1



La edad media de adolescentes que contestaron el cuestionario tiene 13.6 años. El 56% de los adolescentes encuestados fue mujer y el 44% hombres.

Tabla 3 Sexo de los encuestados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	mujer	93	56,0	56,0	56,0
	hombre	73	44,0	44,0	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

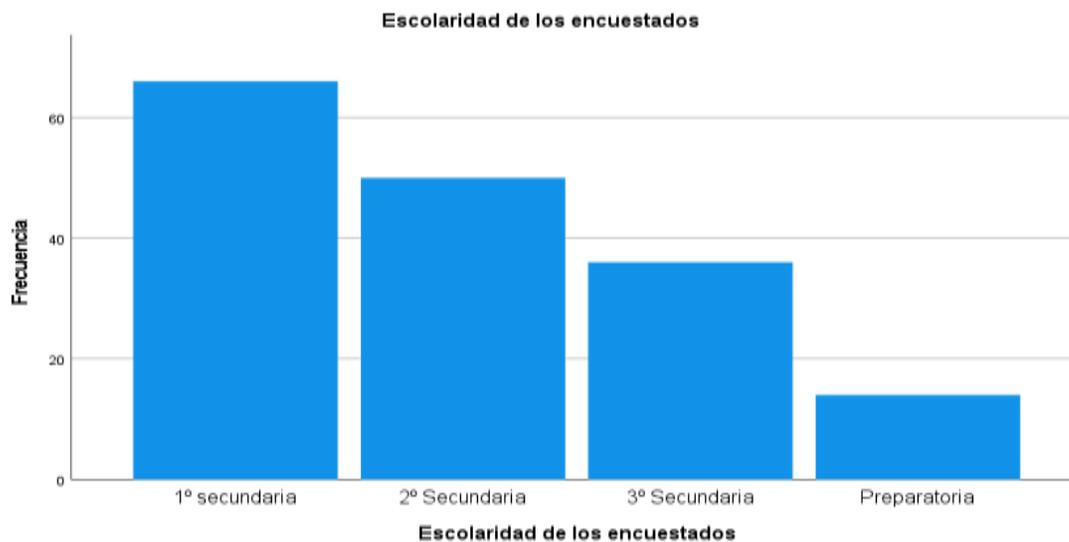
Fuente: encuesta

En cuanto al sexo de los encuestados, el 56% corresponde a 93 mujeres y el 44% corresponde a 73 hombres.

Tabla 4 Escolaridad de los encuestados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1° secundaria	66	39,8	39,8	39,8
	2° Secundaria	50	30,1	30,1	69,9
	3° Secundaria	36	21,7	21,7	91,6
	Preparatoria	14	8,4	8,4	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

Grafica 2

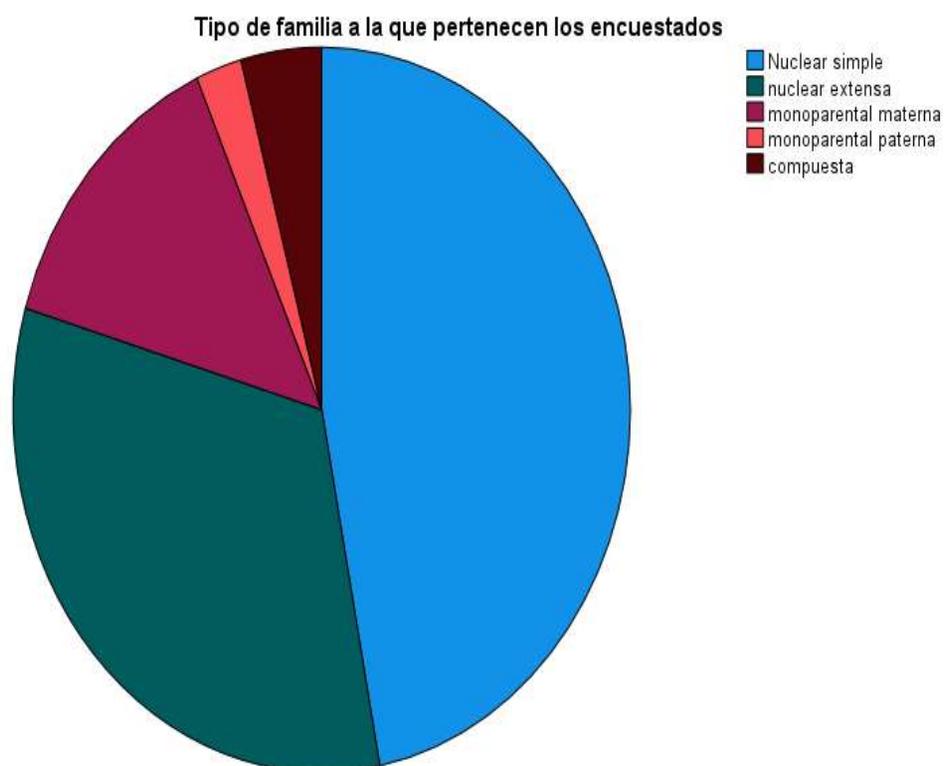


En cuanto a la escolaridad de los encuestados fue el 39.8% cursaba 1 de secundaria, el 30.1% cursaba 2 de secundaria, el 21.7% cursaba 3 de secundaria y el 8.4% de los adolescentes encuestados cursaba preparatoria.

Tabla 4 Tipo de familia a la que pertenecen los encuestados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nuclear simple	78	47,0	47,0	47,0
	nuclear extensa	54	32,5	32,5	79,5
	monoparental materna	23	13,9	13,9	93,4
	monoparental paterna	4	2,4	2,4	95,8
	compuesta	7	4,2	4,2	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

Grafica 3



El tipo de familia a la que pertenecen los adolescentes encuestados de la localidad de San Fandila, está integrada por una familia nuclear simple en un 47%, el 32.5% pertenecen a una familia nuclear extensa, el 13.9% corresponde a una familia monoparental materna, mientras

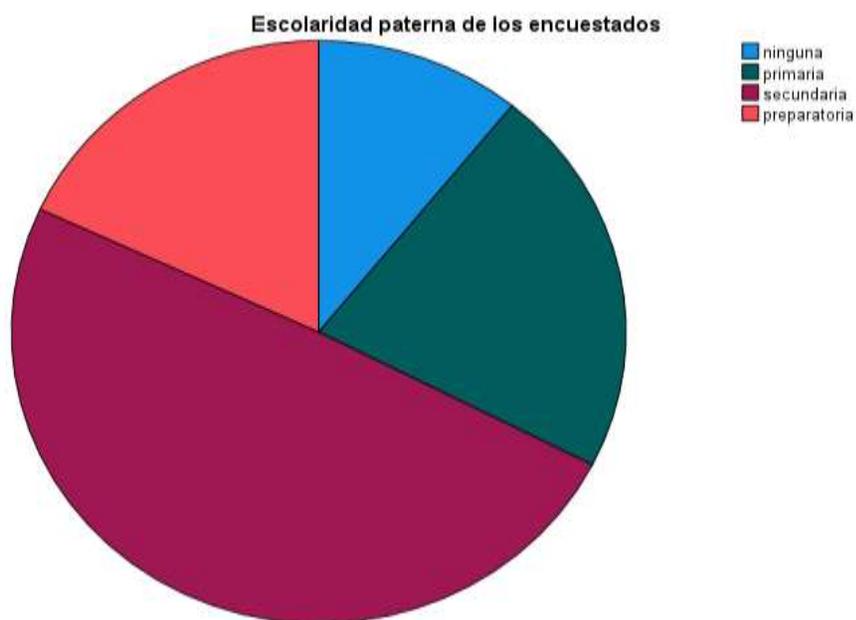
que el 2.4% corresponde a una familia monoparental paterna, y el 4.2 corresponde a una familia compuesta.

La escolaridad paterna de los adolescentes encuestados de la localidad de San Fandila es de 46.4% secundaria, el 21.7% primaria, el 18.1 % preparatoria, y el 10.8% no cuenta con estudios.

Tabla 5 Escolaridad paterna de los encuestados

	N	%
ninguna	18	10,8%
primaria	36	21,7%
secundaria	82	49,4%
preparatoria	30	18,1%

Gráfica 4



La escolaridad materna de los adolescentes encuestados de la localidad de San Fandila es de 57.8% secundaria, el 24.1% primaria, el 13.9% preparatoria y el 4.2% no cuentan con estudios.

Tabla 6 Escolaridad materna de los encuestados

	N	%
ninguna	7	4,2%
primaria	40	24,1%
secundaria	96	57,8%
preparatoria	23	13,9%

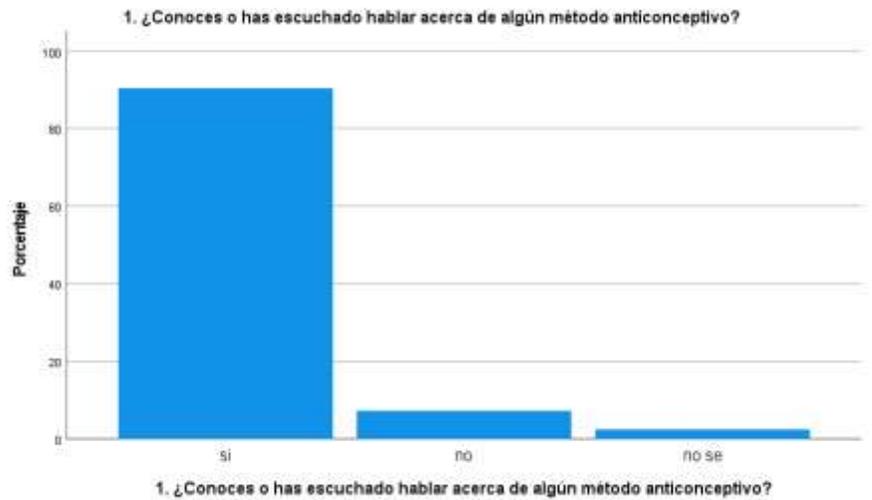
Gráfica 5



1. Con respecto a si los adolescentes encuestados conocen o han escuchado hablar sobre algún método anticonceptivo el 90.4% respondió que sí, el 9.6% y respondió que no o desconocen.

1. ¿Conoces o has escuchado hablar acerca de algún método anticonceptivo?

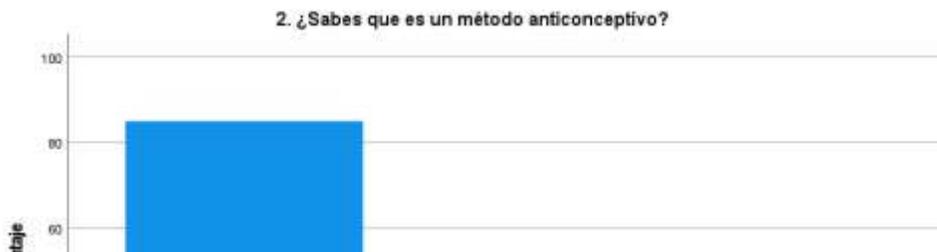
	N	%
si	150	90,4%
no	12	7,2%
no se	4	2,4%



2. El 84% sabe que es un método anticonceptivo, el 15.1% no sabes que es un método anticonceptivo.

2. ¿Sabes que es un método anticonceptivo?

