



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



ORGANO DE OPERACIÓN DESCONCENTRADA CIUDAD DE MEXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA ANTICONCEPCION DE
EMERGENCIA EN HOMBRES Y MUJERES ADOLESCENTES DE LA UMF 33.
ESTUDIO COMPARATIVO.**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. FATIMA ROMANO ORTIZ

MÉDICO RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DEL
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORA:

DRA. DANIELA ABIGAIL HERNANDEZ CAMARILLO
MÉDICO FAMILIAR Y JEFA DE DEPARTAMENTO CLINICO DE UMF33.

JEFE DE COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN
SALUD

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

CIUDAD DE MEXICO



ENERO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



DRA. MARIA DEL CAMEN AGUIRRE GARCIA.

MEDICA FAMILIAR Y COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO".



DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO

MEDICA FAMILIAR Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO".



DRA. DANIELA ABIGAIL HERNANDEZ CAMARILLO

MEDICA FAMILIAR Y JEFA DE DEPARTAMENTO CLINICO Y ASESORA DE TESIS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO".

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por permitirme estar dentro de esta gran institución, principal institución de salud en nuestro país que me permite ser parte de la atención primaria de la salud.

Mi gratitud a mi alma mater la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla por haberme formado en ella, brindándome las herramientas para poder desenvolverme en el mundo profesional, para así “pensar bien para vivir mejor”.

A la Dra. Daniela Hernández mi asesora, mi reconocimiento, agradecimiento y admiración, que, a pesar de su incansable trabajo brindado al instituto, fue un pilar fundamental para la realización de este trabajo.

A la Dra. Mónica Osorio. Una maestra de verdadera vocación y devoción por sus alumnos. Que me ha enseñado mucho no solo en el aspecto profesional si no también personal. Le ofrezco mi gratitud y mi admiración por su constancia, dedicación, para con la institución y sus alumnos, siendo fundamental, casi indispensable, ya que sin ella este trabajo no se hubiera podido realizar. Muchas Gracias. Dra. Mónica usted es una persona que inspira a todo el mundo, los días académicos se volvieron un día esperado gracias a usted.

DEDICATORIA

A mis padres y mis hermanos por darme las herramientas para poder desenvolverme en la vida, siendo el mejor ejemplo de trabajo, sé que tengo mucho que aprender, y reconozco que no soy ni la sombra de lo que ustedes son, muchas gracias por apoyarme en todo momento y hacerme saber que siempre estarán ahí, cuando lo necesité y más aún cuando no lo necesite. Los amo mucho.

A César Valentín, por estar ahí en cada paso que doy, por ser mi contención cada vez que lo he necesitado, cuando siento que ya no he podido más, ahí estas para recordarme que, si puedo, gracias por confiar en mí y hacerme mejor persona. Te amo.

A Guadalupe Centeno por ser mi mejor amiga desde el día 1 de la facultad, por ayudarme siempre hasta en los aspectos más básicos en un cambio de residencia, y recordar que, gracias a ella, estoy en la UMF 33. Siempre incondicional. Te quiero mucha amiga.

A mis amigos Alfredo, Alma, Rosibet y Claudia, gracias por su amistad. Gracias Alfredo por estar ahí, siempre con una sonrisa alegrando a todo el mundo, y tus berrinches también, hasta así eres divertido. Alma tan diplomática y la persona que me enseña cómo defenderme y uno que otro tip de belleza. Rosibet la más joven, pero con un carácter muy fuerte, que nos llama la atención cuando lo necesitamos, y claudia de quien aprendí a no estresarme tanto, nos haces reír mucho y ahora parte de nuestro clan "Los Pechanos". Los quiero mucho a todos. Gracias por su amistad.

También un agradecimiento especial a mis compañeras residentes del tercer año, que ahora más que compañeras son amigas, Maru, Pamela, Ylse, Noemi, por estar siempre ahí y apoyarme.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3404
U. MED. FAMILIAR NUM. 20

Registro COPLAMES 18 CI 09 005 003

Registro COMBIOTICA COMBIOTICA 00 CEI 013 2018003

Fecha Viernes, 01 de abril de 2022

M.E. HERNANDEZ CAMARILLO DANIELA ABIGAIL

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA EN HOMBRES Y MUJERES ADOLESCENTES DE LA UMF 33. ESTUDIO COMPARATIVO** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2022-3404-026

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requiera solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. Miguel Alfredo Cortés Muñoz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

IMSS

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

Contenido

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN.....	9
ANTECEDENTES.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
OBJETIVOS.....	24
MATERIAL Y METODOS	25
RESULTADOS	27
DISCUSION	50
CONCLUSIÓN.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	55
ANEXOS.....	61

RESUMEN

Conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33. Estudio comparativo.

Daniela Abigail Hernández Camarillo¹, Fátima Romano Ortiz².

Introducción: Los anticonceptivos de emergencia son una herramienta simple, segura y efectiva para prevenir un embarazo no planeado, este disminuye el porcentaje de jóvenes que se embarazan y por consiguiente abortos, permitiendo a la mujer ejercer el derecho al control de su fertilidad. Las adolescentes que tienen un embarazo no deseado tienen repercusiones económicas para la sociedad a nivel de inversión en educación y en salud. Derivado de lo anterior es importante identificar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los adolescentes en la UMF 33. **Objetivo:** Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional analítico, transversal, correlacional, prolectivo y retrospectivo, en una muestra de 204 adolescentes del sexo femenino y masculino. Se aplicó un cuestionario de 28 preguntas relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas. El análisis de los resultados se lleva a cabo con medidas de tendencia central y se utilizó la prueba ji cuadrada y U de Mann-Whitney. **Resultados:** Para conocimientos se realiza prueba de normalidad con Shapiro-Wilk con un valor de p de 0.014 (Shapiro-Wilk 0.952) para los hombres y un valor de $P < 0.001$ (Shapiro-Wilk de 0.941) para las mujeres, sin normalidad de la muestra (N=204), por lo que se utiliza U de Mann-Whitney mostrando una P de 0.001. con una media de 3.0 para los hombres (N=64) y una media de 3.7 (N=140) para las mujeres. Por lo que podemos concluir que las mujeres tienen un mayor conocimiento adecuado de los anticonceptivos de emergencia comparado con los hombres. En Las actitudes, no hay una diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a actitudes tomadas, utilizando prueba U de Mann-Whitney mostrando una P de 0.250. En cuanto a las prácticas. De la muestra analizada (N=204), de las cuales 91 (44.6) respondieron que habían iniciado relaciones sexuales de las cuales 29 (45%, n=64) fueron hombres y 62 (44%, n=140) mujeres. La edad de inicio más frecuente para inicio de vida sexual fue de 15 años para los hombres (n=29) y 16 años para las mujeres (n=62).El anticonceptivo de emergencia más frecuente utilizado por la muestra o sus parejas es la pastilla de 1 sola toma con 11(38%, n=29) hombres y 39 (63%, n=62) mujeres. Mostro que hubo 5 mujeres embarazadas (11%, n=62), 3 (42.9%) mujeres decidieron tener al bebe y 2 (28.6%) mujeres decidieron abortar. **Conclusiones:** Las mujeres tienen mayor conocimiento en anticonceptivos de emergencia, la edad de inicio de vida sexual más frecuente fue entre los 15-16 años, hubo 5 embarazos en total 2 decidieron abortar y 3 decidieron continuar con su embarazo. Nos damos cuenta de que a pesar de los grandes esfuerzos del sector salud por que exista un conocimiento adecuado para el uso de anticonceptivos de emergencia, aun hay áreas de oportunidad para que los adolescentes se desarrollen de manera integral y armónica.

Palabras clave: Conocimientos, actitudes, prácticas, anticoncepción de emergencia, adolescentes.

¹. Médico Familiar y jefe de departamento clínico de Medicina Familiar de la UMF No. 33 "El Rosario".