	N	%
si	141	84,9%
no	21	12,7%
no se	4	2,4%

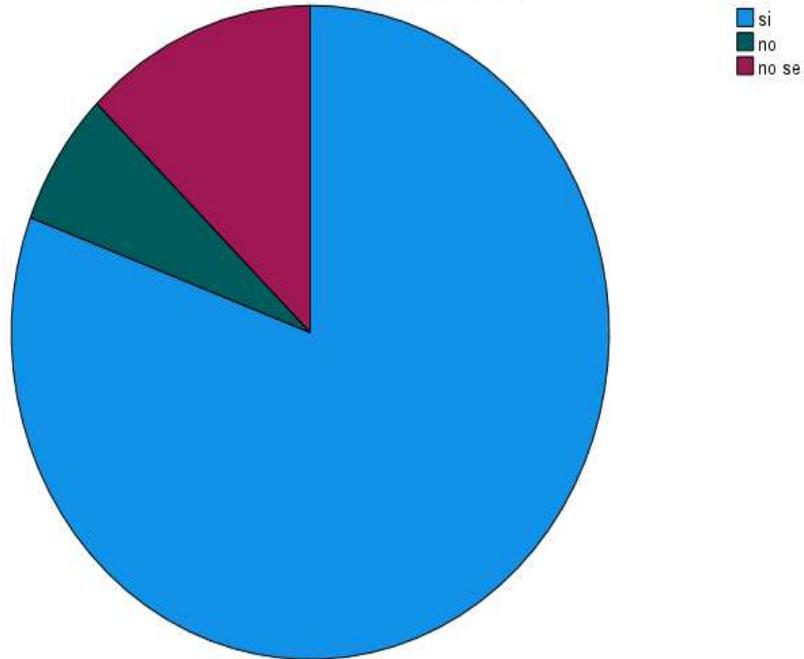


3. El 80.7% considera que sus conocimientos acerca de la reproducción y sexualidad humana pueden ser aplicados para evitar en un embarazo, mientras que el 19.3% no lo saben o lo desconocen.

3. Consideras que tus conocimientos acerca de reproducción y sexualidad ¿Pueden ser aplicados para evitar un embarazo?

	N	%
si	134	80,7%
no	11	6,6%
no se	21	12,7%

3. Consideras que tus conocimientos acerca de reproducción y sexualidad ¿Pueden ser aplicados para evitar un embarazo?

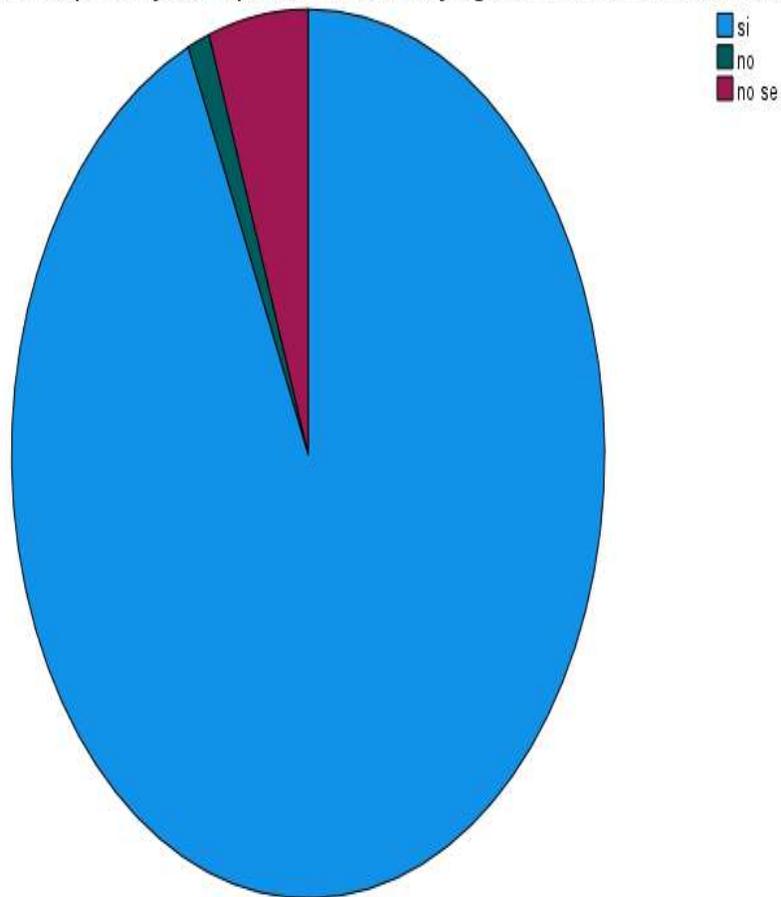


4. El 93.4% de los adolescentes sabe que los anticonceptivos ayudan a prevenir embarazos y algunos evitan enfermedades de transmisión sexual, el 6.6% lo desconoce.

4. Los anticonceptivos ayudan a prevenir embarazos y algunos evitan enfermedades de transmisión sexual

	N	%
si	155	93,4%
no	2	1,2%
no se	9	5,4%

4. Los anticonceptivos ayudan a prevenir embarazos y algunos evitan enfermedades de transmision sexual

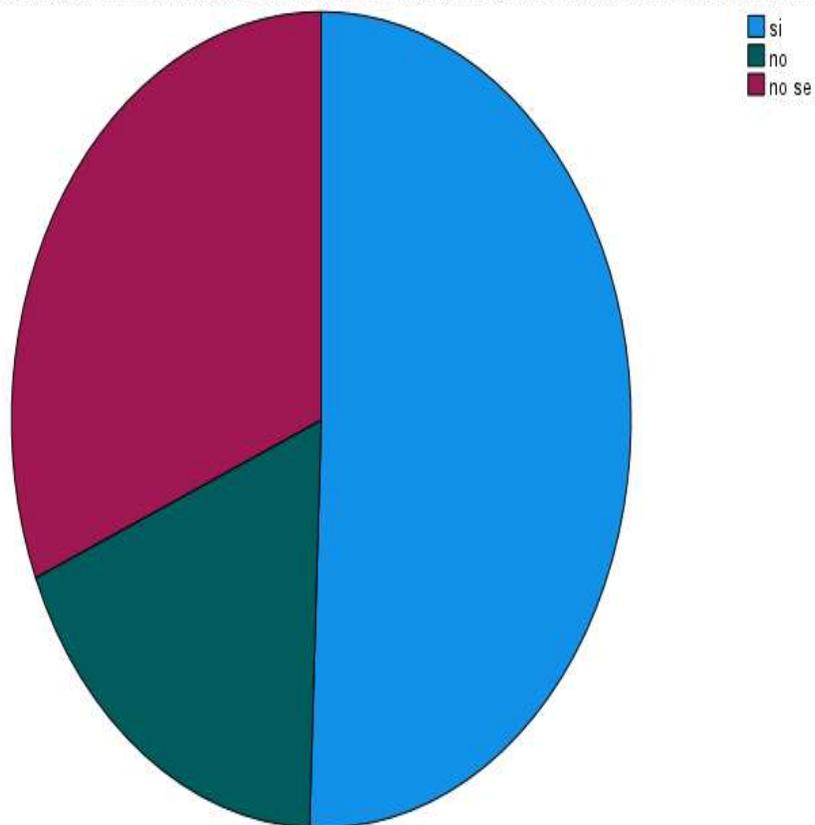


5. El 50.6% saben que la abstinencia consiste en no tener relaciones durante los días fértiles de la mujer, mientras que el 49.4% lo desconocen.

5. La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones durante los días fértiles de la mujer

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	84	50,6	50,6	50,6
	no	30	18,1	18,1	68,7
	no se	52	31,3	31,3	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

5. La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones durante los días fértiles de la mujer

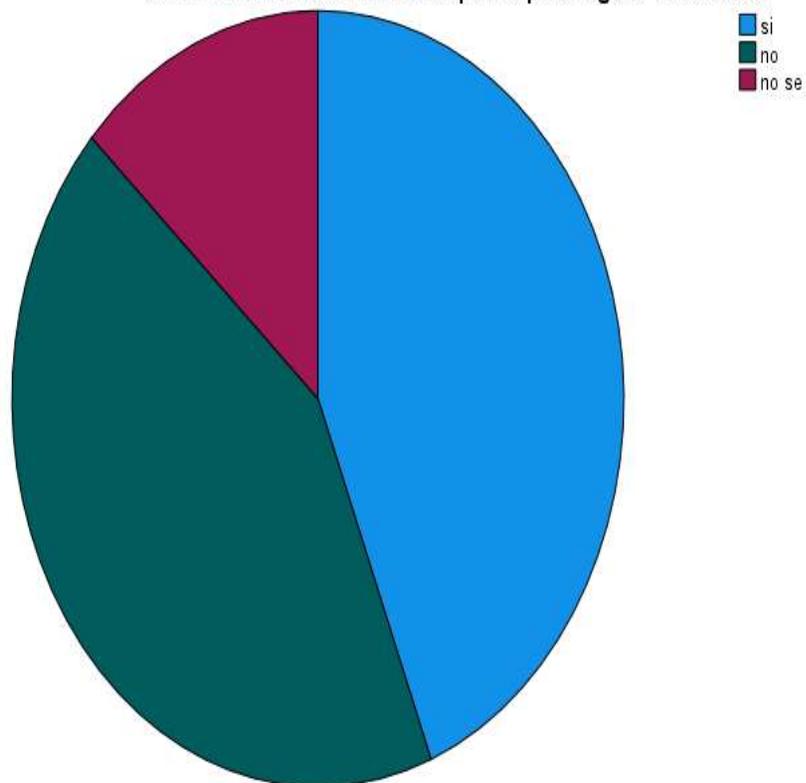


6. En cuanto a la regulación de la fertilidad, el 44% sabe que existen métodos que la regulan, mientras que el 56.1% lo desconoce.

6. Conoces métodos anticonceptivos para regular la fertilidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	73	44,0	44,0	44,0
	no	71	42,8	42,8	86,7
	no se	22	13,3	13,3	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

6. Conoces metodos anticonceptivos para regular la fertilidad

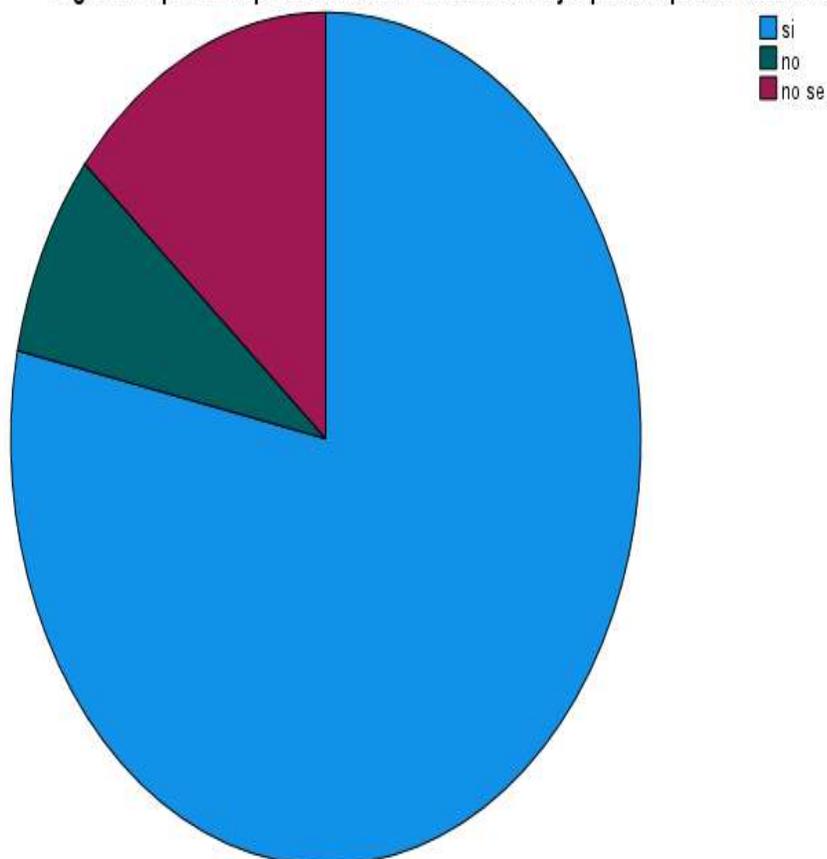


7. El 78.3% de los adolescentes encuestados creen que en la primera relación sexual la mujer puede quedar embarazada, mientras que el 21.7% lo desconoce

7. ¿Crees que en la primera relación sexual la mujer puede quedar embarazada?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	130	78,3	78,3	78,3
no	13	7,8	7,8	86,1
no se	23	13,9	13,9	100,0
Total	166	100,0	100,0	

7. ¿Crees que en la primera relacion sexual la mujer puede quedar embarazada?