².Residente de primer año del CEMF de la UMF No. 33 "El Rosario".

INTRODUCCIÓN

Los anticonceptivos de emergencia son una herramienta simple, segura y efectiva para prevenir un embarazo no planeado. Los anticonceptivos de emergencia se usan después de una relación sexual no protegida, cuando falló el método anticonceptivo de barrera o fue usado incorrectamente y en el caso extremo de una agresión sexual; este disminuye el porcentaje de jóvenes en embarazo y abortos, permitiendo a la mujer ejercer el derecho al control de su fertilidad.

La fuente de información más importante sobre métodos anticonceptivos fue la escuela (51%), el médico (14%), los amigos (13%), la iglesia (0%).

En un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. Sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, donde participaron 120 adolescentes de 15-19 años con vida sexual activa que asistieron a un centro de salud en la ciudad de México se encontró que de 120 adolescentes entrevistados el 60 % tuvo un nivel medio de conocimiento en anticoncepción. Y un 66% (80) tiene un adecuado conocimiento sobre la toma adecuada de pastillas de emergencia, el 15.8% (19) fallo, y el 17.5 % (21) no lo sabe. La anticoncepción de emergencia, más utilizado son los hormonales orales.

Las mujeres con un embarazo no deseado, comúnmente se enfrentan a 2 casos principales el primero, es la interrupción del embarazo donde legalmente este permitido o un aborto inseguro en lugares donde hay restricciones legales, y el segundo caso es continuar con el embarazo. El aborto inseguro es una importante causa de muerte materna, que se derivan de una mala atención, la mujer con complicaciones no tiene acceso a atención oportuna y de calidad. El riesgo de morir es alto. La anticoncepción de emergencia es un recurso ampliamente socorrido para evitar un embarazo no deseado. Las adolescentes y niñas que tienen un embarazo no deseado tienen repercusiones económicas para la sociedad a nivel de inversión en educación y en salud, por lo tanto, existen ingresos perdidos respecto a la recaudación fiscal del estado, derivado de una deserción escolar de madres adolescentes. Como resultado se tiene una estimación negativa del valor actual neto que demuestra el efecto negativo de un embarazo temprano en la rentabilidad de la inversión social en la educación de las niñas y adolescentes. El costo también se ve afectado en servicios de salud de cada año para controles prenatales y atención del parto. Esto representa un costo total de 0.27% del producto interno bruto (PIB).

Es importante mejorar la calidad educativa con referente a métodos de planificación familiar y puntualmente en métodos anticonceptivos de emergencia, para hacer frente a la problemática de complicaciones de embarazos no deseados en adolescentes, y que los médicos familiares sean la punta de lanza para esta intervención.

ANTECEDENTES

ADOLESCENCIA

Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración. Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. se trata de un período de cambios, biológico y social, psicológico, físico, sexual y cultural, en el cual se presenta el pensamiento abstracto, la autonomía y la decisión. Los cambios más llamativos tienen lugar en la esfera sexual y se culminan con la adquisición de la fertilidad. Sobre los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, a los 15-16 el desarrollo moral, saber lo que está bien y mal. La Organización mundial de la salud (OMS) considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años. La Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia (SAHM) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años). (1,2)

La OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo estados unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado. (3)

América Latina tiene la segunda tasa de embarazo adolescente más alta del mundo, con 80 mujeres de cada mil teniendo un embarazo antes de los 19 años. Aunque la tasa de natalidad general es más baja que el promedio en países de Centro y Sudamérica, México tiene la mayor tasa de natalidad adolescente de todos los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). (4)

Los adolescentes representan aproximadamente un 20% de la población total de México, de tal manera que por tratarse de un grupo etario predominante y por la vulnerabilidad que se presenta durante este periodo de la vida, se vuelve un grupo de atención prioritario, siendo un deber y obligación garantizar su derecho a la salud. (5)

EMBARAZO

El embarazo es el periodo comprendido entre la fecundación de un óvulo y el nacimiento del recién nacido. El embarazo comienza cuando termina la

implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. (6)

El embarazo normal representa una gran cantidad de cambios físicos y psicológicos para la mujer, todos estos cambios están enfocados en ajustarse y adaptarse a las exigencias que el desarrollo de un nuevo ser humano en el interior del cuerpo de la madre representa, dichos cambios ocurren de manera gradual, pero continua, a lo largo de todo el embarazo y desde luego están influenciados por múltiples factores como la edad de la mujer, los embarazos previos, su estado físico, nutricional, etc. Los cambios que se experimentan van desde cambios metabólicos y bioquímicos que pueden no ser evidentes, hasta cambios anatómicos macroscópicos evidentes, e incluso cambios conductuales y emocionales. Todos estos cambios suponen una exigencia aumentada (estrés) para la fisiología normal del cuerpo de la mujer, y si estos cambios se combinan con enfermedades previas o una condición predisponente, como el embarazo en la adolescencia, y esto puede traducirse en distintos estados patológicos durante el embarazo como preeclampsia, diabetes gestacional, insuficiencia cardíaca, etcétera (7)

EMBARAZO ADOLESCENTE.

El embarazo en la adolescencia se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. (8)

Las adolescentes que desarrollan un embarazo se enfrentan a muchos retos en el ámbito social, individual y familiar. Entre estos retos están: el abandono de sus parejas; la imposibilidad de continuar sus estudios; aumento de los riesgos en la morbilidad de la adolescente embarazada y su bebé; la limitada capacidad de la adolescente para cuidar a su hijo; más que el embarazo no planeado en esa etapa está asociado a relaciones sexuales sin protección y se vincula al riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y sida. (9)

Las causas del embarazo en adolescentes son múltiples, dentro de ellos: la pobreza, la baja escolaridad, una situación de género, derechos humanos, determinantes sociales y otros problemas estructurales.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, más de la mitad de los embarazos no deseados terminan en abortos provocados. Esta cifra asciende, globalmente, a 45.5 millones de abortos cada año, de los que 19-20 millones ocurren en condiciones de riesgo (10)

EMBARAZO NO PLANEADO EN ADOLESCENTES

Según la organización Save the Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años en todo el mundo, más del 90 % (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas. La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en la África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana (11).

El embarazo adolescente se ha convertido en uno de los grandes desafíos de América Latina y el Caribe, pues la tasa de fecundidad en adolescentes (15 a 19 años) de la región sólo es superada por África y es mucho mayor que el promedio mundial. El 20% de los partos en la región de América Latina y El Caribe, correspondió a mujeres menores de 20 años (OMS-UNFPA-UNICEF, 2018). En México, la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) que corresponde al trienio 2015 a 2017 alcanzó un valor de 70.6 de hijos por cada mil mujeres adolescentes (CONAPO, 2019). En cifras de la Secretaría de Salud (SS) para 2018, del total de nacimientos registrados con certificado de nacimiento, el 18.5% fue de madres de entre 10 y 19 años. Además, de los egresos hospitalarios registrados para mujeres de 10 a 19 años, el 64.6% correspondió a causas maternas como el parto único espontáneo o aborto. Por último, en el Sistema Nacional de Salud se registraron 269,823 consultas de embarazo en adolescentes mujeres de 15 a 19 años, el equivalente al 5% de mujeres de ese rango etario durante el año 2018. (12)

Las madres adolescentes menores de 15 años son cuatro veces más vulnerables a la mortalidad materna y a un mayor riesgo de complicaciones y el nacimiento prematuro del bebé y la mortalidad infantil. Consecuencias poco estudiadas de embarazos no deseados en adolescentes incluyen la depresión, suicidio, baja autoestima, sexualidad traumática y violencia. (13)

Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse, a priori, a una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social. (14)

De tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia,

diabetes parto distócico, hemorragias, recién nacido con bajo peso, y enfermedades genéticas sin dejar de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización. (15)