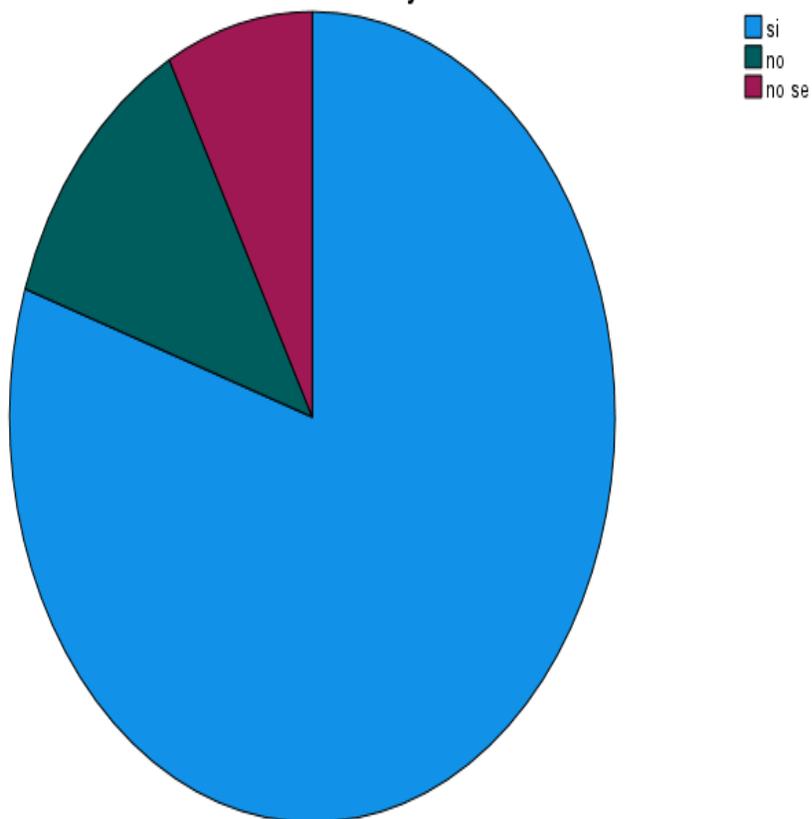


8. El 80% de los adolescentes encuestados, considera que la educación que brinda la escuela sobre métodos anticonceptivos le será útil para aplicarlo en su vida y evitar embarazos, mientras que el 19.8% no lo considera así.

8. Consideras que la educación que te da la escuela sobre métodos anticonceptivos te será útil para aplicarlo en tu vida y evitar embarazos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	133	80,1	80,1	80,1
	no	20	12,0	12,0	92,2
	no se	13	7,8	7,8	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

8. Consideras que la educación que te da la escuela sobre métodos anticonceptivos te será útil para aplicarlo en tu vida y evitar embarazos

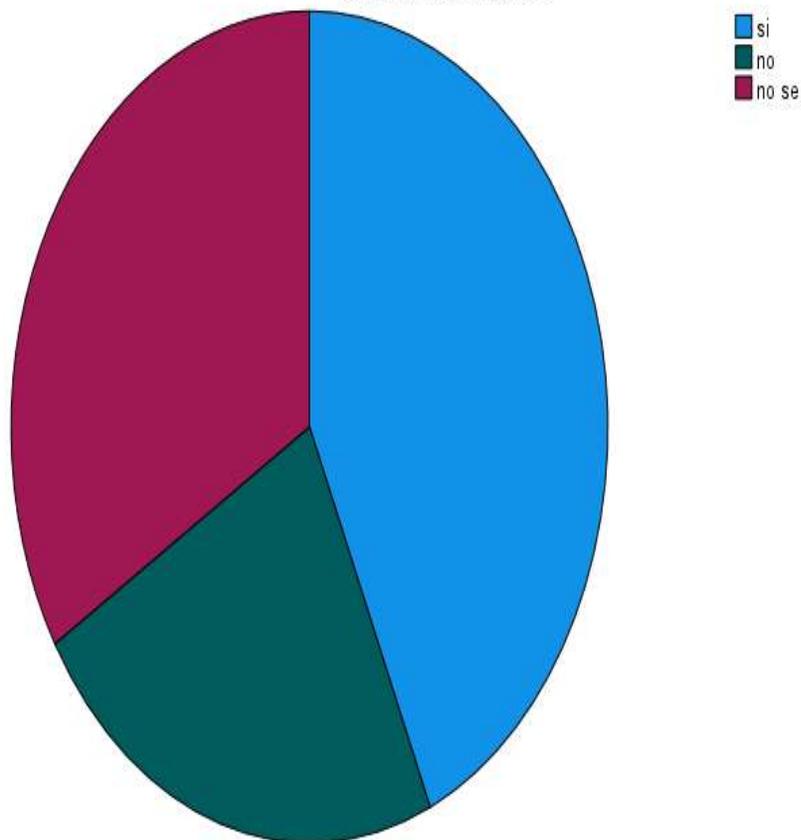


9. En cuanto a la pastilla de emergencia el 43.4% tiene conocimiento de que no se recomienda el uso de manera continua por su baja efectividad y frecuencia de efectos secundarios, mientras que los 56.6% lo desconocen

9. La pastilla de emergencia no se recomienda usar de manera continua por su baja efectividad y frecuencia de efectos secundarios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	72	43,4	43,4	43,4
no	38	22,9	22,9	66,3
no se	56	33,7	33,7	100,0
Total	166	100,0	100,0	

9. La pastilla de emergencia no se recomienda usar de manera continua por su baja efectividad y frecuencia de efectos secundarios

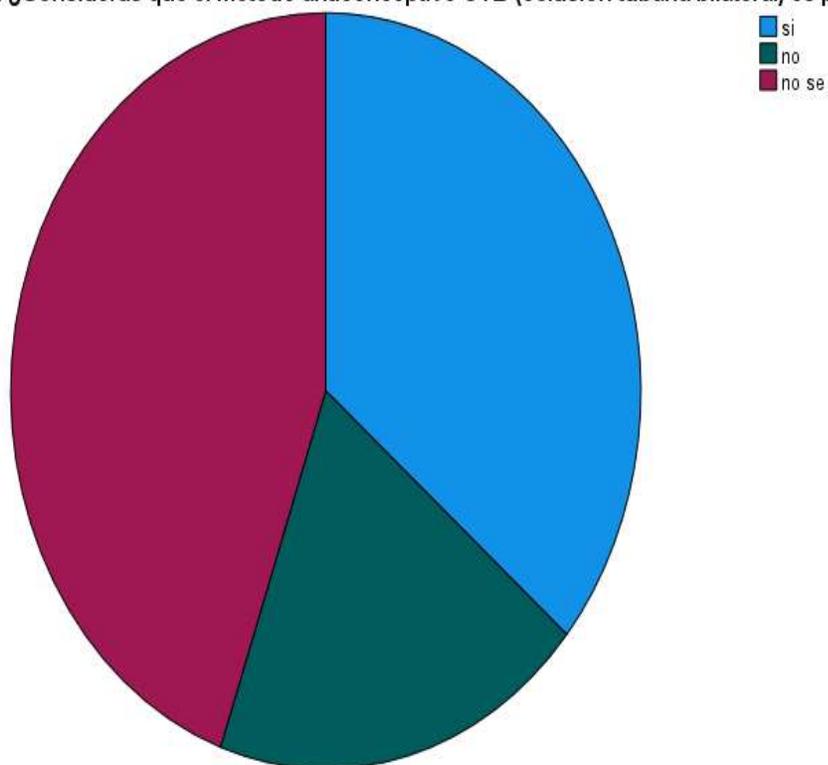


10. En cuanto a la oclusión tubárica bilateral (OTB) el 63.9% desconoce si es un método permanente, solo el 36.1% saben que si lo es.

10. ¿Consideras que el método anticonceptivo OTB (oclusión tubárica bilateral) es permanente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	60	36,1	36,1	36,1
	no	32	19,3	19,3	55,4
	no se	74	44,6	44,6	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

10. ¿Consideras que el método anticonceptivo OTB (oclusión tubaria bilateral) es permanente?

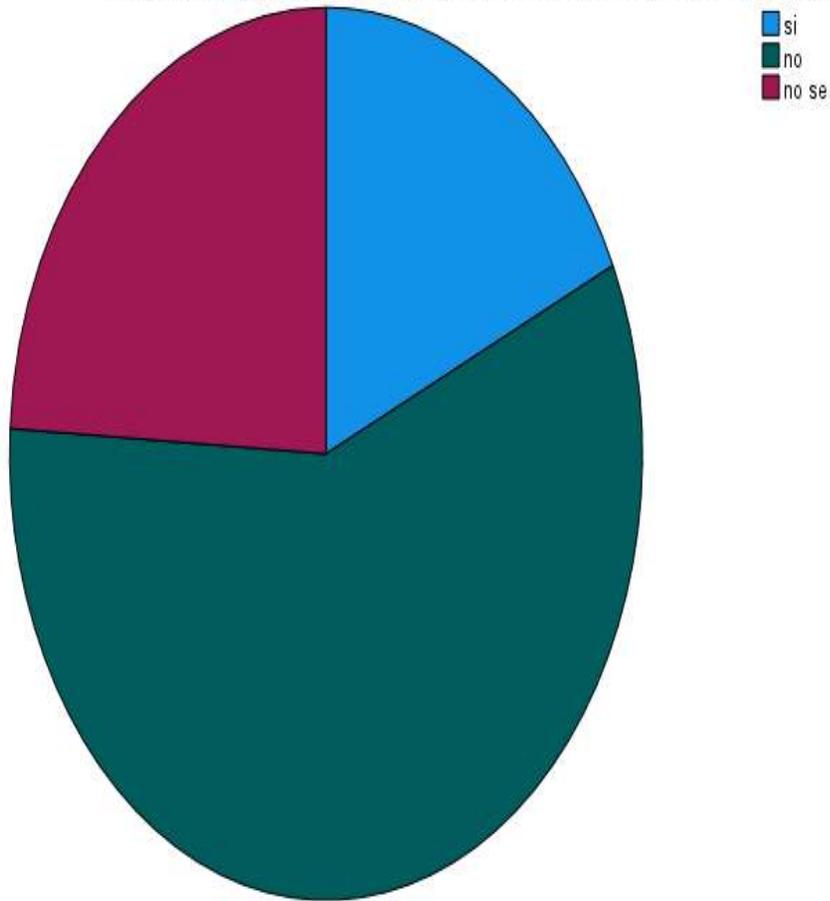


11. El 57.8% sabe que el dispositivo intrauterino (DIU) no es permanente, mientras que el 42.2% lo desconoce.

11. ¿Consideras que el DIU (dispositivo intrauterino) es permanente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	30	18,1	18,1	18,1
	no	96	57,8	57,8	75,9
	no se	40	24,1	24,1	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

11. ¿Consideras que el DIU (dispositivo intrauterino) es permanente?

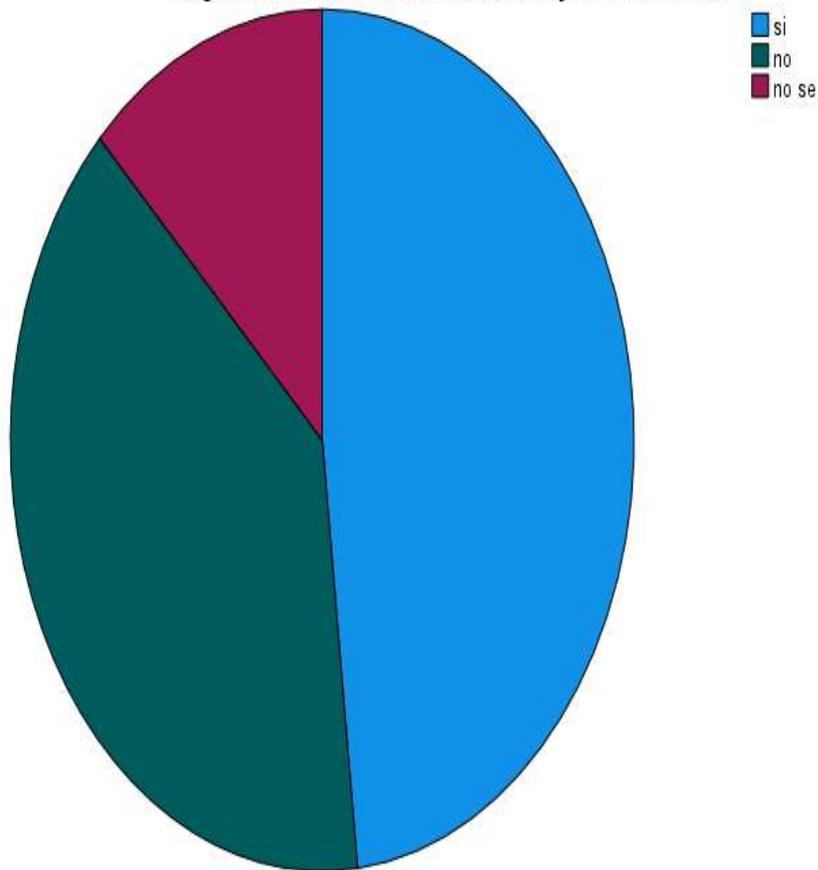


12. El 48.2% conoce los métodos de barrera y cómo se usan, mientras que el 51.9% los desconoce

12. ¿Conoces los métodos de barrera y cómo se utilizan?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	80	48,2	48,2	48,2
	no	65	39,2	39,2	87,3
	no se	21	12,7	12,7	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

12. ¿Conoces los métodos de barrera y cómo se utilizan?



13. El 58.4% cree que la vasectomía es un método anticonceptivo permanente, donde se cortan los conductos deferentes por donde pasan los espermatozoides, mientras que el 41.5% lo desconoce

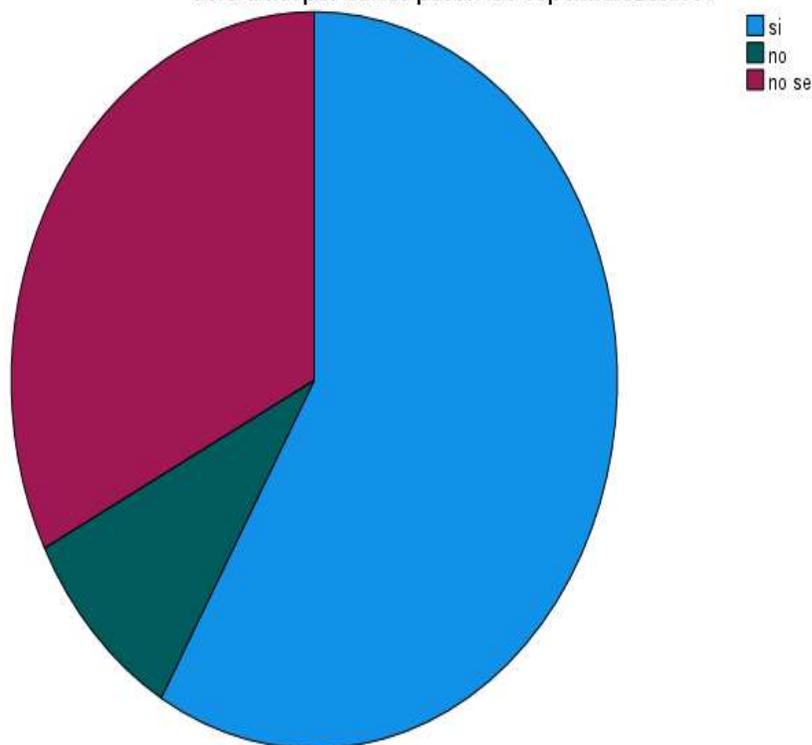
13. ¿Crees que la vasectomía es un método anticonceptivo permanente donde se cortan los conductos deferentes por donde pasan los espermatozoides?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	97	58,4	58,4	58,4
	no	15	9,0	9,0	67,5
	no se	54	32,5	32,5	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

14. ¿Consideras la OTB (oclusión tubárica bilateral) permanente, donde las trompas uterinas se cortan y se ligan para impedir el paso del ovulo y de los espermatozoides, evitando así el embarazo?

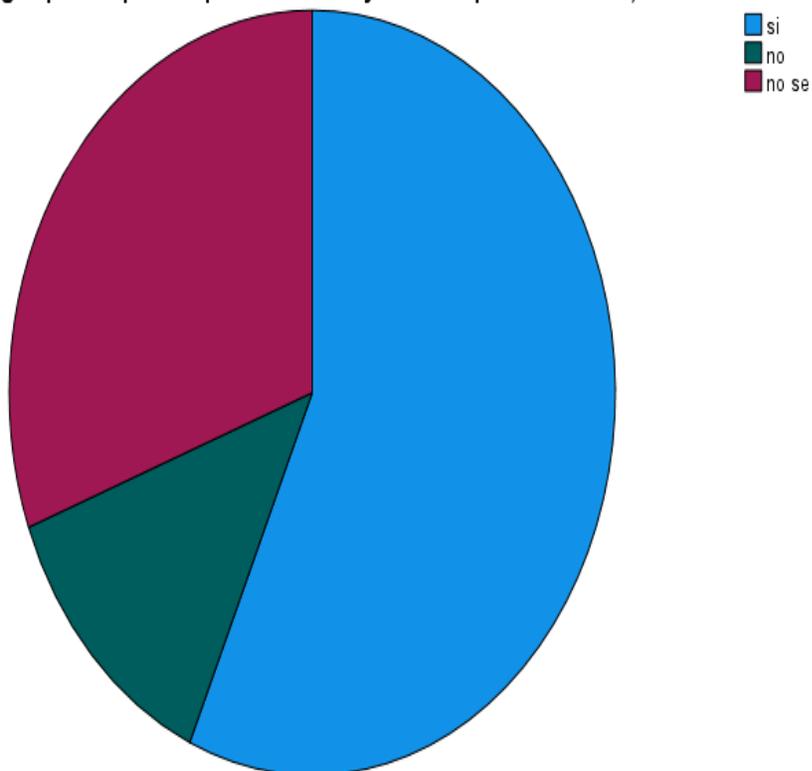
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	94	56,6	56,6	56,6
	no	21	12,7	12,7	69,3
	no se	51	30,7	30,7	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

13. ¿Crees que la vasectomía es un metodo anticonceptivo permanente donde se cortan los conductos deferentes por donde pasan los espermatozoides?



14. El 56.6% consideran la OTB permanente, donde las trompas uterinas se cortan y se ligan para impedir el paso del óvulo y los espermatozoides, evitando así el embarazo, mientras que el 43.4% lo desconoce.

14. ¿Consideras la OTB (oclusión tubaria bilateral) permanente, donde las trompas uterinas se cortan y se ligan para impedir el paso del ovulo y de los espermatozoides, evitando así el embarazo?

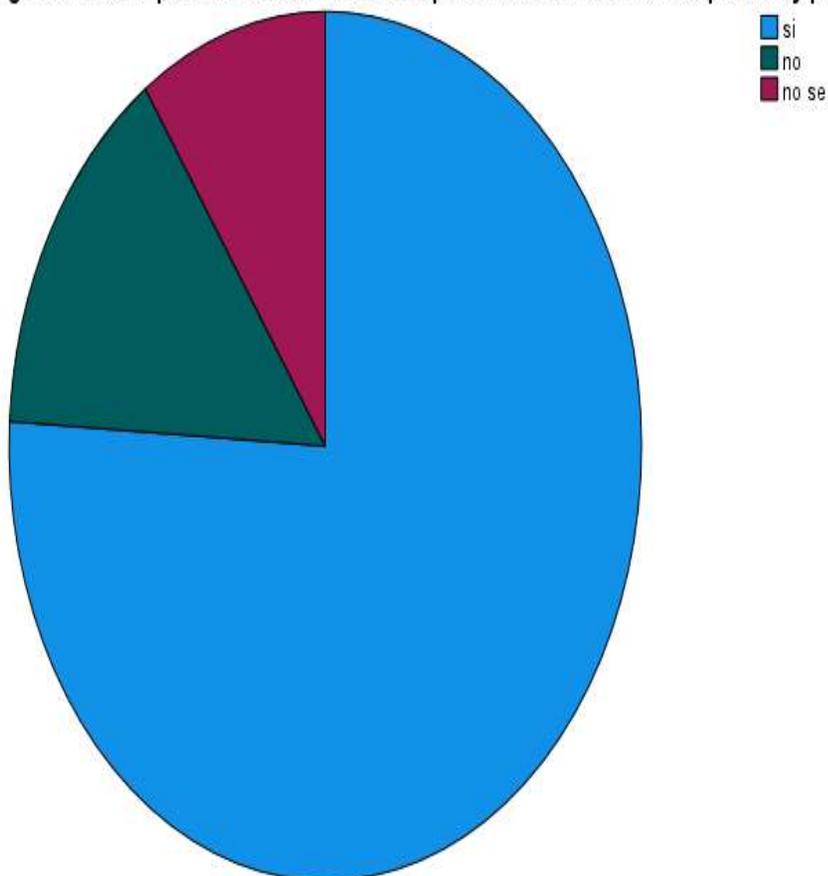


15. El 75.9% sabe que los métodos anticonceptivos se clasifican en temporales y permanentes, mientras que el 24.1% lo desconoce

15. ¿Consideras que los métodos anticonceptivos se clasifican en temporales y permanentes?

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si		126	75,9	75,9	75,9
no		24	14,5	14,5	90,4
no se		16	9,6	9,6	100,0
Total		166	100,0	100,0	

15. ¿Consideras que los metodos anticonceptivos se clasifican en temporales y permanentes?