METODO ANTICONCEPTIVOS

Un método anticonceptivo es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo. La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. Los servicios de planificación se brindan para evitar embarazos no deseados y prevenir embarazo de alto riesgo, para lo cual se debe proporcionar consejería. (16)

Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes y son los siguientes:

METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

- Hormonales orales. Cooper y Mahdy (2021) comentan que, en Estados Unidos de América, aproximadamente el 25% de las mujeres de 15 a 44 años que actualmente usan anticonceptivos informaron haber usado la píldora como método de elección. Con un índice de Pearl descrito en la literatura del 0.1%, con una falla de hasta el 9% si no se utiliza de manera adecuada. Los principales efectos secundarios son el sangrado intermenstrual, así como también náusea, cefalea, dolor abdominal, sensibilidad en senos y disminución de la libido. Las náuseas pueden evitarse tomando el anticonceptivo por la noche. (17)
- Hormonales inyectables. Preparados con estrógeno y progestina y solo progestina. Los primeros contienen un éster de estradiol, como cipionato de estradiol (5mg), o enanato de estradiol (5 y 10 mg), las dosis recomendadas de estradiol no deben ser mayores a 5mg /mes. Y contiene una progestina sintética esterificada derivadas de la 19-nortestosterona como: enanato de noretisterona (50mg) ó las derivadas de la 17-hidroxiprogesterona como: acetato de medroxiprogesterona (25mg) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 mg). Bajo condiciones correctas de su uso tiene una protección anticonceptiva de 99 %. Con indicaciones de antes del primer embarazo, en intervalo intergenésico, en postaborto, postparto o postcesárea después de la tercera semana si la mujer no se encuentra

lactando. Contraindicados en pacientes con cáncer de mama o cérvix, enfermedad tromboembólica, tumoraciones hepáticas. y ser juiciosos con pacientes fumadoras mayores de 35 años. La duración de la protección anticonceptiva es hasta por 33 días. Los hormonales inyectables que contiene solo progestina sintética esterificada derivada de la 19-nortestosterona, enantato de noretisterona (200mg) o derivada de la 17-hidroxiprogesterona como el acetato de medroxiprogesterona (150 mg).con una efectividad anticonceptiva mayor al 99% con condiciones habituales y correctas de uso. Contraindicado en embarazo o sospecha de este, los principales efectos colaterales son amenorrea, cefalea, irregularidades menstruales. El estudio de cohorte de 2002 sobre la densidad mineral ósea en mujeres adultas realizado por Scholes et al. demostraron que, a los 3 años de seguimiento, la densidad mineral ósea de las ex usuarias de acetato de medroxiprogesterona, era comparable a la de las que nunca usaron anticonceptivos inyectables. Un trabajo por la misma autora Scholes et al en 2005 sobre el cambio en la densidad mineral ósea entre mujeres adolescentes que usan y descontinúan la anticoncepción con acetato de medroxiprogesterona de depósito, un estudio de cohorte prospectivo, en donde participaron mujeres de 14-18 años, mostrando que en los usuarios de DMPA, la densidad mineral ósea disminuyó significativamente en relación con los no usuarios en la cadera y la columna. Y concluyo que el uso de anticonceptivos inyectables con acetato de medroxiprogesterona en adolescentes se asoció con pérdidas continuas significativas de densidad mineral ósea en la cadera y la columna. Sin embargo, las ganancias significativas posteriores a la discontinuación proporcionan evidencia d que la pérdida de masa ósea aparentemente se revierte. (16) (18) (19).

- Parche transdérmico. Proporciona una opción eficaz conveniente para la anticoncepción hormonal. El pache contiene norelgestromina y etinilestradiol, se aplica 1 vez por semana, durante 3 semanas, seguido de una semana sin parche con un ciclo de 21-7. Las tasas de fracaso son similares a las de anticonceptivos orales combinados. Los efectos secundarios son similares a los anticonceptivos orales combinados con un aumento en las tasas sobre sensibilidad en los senos. (20)
- Implante subdérmico. Es un método anticonceptivo temporal de acción prolongada de inserción subdermica y consiste en un sistema de liberación continua y gradual, una progestina sintética. El más utilizado es implanon, desarrollado por la empresa farmacéutica holandesa, con una duracionde 3 años, contine 68mg de etonogestress que administran 60 ug/día. En la mayoría de los casos es capaz de bloquear la ovulación, y con una eficacia muy alta, en un ensayo multicéntrico (2004) donde se incluyeron a 1716

pacientes fueron seguidas durante 53,530 ciclos (4103 mujeres-año), lo que resulto en un índice de Pearl de 0.0 (intervalo de confianza del 95%, 0.00-0,09) por lo que no se observó ningún embarazo. (21) (22)

- Dispositivo intrauterino (DIU). Son dispositivos que se introducen en la cavidad uterina. son la forma de anticoncepción reversible más utilizada en todo el mundo, son un método anticonceptivo infrautilizado en los Estados Unidos. Los DIU y los implantes son los métodos más efectivos de anticoncepción reversible. El DIU de LNG de 52 mg (Mirena) libera inicialmente 20 mcg de levonorgestrel por día desde un cilindro de polímero montado en un marco en forma de T. Existe también DIU con cobre, con hilos guía para su localización, con una protección anticonceptiva del 95-99%. (16) (23)
- De barrera. Actualmente se utilizan multiples métodos de barrera: condones masculinos y femeninos, el diafragma, la esponja anticonceptiva y capuchón cervical. Las barreras vaginales son fáciles de usar y no invasivas, y se pueden utilizar con poca planificación. La mayoría de las fallas ocurren debido a un uso inadecuado o inconsistente. El condón masculino tiene una tasa de falla de uso típico del 14 %. (23)
- Naturales o de abstinencia periódica. Es la utilización de la conciencia sobre la fertilidad para prevenir o lograr un embarazo. En los estados unidos aproximadamente el 1% de las mujeres utilizan métodos naturales. La planificación familiar natural tiene una tasa de fracaso típica del 24 %. Los métodos naturales son: días fijos, un método de calendario que determina la fertilidad utilizando la probabilidad de embarazo en la relación con la ovulación. Método de Billings y Creighton, se basan en la observación de secreciones cervicales. Método sintotérmico, combina conocimiento de cambios en la secreción cervical con el control de la temperatura corporal basal. Método de amenorrea por lactancia, se basa en la anovulación en el periodo posparto cuando se cumplen ciertos criterios. (24)

METODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

- Oclusión tubaria bilateral. La esterilización tubárica se realiza a petición de mujeres que han completado la maternidad y desean un método anticonceptivo eficaz e irreversible. El consentimiento informado es muy importante, y que no brinda protección al 100%, según el estudio CREST, la tasa de fracaso a 10 años es de 18,5 por 1000 procedimientos. (25)

- Vasectomía. Es el único método de esterilización masculina permanente, un procedimiento en el que los conductos deferentes se seccionan, ligan y separan en ambos planos fasciales. Los urólogos realizan alrededor de 75% de las vasectomías, mientras que el resto lo realizan cirujanos generales y médicos de medicina familiar. La tasa de éxito es de 99.7 % con complicaciones bajas que oscilan entre el 1 y 2 %. (26)

METODOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA

Hacia la década de 1960 médicos en los países bajos administraron altas dosis de estrógenos a una niña de 13 años que había sufrido una violación, sin embargo, su utilización no fue inicialmente en los humanos, si no en la veterinaria, hacia 1920 cuando se descubrió que altas dosis de estrógeno ovárico intervenía en el embarazo en mamíferos, los veterinarios fueron los primeros en aplicar este método para prevenir embarazos no deseados en caballos y perros. En 1970 se introduce el régimen Yuzpe que reemplazó las altas dosis de estrógeno y resultó en una menor incidencia de efectos secundarios. El régimen de Yuzpe muy popular hasta principios del siglo XXI, ha sido superado por anticonceptivo por levonorgestrel y casi al mismo tiempo fue introducido el Dispositivo intrauterino de cobre como el único método anticonceptivo no hormonal, y por último el acetato de ulipristal que fue aprobado en Estados Unidos de Norteamérica en 2010. (27)