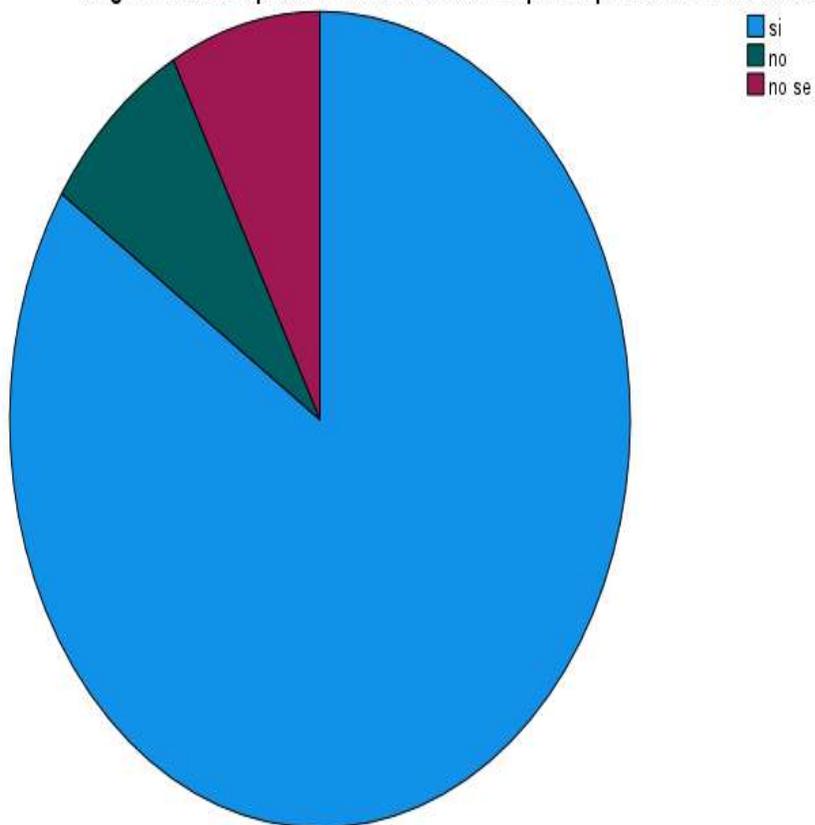


16. El 84.3% de los adolescentes encuestados considera que los métodos anticonceptivos previenen el embarazo, mientras que el 15.6% lo desconocen.

16. ¿Consideras que los métodos anticonceptivos previenen el embarazo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	140	84,3	84,3	84,3
	no	13	7,8	7,8	92,2
	no se	13	7,8	7,8	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

16. ¿Consideras que los metodos anticonceptivos previenen el embarazo?

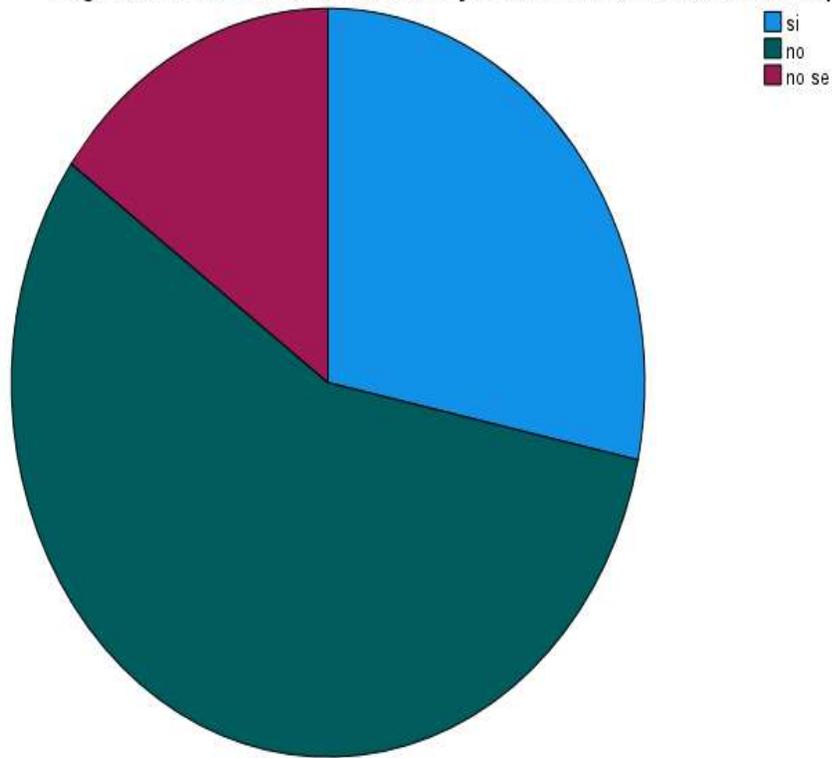


17. El 71.7% de los adolescentes encuestados desconocen cual es la manera de usar inyecciones como método anticonceptivo, mientras que el 28.3% lo conoce.

17. ¿Sabes cuál es la manera de usar inyecciones como método anticonceptivo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	47	28,3	28,3	28,3
	no	94	56,6	56,6	84,9
	no se	25	15,1	15,1	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

17. ¿Sabes cual es la manera de usar inyecciones como metodo anticonceptivo?

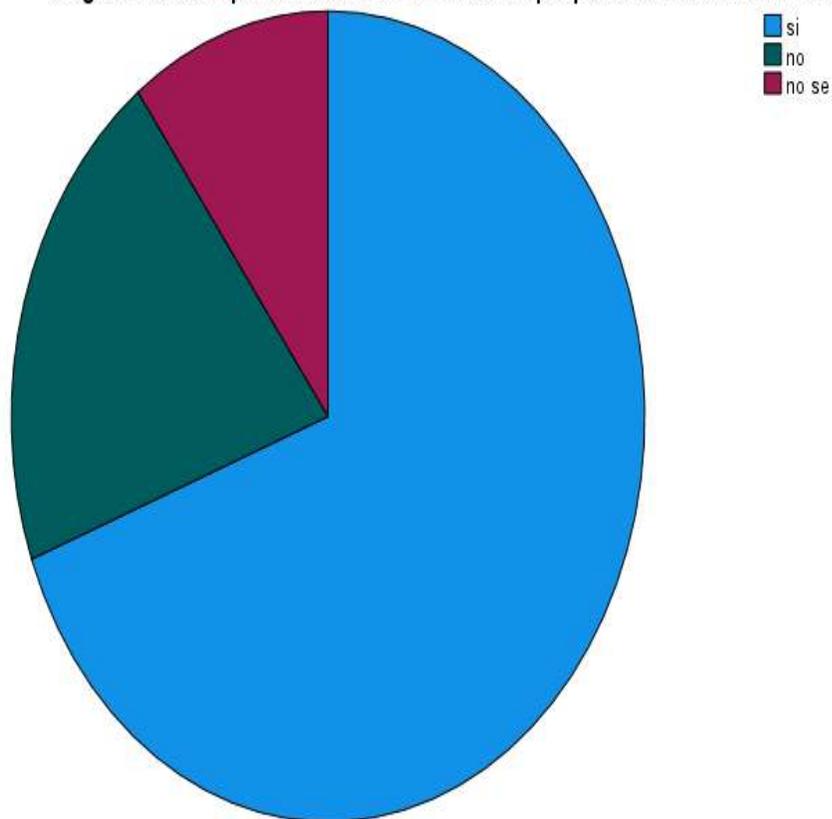


18. El 69.3% considera que el condón solo se usa una vez, mientras que el 30.7% no lo considera así.

18. ¿Consideras que el condón es un método que puede utilizarse una sola vez?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	115	69,3	69,3	69,3
	no	34	20,5	20,5	89,8
	no se	17	10,2	10,2	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

18. ¿Consideras que el condón es un método que puede utilizarse una sola vez?

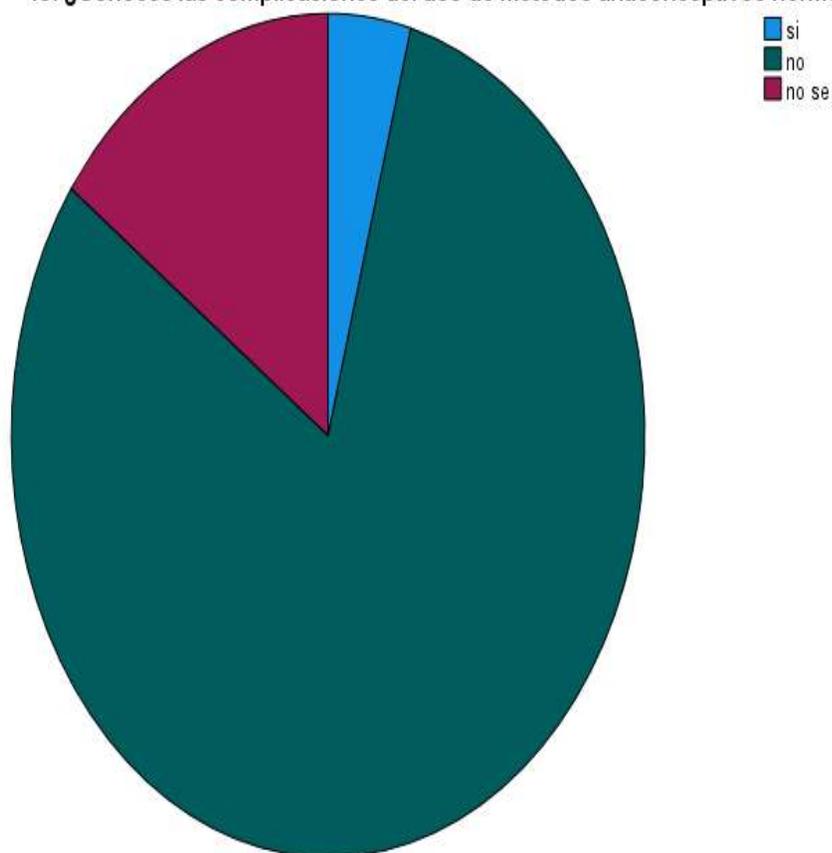


19. El 4.2% conoce las complicaciones del uso de métodos anticonceptivos hormonales, mientras que el 95.8% lo desconoce

19. ¿Conoces las complicaciones del uso de métodos anticonceptivos hormonales?

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si		7	4,2	4,2	4,2
no		134	80,7	80,7	84,9
no se		25	15,1	15,1	100,0
Total		166	100,0	100,0	

19. ¿Conoces las complicaciones del uso de métodos anticonceptivos hormonales?

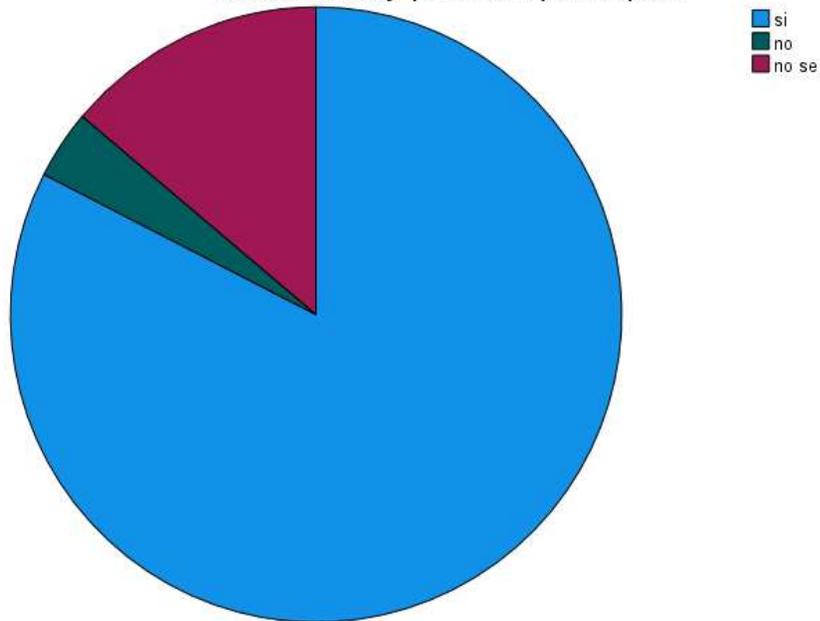


20. El 82.5% considera que el condón masculino es una funda de látex que se coloca en el pene erecto antes de la relación sexual y que lo cubre por completo, mientras que el 17.5% no lo considera así.