DEFINICION Y TIPOS DE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA

La anticoncepción de emergencia (AE) se refiere a los métodos anticonceptivos que se utilizan después de las relaciones sexuales para reducir el riesgo de embarazo. Los métodos actualmente disponibles en Estados Unidos de Norteamérica así como en México son Los métodos actualmente disponibles en los Estados Unidos son:

1. El acetato de ulipristal en México en su forma más comercial como Femelle one. El Acetato de ulipristal esta es la forma más efectiva y nueva de píldora de Anticoncepción de emergencia y se administra en dosis de 30 mg en una sola dosis por vía oral. Es un modulador selectivo del receptor de progesterona. Un estudio informó que la ulipristal retrasa la ovulación. Un metaanálisis de estudios de 2010 informó que, para aquellas mujeres tratadas con acetato de ulipristal dentro de las 72 horas posteriores a la

relación sexual sin protección, el riesgo de embarazo era casi la mitad del de aquellos que recibieron LNG, y si se administra dentro de las 24 horas, el riesgo de embarazo se redujo en dos tercios en aquellos que recibieron UPA en comparación con LNG. No existen contraindicaciones médicas para el uso de UPA además del embarazo. Es efectivo hasta 5 días después de la falla del método anticonceptivo y la eficacia no disminuye durante el período de 5 días.

2. Levonorgestrel (en México comercializado como Postday). Esta es la forma de anticonceptivo de emergencia más disponible en todo el mundo, y está disponible sin receta en varios países. Levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia es una dosis de 1,5 mg, administrada lo antes posible después de la anticoncepción fracaso o sexo sin protección. Aunque es eficaz hasta 5 días (120 horas) después de la falla anticonceptiva, su eficacia disminuye con el tiempo. Funciona previniendo o retrasando la ovulación, y funciona solo hasta el pico de la hormona luteinizante.
3. El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre. El DIU de cobre es el único método no hormonal y el método de anticonceptivo de emergencia más efectivo. Uso: el protocolo habitual es insertarlo dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual sin protección o falla anticonceptiva o hasta 5 días después de la ovulación. El mecanismo principal del DIU de cobre es un efecto inhibitorio de los iones de cobre en el esperma que evita fertilización, así como una afección negativa de la receptividad del endometrio. Una revisión de 42 estudios mostró que la tasa de embarazo después de la inserción del DIU de cobre para AE es menor que 0.1%, además de una ventaja del DIU de cobre es que se puede dejar en el útero después de su uso como anticonceptivo de emergencia, lo que sirve como anticonceptivo reversible de acción prolongada y muy eficaz durante 10 a 12 años. Las contraindicaciones específicas son embarazo actual, enfermedad inflamatoria pélvica inflamatoria actual, alergia al cobre y anomalías uterinas. Los riesgos de expulsión, infección y/o perforación son bajos con el DIU de cobre.
4. El uso no indicado en la etiqueta de anticonceptivos orales combinados (método Yuzpe). Esto consiste en 100 µg de etinilestradiol y 1 mg de norgestrel, administrados en dos dosis con 12 horas de diferencia. Es efectivo hasta por 5 días, pero la eficacia disminuye con el tiempo. Actúa previniendo o retrasando la ovulación. Tiene la eficacia más baja de todos los métodos EC. (28)

La anticoncepción de emergencia puede reducir el riesgo de embarazo si se usa hasta 120 horas después de una relación sexual sin protección, y es más probable que las píldoras anticonceptivas hormonales de emergencia sean efectivas cuanto

antes se usen. El uso de anticoncepción de emergencia después de una relación sexual sin protección o sin protección sigue siendo una estrategia importante para reducir los embarazos no deseados entre adolescentes y mujeres. (29)

INDICACIONES

La anticoncepción de urgencia es empleada en las situaciones siguientes:

1. Después de una relación sexual sin protección,
2. Cuando puede haber fallado la anticoncepción o los anticonceptivos se han utilizado incorrectamente, y
3. En caso de agresión sexual si no se cuenta con la protección de algún anticonceptivo. La anticoncepción hormonal post coito es el único método disponible para prevenir un embarazo después de una violación sexual, por lo cual la nom-046-ssa2-2005 violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención establece que se debe ofertar este método de manera inmediata. (30)

EFFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios generales incluyen náuseas, vómitos, dolor abdominal, sensibilidad mamaria, cefalea, mareos y fatiga. Aproximadamente el 50% de las mujeres que toman anticoncepción de emergencia experimentan náuseas y un 20% vómitos. El método de levonorgestrel solo, tiene una incidencia significativamente menor de náuseas y vómitos que el método de Yuzpe. Un estudio acerca de la anticoncepción de emergencia con Levonorgestrel solo, conducido por la Organización mundial de la salud, señaló una reducción en la incidencia de náuseas (50%) y de vómitos (70%) en relación con el régimen de Yuzpe. En un metaanálisis donde se analizaron datos de seguridad de levonorgestrel, acetato de ulipristal y Yuzpe regímenes para la anticoncepción de emergencia donde se examinaron 3786 artículos, se encontró q no hubo modificaciones en la producción de leche durante la lactancia materna y en general, con el uso de levonorgestrel no hubo diferencias en malformaciones o defectos de nacimiento entre los expuestos. (31)

EFFECTIVIDAD EN PACIENTES CON OBESIDAD

La eficacia de todos los anticonceptivos de emergencia está disminuida en mujeres obesas, aunque la obesidad no es una contraindicación para los anticonceptivos de emergencia. Un estudio informó que la tasa de fracaso de levonorgestrel (5,8 %) fue mayor que la de acetato de ulipristal (2,6 %) en mujeres obesas. Para mujeres con índice de masa corporal (IMC) de 26 o más que usaron anticonceptivo de emergencia de progestágeno solo, las tasas de embarazo no fueron diferentes de lo que se esperaría si no hubieran usado anticonceptivos de emergencia en absoluto. La píldora de acetato de ulipristal pareció perder eficacia en un umbral de Índice de Masa Corporal de 35.15. Por el contrario, la eficacia del DIU de cobre como anticonceptivo de emergencia no se ve afectada por el peso. Para las mujeres que tienen un IMC de 26 o más, si el DIU de cobre no está disponible para la anticoncepción de emergencia, se debe considerar el acetato de ulipristal como la segunda mejor opción disponible sobre el levonorgestrel. (32)

CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES

En un estudio de 2015, las mujeres jóvenes (86 %) informaron tasas más altas de “escuchar sobre la anticoncepción de emergencia” que los hombres jóvenes (70%). La falta de seguro es una de las principales barreras para recibir atención reproductiva preventiva de manera oportuna y, por lo tanto, las adolescentes sin seguro tienen un mayor riesgo de embarazo, pero existen brechas significativas en el conocimiento del mecanismo, el acceso y el uso adecuado de las píldoras de anticoncepción de emergencia. (33)

Baldwin et. al. realizaron un estudio donde se midió el conocimiento de anticoncepción de emergencia, entre 11392 mujeres de entre 15-44 años descubrieron que la conciencia era menor entre los adolescentes, las mujeres de color, las mujeres pobres, las que tenían un seguro financiado con fondos públicos, las que no tenían una fuente habitual de atención, los inmigrantes, las personas que no hablan inglés y los residentes rurales. (34)

Un estudio mostró que los adolescentes generalmente carecían de conocimiento suficiente sobre qué es anticoncepción de emergencia y su mecanismo de acción. (35)

En un estudio realizado por Sampson et. al, en California, donde los investigadores se hicieron pasar por personas que llamaban en inglés y en español llamaron a una

farmacia para obtener anticonceptivos de emergencia, las personas que llamaron en español tuvieron menos éxito en obtener anticonceptivos de emergencia. (36)

Una investigación realizada por Halpern Et. al. muestra una mayor probabilidad de uso de anticonceptivos de emergencia en adolescentes con acceso a Internet en la escuela y/o en el hogar. Es probable que estos adolescentes usen Internet para acceder a información sobre anticonceptivos de emergencia y un lugar desde el cual obtener un anticonceptivo de emergencia. (37)

Batur et. al. En su estudio sobre actitudes y prácticas de los clínicos, indicó que los métodos más efectivos de anticoncepción de emergencia, como la píldora de acetato de ulipristal y el DIU de cobre, eran poco conocidos y rara vez se habían brindado fuera de las especialidades de salud reproductiva. (38)

La gran mayoría de los embarazos no deseados se debe al uso inconsistente o al no uso de anticonceptivos, y aquí es donde la anticoncepción de emergencia tiene un papel potencialmente importante. Desde 1995, el uso constante de anticonceptivos de emergencia ha aumentado entre las mujeres de 15 a 44 años de 0,8% en 1995 a 20,0% de 2011 a 2015. (39)

El Reino Unido tiene una de las tasas más altas de embarazos de adolescentes en Europa Occidental. Una quinta parte de estos son embarazos repetidos. Las concepciones no deseadas pueden causar daños emocionales, psicológicos y educativos sustanciales a los adolescentes, a menudo con implicaciones duraderas para las oportunidades de la vida. en este estudio no se encontró evidencia que indique que las intervenciones existentes en ese país para reducir la repetición de embarazos de adolescentes haya sido el más eficaz. Por otro lado, los nacimientos posteriores se redujeron mediante intervenciones domiciliarias y determinaron que era necesario desarrollar más programas basados en la teoría y rigurosamente evaluados para reducir la repetición del embarazo no deseado en la adolescencia en el Reino Unido. (40)

Royer et al, (2016), en un estudio observacional prospectivo, con el objetivo de evaluar en primer lugar prospectivamente la inconveniencia del embarazo, en segundo lugar las intenciones declaradas en caso de que ocurra un embarazo entre las usuarias de anticoncepción de emergencia y por último explorar las diferencias entre las mujeres que seleccionaron el dispositivo intrauterino T380 (DIU Cu) o levonorgestrel oral (LNG) con respecto a planes hipotéticos de embarazo y acciones reales del embarazo no planeados posteriores y se encontró que de 548 mujeres inscritas, 218 eligieron el DIU Cu y 330 el levonorgestrel oral. El deseo de embarazo en el inicio fue bajo sin diferencias entre los grupos de anticoncepción de

emergencia (grupo de DIU:0.51, DE-1,60; grupo de levonorgestres:0.68, SD-1.74). 54 (10%) mujeres experimentaron embarazos no deseados. Los planes de embarazo cambiaron para 27 (50%) mujeres cuando quedaron embarazadas. (41)

Leite et al (2020), en un estudio transversal, con una muestra de 148 adolescentes de 11-19 años, con el objetivo de analizar el grado de conocimiento de las adolescentes brasileñas sobre anticoncepción de emergencia, mostraron que entre los 15-19 años dijeron que los anticonceptivos de emergencia previenen el 80 % del embarazo y debe usarse dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección. Y solo el 41.2% entre 10-14 años y el 88.4% entre 15-19 saben que previene la fecundación, así como una porción significativa (17,6-41,2%) cree que la anticoncepción de emergencia causa aborto, cáncer, infertilidad y malformaciones fetales. (42)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario se cuenta con el servicio de planificación familiar, sin embargo, a pesar de ello existe poca afluencia de la población adolescente y en las estadísticas de la población a la que se brinda atención, se reporta una alta prevalencia de embarazos adolescentes. Sin embargo, en las investigaciones realizadas en dicha unidad, no se cuenta con una investigación donde determinen los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes con respecto a la anticoncepción de emergencia.

López et al (2010) en un estudio transversal donde se incluyeron a 1550 estudiantes de 14-24 años con el objetivo de evaluar el conocimiento y uso de anticoncepción de emergencia y factores asociados en estudiantes de escuelas públicas, mostraron que el embarazo no planeado en adolescentes y adultos jóvenes es un fenómeno que ha cobrado fuerza a lo largo de los años, ya que México se encuentra en los primeros lugares entre los países participantes dentro de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), con esta problemática. (30)

Tapia et al (2008) En un estudio de IMSS, en la ciudad de Guadalajara, con 665 estudiantes universitarios, hombres y mujeres, más del 95% refirió haber escuchado algo sobre anticoncepción de emergencia. Los hombres tuvieron un mayor conocimiento del uso correcto de anticoncepción de emergencia. Y más del 80% de hombres y 80% en mujeres consideraron que la anticoncepción de emergencia es un método de planificación familiar. Y el 78% de la población estudiada admitió que le gustaría tener más información sobre anticoncepción de emergencia. (31)

Hay dudas sobre las opciones de métodos anticonceptivos de emergencia, regímenes hormonales, la forma de administración, así como de efectos adversos, enfocados hacia la prevención de un embarazo no deseado. Es importante tener el conocimiento sobre las opciones que existen, para la toma de decisiones que puedan afectar el futuro de las pacientes.

Como comenta Vargas et Al (2016), las ventajas del uso de métodos anticonceptivos de emergencia sobrepasan los riesgos siempre y cuando sean utilizados de manera correcta, es importante conocer que los efectos adversos, aunque se presentan en menor frecuencia si llegan a reportarse. (32)

Con base en lo anterior, me permito plantear la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son las diferencias en los conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33.

OBJETIVOS ESPECIFICO

- Identificar los conocimientos de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33
- Describir las actitudes de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33
- Conocer las prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33
- Describir los factores sociodemográficos en los hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33
- Identificar las conductas sexuales de riesgo de los hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se **realizó** en el Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios No. 33 "Carlos María de Bustamante". El centro de estudios está ubicado en Avenida Hacienda Narvarte Número 84, Prados del Rosario, Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. El objetivo de la presente investigación **fue** comparar los conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33, esta institución pertenece a la población que cubre la UMF No. 33.

Se trata de un estudio descriptivo, correlacional, transversal y retrospectivo, que se realizará en 340 adolescentes hombres y mujeres de 14-19 años, que **acudieron** a la UMF 33 en turno matutino y vespertino, y que **dieron** su consentimiento para participar en el estudio. **Fueron** excluidos del estudio aquellos adolescentes que cursaron con alguna discapacidad intelectual, que sus padres y/o tutores **no hayan autorizado su consentimiento** y que los adolescentes no hayan querido participar en el estudio.

A los adolescentes que **aceptaron participar, se les aplicó** una encuesta para determinar factores sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, estado civil, religión, ocupación), conocimiento, actitudes y prácticas acerca de la anticoncepción de emergencia.

El conocimiento respecto a la anticoncepción de emergencia se **determinó** de acuerdo con las respuestas obtenidas en las preguntas 5 a 14 respecto a: los tipos de anticonceptivos de emergencia, efectividad, factores que disminuyen su efecto, el uso adecuado de anticoncepción de emergencia, indicaciones, prevención, lugar y personas donde han recibido información acerca de anticonceptivos de emergencia, y si cree necesitar más información. Se **consideró** que tiene un conocimiento adecuado si responde de manera correcta las preguntas planteadas.

Las actitudes respecto a la anticoncepción de emergencia se **determinaron** de acuerdo con lo referido por el adolescente respecto a su postura en cuanto a la anticoncepción de emergencia con las oraciones planteadas en los numerales 15-22: totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutral (ni de acuerdo, ni desacuerdo), desacuerdo, totalmente desacuerdo.