20. ¿Consideras que el condón masculino es una funda de látex que se coloca en el pene erecto antes de la relación sexual y que lo cubre por completo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	137	82,5	82,5	82,5
	no	6	3,6	3,6	86,1
	no se	23	13,9	13,9	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

20. ¿Consideras que el condón masculino es una funda de látex que se coloca en el pene erecto antes de la relación sexual y que lo cubre por completo?

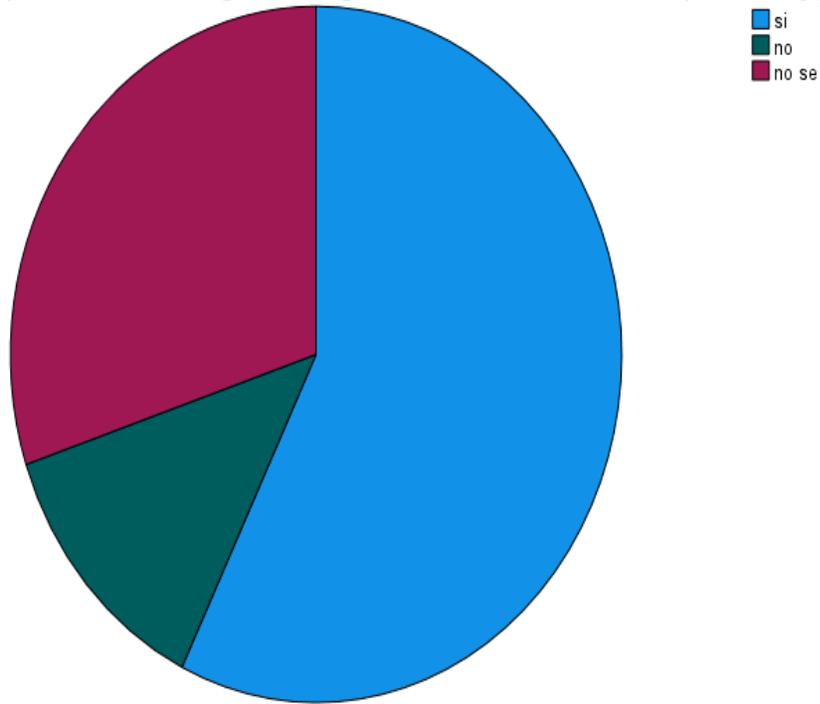


21. El 57.2% de los adolescentes encuestados creen que respecto al condón femenino este está cubierto con lubricante por dentro y por fuera, mientras que el 42.8% lo desconoce

21. Crees que el condón femenino es un tubo de plástico con un anillo flexible en cada extremo para ayudarlo a permanecer en su lugar en la vagina. ¿Está cubierto con lubricante por dentro y por fuera?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	95	57,2	57,2	57,2
	no	21	12,7	12,7	69,9
	no se	50	30,1	30,1	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

21. ¿Crees que el condon femenino es un tubo de plástico con un anillo flexible en cada extremo para ayudarlo a permanecer en su lugar en la vagina. Está cubierto con lubricante por dentro y por fuera?

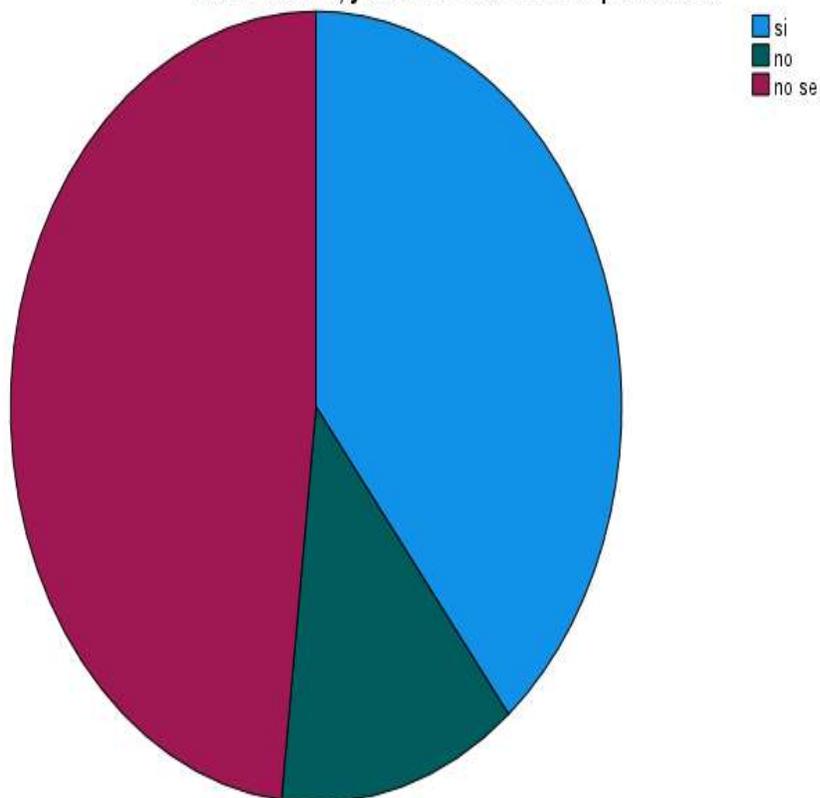


22. El 39.2% sabe que es el diafragma y como se usa, mientras que el 60.9% lo desconoce.

22. ¿Piensas que el diafragma es una copa flexible de silicona que se coloca dentro de la vagina y cubre el cuello uterino, y además se usa con espermicida?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	65	39,2	39,2	39,2
	no	21	12,7	12,7	51,8
	no se	80	48,2	48,2	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

22. ¿Piensas que el diafragma es una copa flexible de silicona que se coloca dentro de la vagina y cubre el cuello uterino, y además se usa con espermicida?

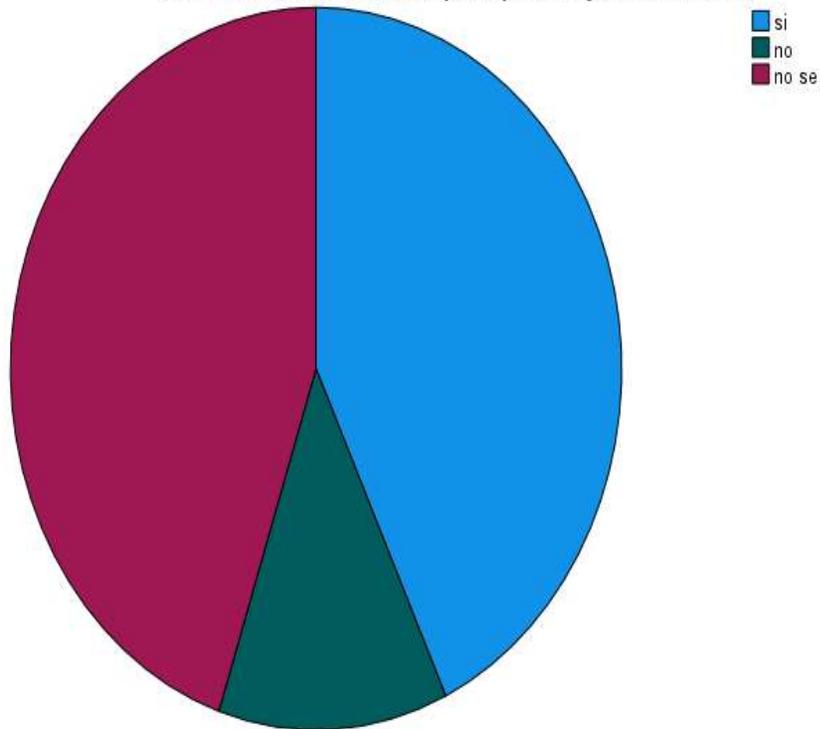


23. El 56.6% de los adolescentes encuestados no sabe que el espermicida es un químico que puede utilizarse solo o en combinación con otro método anticonceptivo para mayor efectividad, mientras que el 43.4% si lo sabe

23. ¿Crees que el espermicida es un químico que mata el esperma, que puede utilizarse solo o en combinación con otro método anticonceptivo para mayor efectividad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	72	43,4	43,4	43,4
	no	20	12,0	12,0	55,4
	no se	74	44,6	44,6	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

23. ¿Crees que el espermicida es un químico que mata el espermatozoide, que puede utilizarse solo o en combinación con otro método anticonceptivo para mayor efectividad?

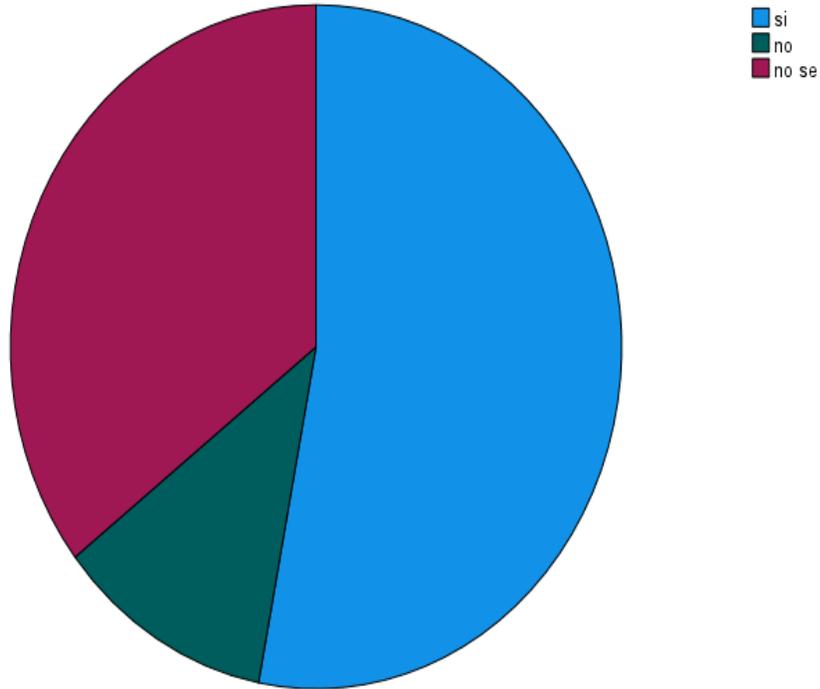


24. El 53% saben cómo funcionan los anticonceptivos hormonales, mientras que el 46.9% lo desconoce

24. ¿Consideras que los métodos anticonceptivos hormonales funcionan por medio de hormonas sintéticas, que impiden la ovulación y alteran el moco del cuello uterino para que no pasen los espermatozoides?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	88	53,0	53,0	53,0
	no	19	11,4	11,4	64,5
	no se	59	35,5	35,5	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

24. ¿Consideras que los metodos anticonceptivos hormonales funcionan por medio de hormonas sintéticas, que impiden la ovulacion y alteran el moco del cuello uterino para que no pasen los espermatozoides?