Las prácticas respecto a la anticoncepción de emergencia se **evaluaron** en las preguntas 23-28 en cuanto a: inicio de vida sexual, edad de inicio de vida sexual activa, tipo de anticonceptivo utilizan la persona encuestada o su pareja, los tipos

de anticonceptivos de emergencia que utilizan, antecedente de embarazo, y si ocurrió un embarazo cual fue la decisión que tomaron.

El análisis de resultados se **llevó** a cabo a través de estadística descriptiva. Para determinar las diferencias entre variables, se **utilizó** la prueba estadística ji cuadrada. Cabe mencionar que la presente investigación **se llevó a cabo**, tomando en consideración los lineamientos éticos que rigen la investigación en México y en el mundo.

RESULTADOS

Para realizar la siguiente investigación se aplicó un cuestionario para la recolección de datos, por medio de la plataforma de formularios de Google, a 204 alumnos de la escuela preparatorios CETIS No. 33 en Azcapotzalco, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 1. Distribución de la población de acuerdo con sexo.

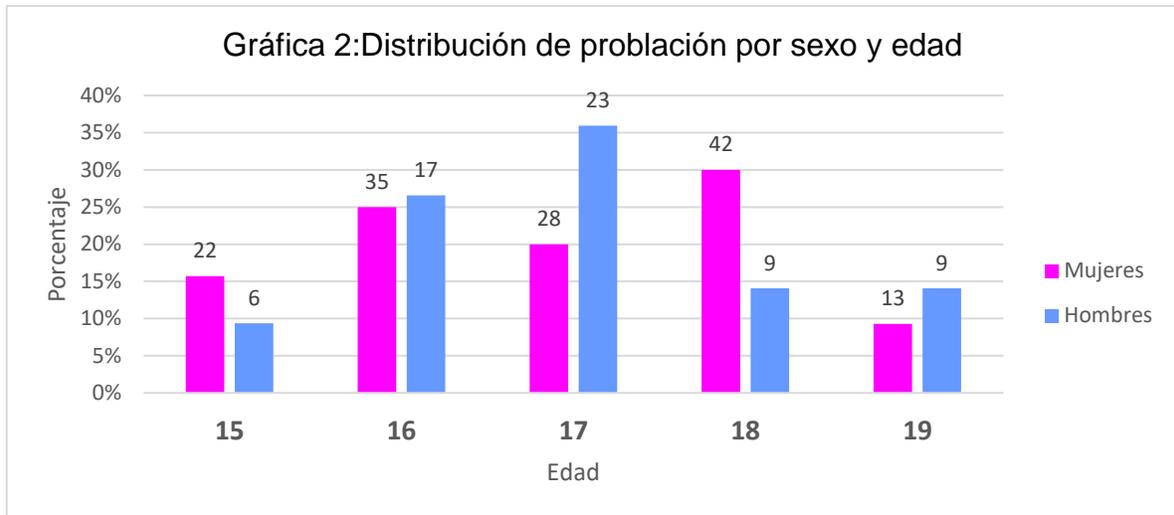
Sexo	Población	Porcentaje
Hombre	64	31%
Mujer	140	69%
Total	204	100%



Tabla 2. distribución de la población de acuerdo con la edad y sexo.

Edad	Total	Mujeres	% Mujeres	Hombres	% Hombres	Total %
15	28	22	16%	6	9%	14%
16	52	35	25%	17	27%	25%
17	51	28	20%	23	36%	25%
18	51	42	30%	9	14%	25%
19	22	13	9%	9	14%	11%
Total	204	140	100%	64	100%	100%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos de "conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33."



RESULTADOS DE CONOCIMIENTOS

Tabla 3. Muestra el número de preguntas contestadas de manera adecuada por la muestra (N=204), con respecto a los conocimientos, la prueba de U de Mann-Whitney, Verificación de supuesto con Prueba de Shapiro-Wilk, descriptivos por sexo, la media y la moda.

Contraste T para Muestras Independientes

	W	gl	p
numero de preguntas contestadas	3260.000		0.001

Nota. Contraste U de Mann-Whitney.

Verificaciones de Supuestos ▼

Contraste de Normalidad (Shapiro-Wilk) ▼

		W	p
numero de preguntas contestadas	Hombre	0.952	0.014
	Mujer	0.941	< .001

Nota. Los resultados significativos sugieren una desviación respecto a la Normalidad.

Descriptivos

Group Descriptives

	Grupo	N	Media	DT
numero de preguntas contestadas	Hombre	64	3.000	1.480
	Mujer	140	3.714	1.390

Estadísticos Descriptivos ▼

Estadísticos Descriptivos

numero de preguntas contestadas	
Válido	204
Moda	3.000

Se realiza análisis con respecto al conocimientos adecuados de los anticonceptivos de emergencia con el programa JASP, se realiza prueba de normalidad con Shapiro-Wilk con un valor de p de 0.014 (Shapiro-Wilk 0.952) para los hombres y un valor de $P < 0.001$ (Shapiro-Wilk de 0.941) para las mujeres, sin normalidad de la muestra (N=204), por lo que se utiliza U de Mann-Whitney mostrando una P de 0.001 lo que determina que si es significativa. En el análisis descriptivo mostro una media de 3.0 para los hombres (N=64) y una media de 3.7 (N=140) para las mujeres. Por lo que podemos concluir que las mujeres tienen un mayor conocimiento adecuado de los anticonceptivos de emergencia comparado con los hombres.

El número de preguntas más frecuente contestadas de manera adecuada por la muestra (N=204), fue de 3 preguntas de un total de 6 preguntas para evaluar el conocimiento adecuado de los anticonceptivos de emergencia.

RESULTADOS INDIVIDUALES DE CONOCIMIENTOS

Se realizó análisis de datos con programa JASP, se utilizó ji cuadrada con respecto a las preguntas de conocimientos. Y se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 4. Muestra las respuestas adecuadas e inadecuadas por sexo, del porcentaje que se reduce el riesgo de embarazo con los anticonceptivos de emergencia.

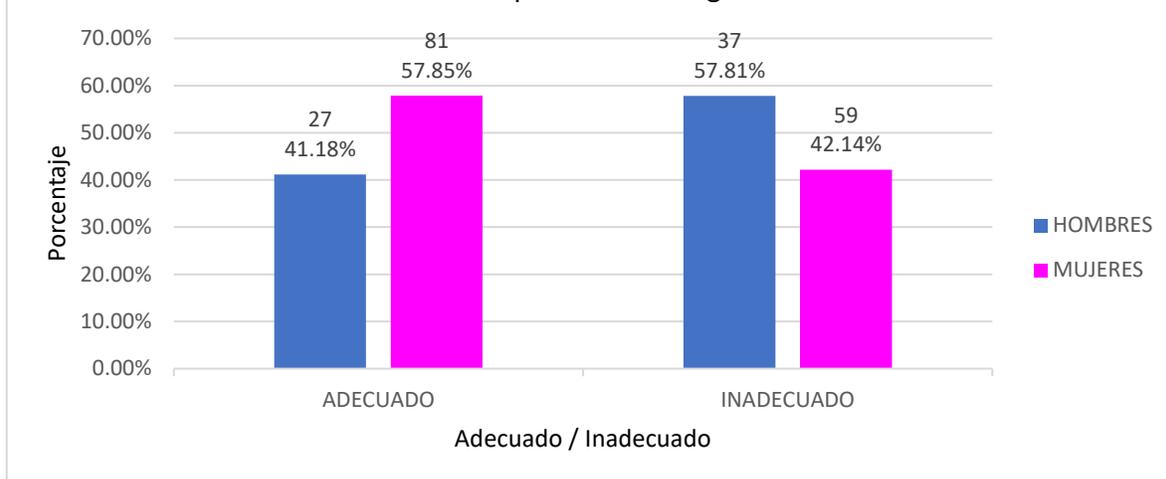
Tablas de Contingencia

1 ADECUADO/ 0 INADECUADO		2. ¿Cuál es tu sexo?		
		Hombre	Mujer	Total
Adecuado	Count	27.000	81.000	108.000
	% dentro de la columna	42.188 %	57.857 %	52.941 %
Inadecuado	Count	37.000	59.000	96.000
	% dentro de la columna	57.813 %	42.143 %	47.059 %
Total	Count	64.000	140.000	204.000
	% dentro de la columna	100.000 %	100.000 %	100.000 %

Contrastes Chi-cuadrado ▼

	Valor	gl	p
X ²	4.329	1	0.037

Gráfica 4. Muestra las respuestas adecuadas e inadecuadas por sexo, del porcentaje que se reduce el riesgo de embarazo con los anticonceptivos de emergencia.



Las mujeres tienen un mayor conocimiento del riesgo de embarazo con la utilización de la anticoncepción de emergencia, con respecto a los hombres. Prueba de Ji cuadrada (4.329), con un valor de P de 0.037. Las respuestas de la muestra (N=204) que se observan en la tabla de contingencia, muestra que 27 (42.18%, n=64) hombres contestaron de manera adecuada, y 81 (57.85%, n=120) mujeres.

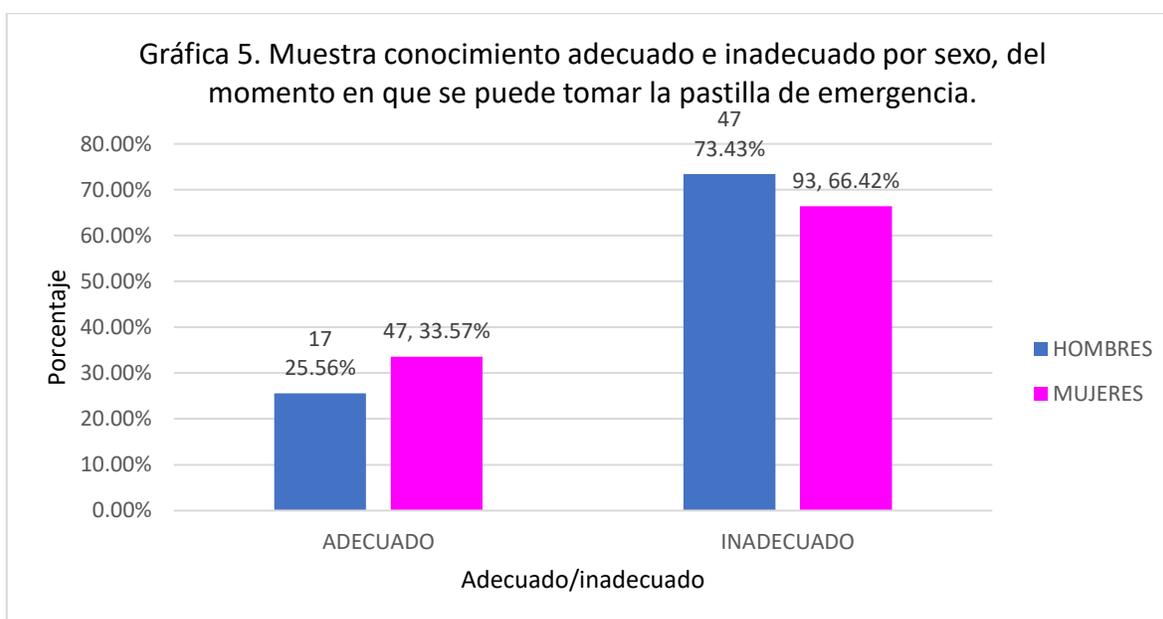
Tabla 5. Muestra el conocimiento adecuado e inadecuado por sexo, del momento en que se puede tomar la pastilla de emergencia.

Tablas de Contingencia ▼

1 ADECUADO/ 0 INADECUADO_22		2. ¿Cuál es tu sexo?		Total
		Hombre	Mujer	
Adecuado	Count	17.000	47.000	64.000
	% dentro de la columna	26.563 %	33.571 %	31.373 %
Inadecuado	Count	47.000	93.000	140.000
	% dentro de la columna	73.438 %	66.429 %	68.627 %
Total	Count	64.000	140.000	204.000
	% dentro de la columna	100.000 %	100.000 %	100.000 %

Contrastes Chi-cuadrado

	Valor	gl	p
X ²	1.002	1	0.317



No hay diferencia en el conocimiento del momento adecuado para la toma de pastilla de emergencia entre hombres y mujeres. Prueba de Ji cuadrada (1.002), con un valor de P de 0.317. Las respuestas de la muestra (N=204) que se observan en la tabla de contingencia, muestra que 17 (25.56%) hombres contestaron de manera adecuada (n=64), y 47 (33.57%) mujeres (n=120).

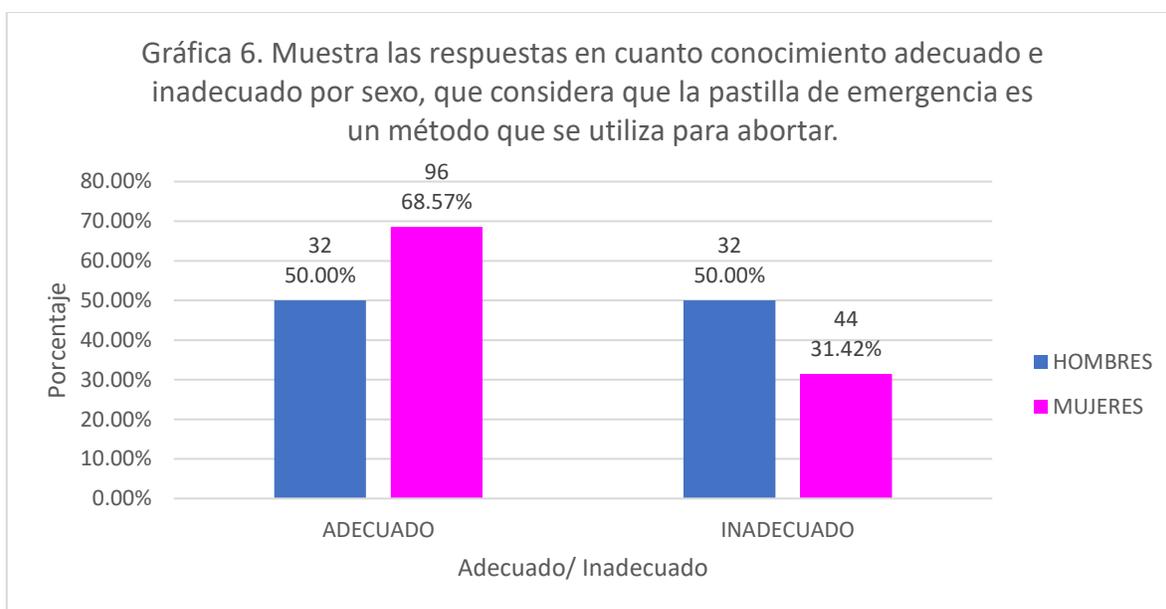
Tabla 6. Muestra las respuestas en cuanto conocimiento adecuado e inadecuado por sexo, que considera que la pastilla de emergencia es un método que se utiliza para abortar.

Tablas de Contingencia ▼

1 ADECUADO/ 0 INADECUADO_24		2. ¿Cuál es tu sexo?		
		Hombre	Mujer	Total
Adecuado	Count	32.000	96.000	128.000
	% dentro de la columna	50.000 %	68.571 %	62.745 %
Inadecuado	Count	32.000	44.000	76.000
	% dentro de la columna	50.000 %	31.429 %	37.255 %
Total	Count	64.000	140.000	204.000
	% dentro de la columna	100.000 %	100.000 %	100.000 %

Contrastes Chi-cuadrado

	Valor	gl	p
X ²	6.480	1	0.011



Las mujeres tienen un mayor conocimiento sobre si consideran que la pastilla de emergencia se utiliza para abortar con respecto a los hombres. Prueba de Ji cuadrada (6.480), con un valor de P de 0.011. Las respuestas de la muestra (N=204) que se observan en la tabla de contingencia, muestra que 32 (50.00%) hombres contestaron de manera adecuada (n=64), y 96 (68.57%) mujeres (n=120).