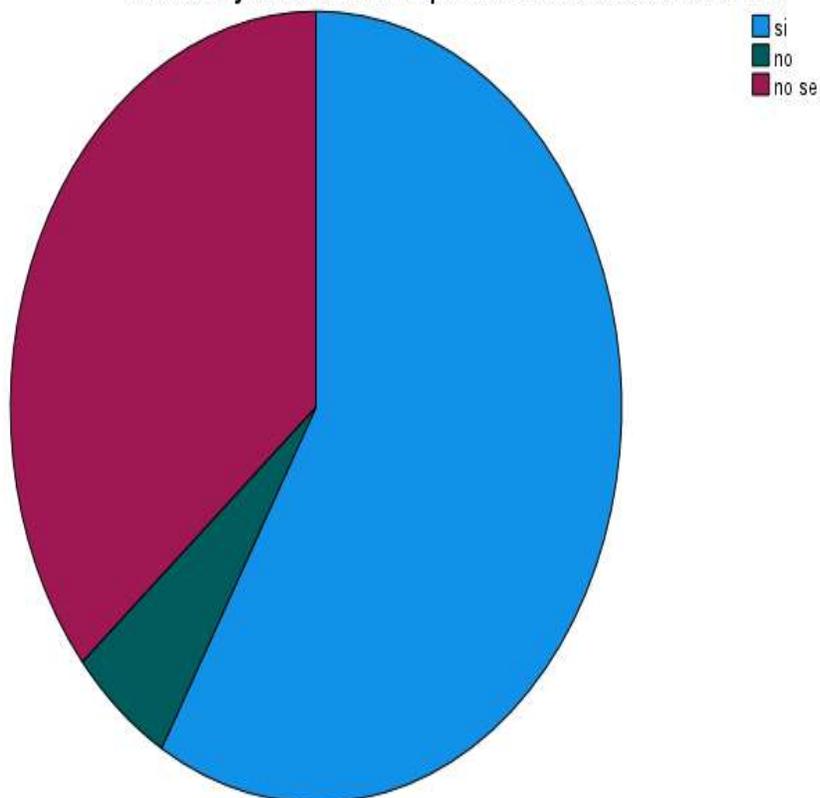


25. El 58.4% sabe cómo funciona el parche anticonceptivo, mientras que el 41.5% lo desconoce.

25. ¿Crees que el parche como método anticonceptivo se pega a la piel y libera hormonas inhibiendo la ovulación y haciendo más espeso el moco del cuello del útero?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	97	58,4	58,4	58,4
	no	9	5,4	5,4	63,9
	no se	60	36,1	36,1	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

25. ¿Crees que el parche como método anticonceptivo se pega a la piel y libera hormonas inhibiendo la ovulación y haciendo más espeso el moco del cuello del útero?

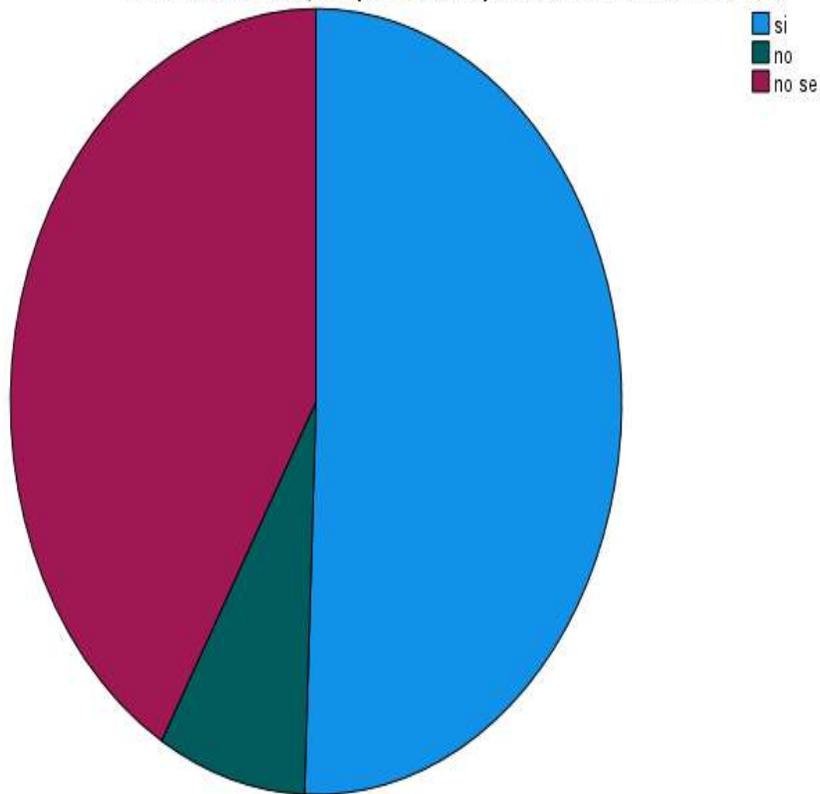


26. El 50.6% de los adolescentes encuestados, conoce como se coloca el implante subdérmico, mientras que el 49.4% lo desconoce

26. ¿Consideras que el implante subdérmico se aplica de forma subdérmica (debajo de la dermis) en la cara interna del brazo, después de la aplicación de anestesia local?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	84	50,6	50,6	50,6
	no	13	7,8	7,8	58,4
	no se	69	41,6	41,6	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

26. ¿Consideras que el implante subdermico se aplica de forma subdermica (debajo de la dermis) en la cara interna del brazo, despues de la aplicacion de anestesia local?

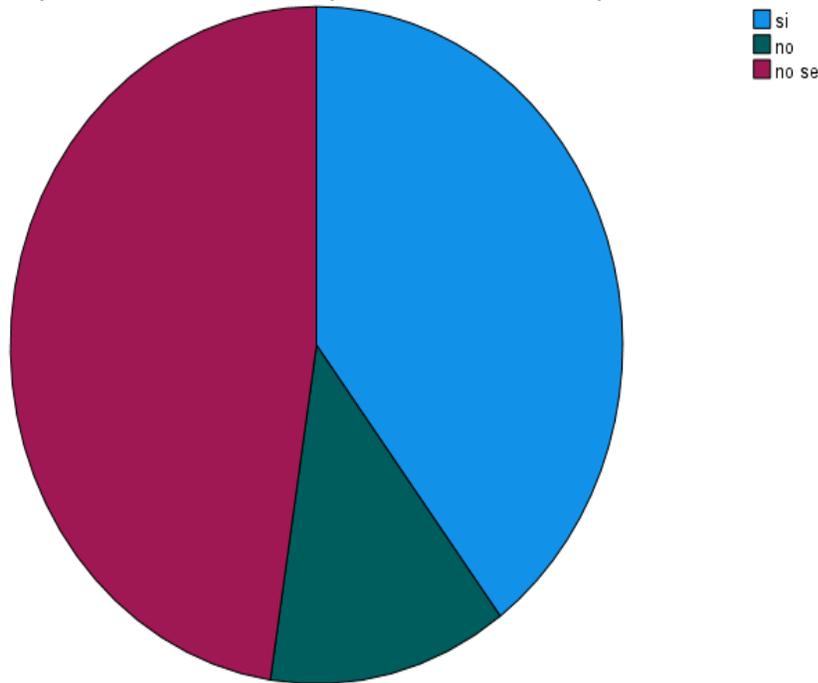


27. El 39.8% sabe cómo se usan las pastillas anticonceptivas, mientras que el 60.3% lo desconoce.

27. ¿Sabes si las pastillas anticonceptivas se toman el primer día de la menstruación, al terminar se deja un periodo de 7 días sin tomar pastillas en los cuales se presenta la menstruación?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	66	39,8	39,8	39,8
	no	21	12,7	12,7	52,4
	no se	79	47,6	47,6	100,0
	Total	166	100,0	100,0	

27. ¿Sabes si las pastillas anticonceptivas se toman el primer día de la menstruación, al terminar se deja un periodo de 7 días sin tomar pastillas en los cuales se presenta la menstruación?



10. DISCUSIÓN

En cuanto a conocimientos generales de los métodos anticonceptivos, los adolescentes de San Fandila Pedro Escobedo los conocen y que además algunos protegen contra enfermedades de transmisión sexual, sin embargo, algunos conceptos no los tienen muy claros, como es el caso del método de abstinencia durante los días fértiles, para evitar el embarazo, así mismo, el uso de los métodos orales para regular la fertilidad y el uso de la pastilla de emergencia, que no muestra gran diferencia.

Con respecto a la clasificación de los métodos anticonceptivos, la mayoría de los adolescentes saben que existen métodos de anticonceptivos, pero en su mayoría desconocen cuales son permanentes y cuales son de barrera.

En cuanto al uso del preservativo en una sola ocasión, los adolescentes reportaron estar por debajo de lo reportado en ENSANUT 2012 con una brecha de 19.7%. (Ellen-Leigh y col, 2013, p237).

En cuanto al uso de los métodos anticonceptivos, la mayoría de los adolescentes saben que previenen embarazos, pero la mayoría desconoce el uso correcto de los métodos, así como sus complicaciones,

Persisten rezagos importantes, particularmente en la población adolescente, así como la que habita en municipios de marginación alta, y en zonas rurales, e indígenas, (Allen-Leigh y col, 2013, p236)

11. CONCLUSIONES

La encuesta realizada en la comunidad de San Fandila arroja información actual sobre la población adolescente, en el que destaca las necesidades de capacitación en el tema a esta población la cual refleja la desinformación existente en conceptos básicos.

Los hallazgos encontrados, deben de dar paso para generar estrategias de capacitación virtual; dada las circunstancias del distanciamiento social actual; en el que se involucre tanto al personal de salud, maestros y padres, quienes debemos involucrarnos fortaleciendo conocimientos para lograr un mayor impacto en la vida del adolescente.

Es de suma importancia vislumbrar las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales de la desinformación en el ámbito reproductivo, ya que no se puede construir una base sólida a partir de conocimientos inadecuados.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Buscador INEGI. 1998 [citado el 13 de Marzo de 2021]; Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/buscador/default.html?q=fecundidad+en+adolescentes>
2. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México [Internet]. Unfpa.org. 2020 [citado el 1 de julio de 2021]. Disponible en: <https://mexico.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-adolescentes-en-m%C3%A9xico>
3. Villalobos A, De Castro F, Rojas R, Allen B. Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. Salud Publica Mex. 2017;59(5, sep-oct):566.
4. Menkes C, Suárez L. Sexualidad y embarazo adolescente en México. Papeles Poblac. 2003;9(35):233–62.
5. Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Aten fam [Internet]. 2015;22(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2015.2.47989>
6. Peláez Mendoza Jorge. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2016 Mar [citado 2021 Jul 1]; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011&lng=es.
7. González Electra A., Breme Perrine, González Daniela A, Molina Temistocles G, Leal Ingrid F.. Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes consultantes en un centro de atención de salud sexual y; reproductiva. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Jul 1] 82(6):692-705. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000600692](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000600692&lng=es).
8. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Salud Publica Mex. 2013;55(Supl.2):235.
9. Cannoni BG, González TMI, Conejero RC, Merino MP, Schulín-Zeuthen PC. Sexualidad en la adolescente: consejería. Rev médica Clín Las Condes. 2015;26(1):81–7.

10. Villalobos A, Hubert C, Hernández-Serrato MI, de la Vara-Salazar E, Suárez-López L, Romero-Martínez M, Ávila-Burgos L, Barrientos T. Maternidad en la adolescencia en localidades menores de 100 000 habitantes en las primeras décadas del milenio. *Salud Publica Mex* [Internet]. 5 de diciembre de 2019 [citado 10 de julio de 2021];61(6, nov-dic):742-5. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10553>
11. García Baltazar J, Figueria-Perea JG. Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área Metropolitana de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* [Internet]. 10 de julio de 1992 [citado 1 de Julio de 2021];34(4):413-26. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5519>
12. de Dios Moccia Alejandro, Medina Milanese Raúl. Qué saben las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y cómo los usan: Estudio en una población adolescente de Piedras Blancas. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]. 2006 Sep [citado 2021 Feb 04]; 22(3): 185-190. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000300004&lng=es.
13. Jerónimo Maturana CA, Álvarez León JG, Carbonel Luyo WF, Neira Goyeneche J. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. *Acta médica Perú.* 2009;26(3):175–9.
14. de Lourdes Eugenia Campero Cuenca C, Prado CH, Atienzo O-0002-0498-6888; erika E, López O-0003-0051-1962; leticia S, Hernández O-0003-4509-1455; aremis LV. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. 2013 [citado el 1 de julio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.insp.mx:8080/jspui/handle/20.500.12096/6878>
15. Gómez-Inclán S, Durán-Arenas L. *Salud Publica Mex.* 2017;59(3):236–47.
16. Cancino AMM, Valencia MH. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatol Reprod Hum.* 2015;29(2):76–82.
17. Casique I. Conocimiento y uso de anticonceptivos entre los jóvenes mexicanos. El papel del género / Contraceptive Knowledge and Use among Young Mexicans: The Role of Gender. *Estud Demogr Urbanos Col Mex.* 2011;26(3):601.
18. Sld.cu. [citado el 1 de julio de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011&lng=es&tlng=es.

19. Villalobos A, Ávila-Burgos L, Hubert C, et al. Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. *salud publica mex.* 2020;62(6):648-660.
20. Miranda-Navales María Guadalupe, Villasís-Keever Miguel Ángel. El protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos. *Rev. alerg. Méx.* [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2021 Jul 03]; 66(1): 115-122. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902019000100115&lng=es. <https://doi.org/10.29262/ram.v66i1.594>.
21. Ayala-Castellanos MM, Vizmanos-Lamotte B, Portillo-Dávalos RA. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. *Ginecol Obstet Mex.* 2011;79(02):86-92.
22. Gob.mx. [citado el 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/66404/SaludSexualyReproductivaQT.pdf>
23. V. Ramírez Augusto. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *An. Fac. med.* [Internet]. 2009 Sep [citado 2021 ene 04]; 70(3): 217-224. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es.
24. de Licenciado en PO el G. Nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de una secundaria Mexiquense [Internet]. *Uaemex.mx.* [citado el 16 de julio de 2021]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66316/TESIS%20%286%29-split-merge.pdf?sequence=3>
25. NORMA TECNICA 313 Para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones a la Salud.

13.ANEXOS

Cronograma de actividades

Actividades a realizar	Meses											
	enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Sep	Oct	Nov	Dic
Revisión bibliográfica	X											
Planeación de Contenidos		X										
Elaboración de Marco Teórico			X									
Metodología				X								
Cálculo de muestra					X							
I revisión						X						
Aplicación de cuestionario							X	X				
Aplicación de cuestionario							X	X				
Análisis e interpretación									X			
Conclusión y recomendación										X		
Elaboración de informe											X	
Presentación												X

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Nivel de conocimiento anticonceptivo en adolescentes de San Fandila Pedro
Escobedo Querétaro

Fecha: / / 2021

Estimado (a) Padre/madre o tutor de: _____

Reciban un cordial saludo

Mi nombre es Sandra del Carmen Pozas Luna soy Médico Cirujano General egresado de la Universidad del Valle de México, adscrita al Centro de Salud de San Fandila Pedro Escobedo Querétaro, actualmente soy residente de la especialidad de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México y los Servicios de Salud del Estado de Querétaro, estoy realizando un estudio que tiene como objetivo identificar el nivel de conocimiento anticonceptivo de los adolescentes, así mismo identificar áreas de oportunidad en beneficio de la población adolescente de San Fandila Pedro Escobedo.

Por este medio me permito invitar a su hijo (a) adolescentes a participar de manera voluntaria en esta investigación. De igual forma le comunico que la decisión de contestar la encuesta es libre y voluntaria.

Procedimiento:

Si usted acepta que su hijo (a) participe en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

1. A su hijo (a) se le aplicará un cuestionario electrónico, que consta de 27 preguntas acerca del conocimiento que tiene acerca de métodos anticonceptivos. El cual será enviado vía watts app, en caso de no contar con redes sociales se le proporcionará una cita para acudir a contestar dicha encuesta.
2. Los resultados serán analizados y usted puede solicitarlos en cualquier momento.

Beneficios:

Ni usted ni su hijo (a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta que su hijo(a) participe, estará colaborando a evaluar el nivel del conocimiento acerca de los anticonceptivos, lo cual aportara información importante acerca de si sus conocimientos en el tema son correctos y así identificar áreas de oportunidad.

Confidencialidad:

Toda información proporcionada por su hijo (a) será de carácter estrictamente confidencial, y será utilizada únicamente con fines educativos, y no tendrá ningún otro fin.

Riesgos Potenciales:

El presente trabajo de investigación no representa riesgo alguno. Si alguna pregunta le hace sentir incómodo (a), usted y/o su hijo, tienen el derecho de no responder.

Participación voluntaria:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, por lo que usted tiene plena libertad de negarse a que su hijo (a) participe o se retire en cualquier momento

Contacto o preguntas:

Si usted tiene preguntas generales, dudas o preocupación con respecto a la investigación, puede ponerse en contacto con la responsable del estudio Sandra del Carmen Pozas Luna al 4427045020 o si lo prefiere al siguiente correo electrónico sapozaslunita@gmail.com.

Con fundamento legal y ético en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Norma Técnica No. 313, 314, 315 de Investigación en Salud, mediante la presente doy mi consentimiento voluntario para que mi hijo (a)_____

Participo en el estudio “nivel de conocimiento anticonceptivo en adolescentes de San Fandila Pedro Escobedo”, confirmo haber leído y comprendido la información proporcionada en este documento.

Autorizo la participación de mi hijo (a) en este estudio, así como el uso de datos personales que se emplearan única y exclusivamente para este estudio.

Me han notificado que no existe riesgo por la participación de mi hijo (a) en este estudio.

Entiendo que no hay ningún incentivo económico por mi participación.

Si es de mi deseo puedo dar por terminado el cuestionario en cualquier momento sin tener que justificarlo y sin que esto ocasione cualquier tipo de beneficio ni retribución económica.

Si usted acepta que su hijo(a) participe, le pido sea tan amable de firmar este documento.

Acepto libre y voluntariamente que mi hijo (a) participe en el estudio de investigación.

Nombre completo y firma: _____

Relación con el adolescente participante: _____

Nombre completo del adolescente participante: _____

Testigo Nombre completo y firma: _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reciban un cordial saludo

Mi nombre es Sandra del Carmen Pozas Luna soy Médico Cirujano General egresado de la Universidad del Valle de México, adscrita al Centro de Salud de San Fandila Pedro Escobedo, actualmente soy residente de la especialidad de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México y los Servicios de Salud del Estado de Querétaro, estoy realizando un estudio sobre el nivel de conocimiento anticonceptivo de los adolescentes.

El objetivo del estudio es determinar áreas de oportunidad para beneficio de la población adolescente, por lo cual le invito a participar. La decisión de contestar la encuesta es libre y voluntaria. El estudio consiste en llenar un cuestionario de 27 preguntas, la información proporcionada será estrictamente confidencial, su nombre no será utilizado o publicado por ningún medio.

Si es de tu deseo puedes dar por terminado el cuestionario en cualquier momento sin que esto te ocasione cualquier tipo de beneficio ni retribución económica. Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas.

Si aceptas participar, te pido por favor pongas una (X) en la columna que dice “si quiero participar”

Fecha: a _____ de _____ de _____.

Nombre completo y firma: _____

Si quiero participar ()	No quiero participar ()
--------------------------	--------------------------

Nivel de conocimiento anticonceptivo en adolescentes (23)

Instrucciones: Marca con una X para cada respuesta

Edad: _____ años Sexo: F M Grado que cursa: _____ Localidad: _____

Vives con: Padre, Madre y hermanos

Padre: Madre: Otros:

Escolaridad: Padre: primaria Secundaria Preparatoria Nivel superior

Madre: primaria Secundaria Preparatoria Nivel superior

		Si	No	No sé
1	¿Conoces o has escuchado hablar acerca de algún método anticonceptivo?			
2	¿Sabes que es un método anticonceptivo?			
3	Consideras que tus conocimientos acerca de reproducción y sexualidad humana ¿pueden ser aplicados para evitar un embarazo?			
4	Los métodos anticonceptivos son aquellos que ayudan a prevenir embarazos y algunos evitan enfermedades de transmisión sexual			
5	El método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer			
6	Conoces métodos anticonceptivos para regular la fertilidad			
7	Creer que en la primera relación sexual una mujer puede quedar embarazada			
8	Consideras que la educación y apoyo que brinda tu escuela en cuanto a métodos anticonceptivos te será útil para aplicarlos en tu vida y evitar embarazos			
9	Creer que la pastilla de emergencia no se recomienda usar de manera continua debido a su baja efectividad y la frecuencia de efectos secundarios			
10	Consideras que el método anticonceptivo OTB (oclusión tubárica bilateral) es permanente			
11	Consideras que el DIU (dispositivo intrauterino) es permanente			
12	Conoces los métodos de barrera y cómo se utilizan			

13	Crees que la vasectomía es un método anticonceptivo permanente en el cual se cortan y ligan los conductos deferentes, sitio por donde pasan los espermatozoides			
14	Consideras que la OTB (oclusión tubárica bilateral) es un método de anticoncepción permanente o definitiva donde las trompas uterinas se cortan y se ligan para impedir el paso del óvulo y de los espermatozoides evitando así el embarazo			
15	Consideras que los métodos anticonceptivos se clasifican en temporales y permanentes			
16	Consideras que los métodos anticonceptivos previenen el embarazo			
17	Sabes cuál es la manera de usar inyecciones como método anticonceptivo			
18	Consideras que el condón es un método que puede utilizarse solo una vez			
19	Conoces las complicaciones del uso de métodos anticonceptivos hormonales			
20	Consideras que el condón masculino es una funda de látex que se coloca en el pene erecto antes de la relación sexual y que lo cubre por completo			
21	Crees que el condón femenino es un tubo de plástico con un anillo flexible en cada extremo para ayudarlo a permanecer en su lugar en la vagina. Está cubierto con lubricante por dentro y por fuera			
22	Piensas que el diafragma es una copa flexible de silicona que se coloca dentro de la vagina y cubre el cuello uterino y que además se usa con espermicida			
23	Crees que el espermicida es un químico que mata el esperma, que puede utilizarse solo o en combinación con otro método anticonceptivo para mayor efectividad.			
24	Consideras que los métodos anticonceptivos hormonales funcionan por medio de hormonas sintéticas similares a las que produce normalmente el organismo de la mujer. Estas hormonas impiden la ovulación y alteran el moco del cuello del útero para que no pasen los espermatozoides			
25	Crees que el parche como método anticonceptivo se pega a la piel, este que libera hormonas similares a las que produce la mujer, inhibiendo la ovulación y haciendo más espeso el moco del cuello del útero.			
26	Consideras que el implante hormonal subdérmico se aplica de forma subdérmica (debajo de la dermis) en la cara interna del brazo, después de una aplicación de anestesia local.			
27	Sabes si las pastillas anticonceptivas se toman el primer día de la menstruación, al terminar de tomar las pastillas del paquete, se deja un periodo de 7 días sin tomar pastillas, durante los cuales se presenta la menstruación.			

--	--	--	--	--

Se contactó a las autoras del instrumento sin éxito por lo que se anexan las cartas de sesión de derechos de la Universidad Autónoma del Estado de México.



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Dalia Itzel Jiménez Monroy Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de tesis con el título Nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tiene los alumnos de una secundaria mexiquense, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en Toluca, Estado de México, para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, Estado de México a los 10 días del mes de Noviembre de 2016.


Dalia Itzel Jiménez Monroy
Nombre y firma de conformidad



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Erika Vilchis Dávila Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de tesis con el título Nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tiene los alumnos de una secundaria mexiquense, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en Toluca, Estado de México, para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, Estado de México a los 10 días del mes de Noviembre de 2016.


Erika Vilchis Dávila
Nombre y firma de conformidad