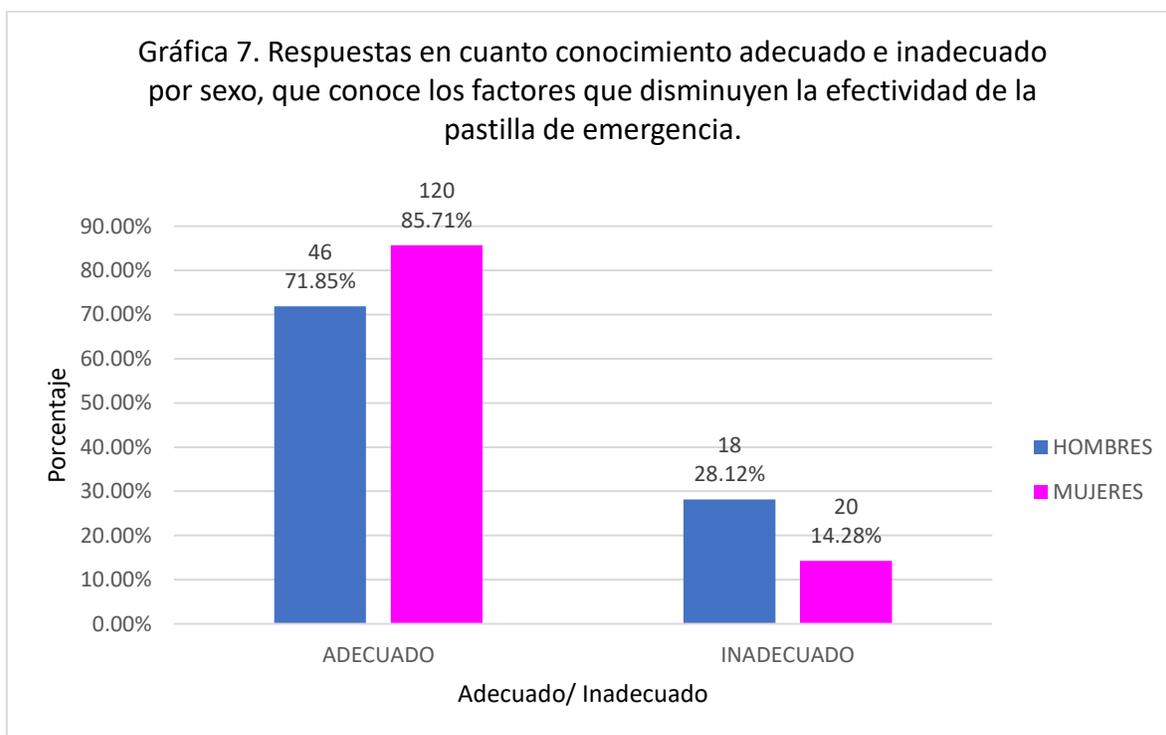
Tabla 7. Muestra las respuestas en cuanto conocimiento adecuado e inadecuado por sexo, que conoce los factores que disminuyen la efectividad de la pastilla de emergencia.

Tablas de Contingencia

1 ADECUADO/ 0 INADECUADO_26		2. ¿Cuál es tu sexo?		Total
		Hombre	Mujer	
Adecuado	Count	46.000	120.000	166.000
	% dentro de la columna	71.875 %	85.714 %	81.373 %
Inadecuado	Count	18.000	20.000	38.000
	% dentro de la columna	28.125 %	14.286 %	18.627 %
Total	Count	64.000	140.000	204.000
	% dentro de la columna	100.000 %	100.000 %	100.000 %

Contrastes Chi-cuadrado ▼

	Valor	gl	p
X ²	5.550	1	0.018



Las mujeres tienen un mayor conocimiento sobre los factores que disminuyen la efectividad de la pastilla de emergencia con respecto a los hombres. Prueba de Ji cuadrada (5.550), con un valor de P de 0.018. Las respuestas de la muestra (N=204) que se observan en la tabla de contingencia, muestra que 46 (71.85%)

hombres contestaron de manera adecuada (n=64), y 120 (85.71%) mujeres (n=120).

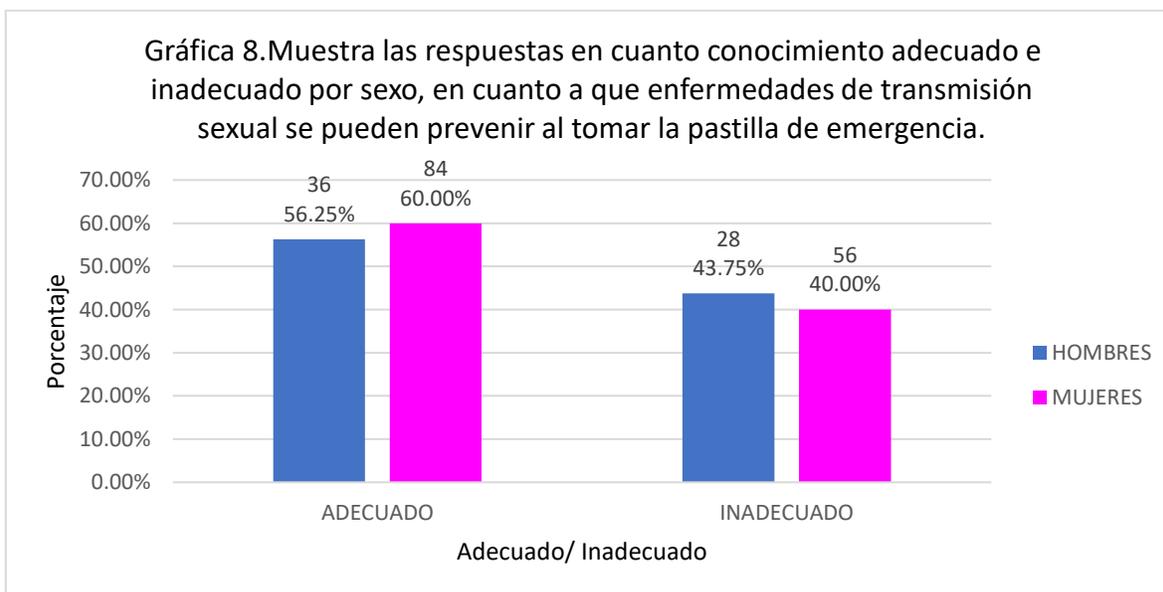
Tabla 8. Muestra las respuestas en cuanto conocimiento adecuado e inadecuado por sexo, en cuanto a que enfermedades de transmisión sexual se pueden prevenir al tomar la pastilla de emergencia.

Tablas de Contingencia

1 ADECUADO/ 0 INADECUADO_35		2. ¿Cuál es tu sexo?		Total
		Hombre	Mujer	
Adecuado	Count	36.000	84.000	120.000
	% dentro de la columna	56.250 %	60.000 %	58.824 %
Inadecuado	Count	28.000	56.000	84.000
	% dentro de la columna	43.750 %	40.000 %	41.176 %
Total	Count	64.000	140.000	204.000
	% dentro de la columna	100.000 %	100.000 %	100.000 %

Contrastes Chi-cuadrado ▼

	Valor	gl	p
X ²	0.255	1	0.614



No hay diferencia en el conocimiento entre hombres y mujeres de las enfermedades de transmisión sexual que se previenen con la toma de la pasilla de emergencia. Prueba de Ji cuadrada (0.255), con un valor de P de 0.614. Las respuestas de la muestra (N=204) que se observan en la tabla de contingencia, muestra que 36

(56.25%) hombres contestaron de manera adecuada (n=64), y 84 (60.00%) mujeres (n=120).

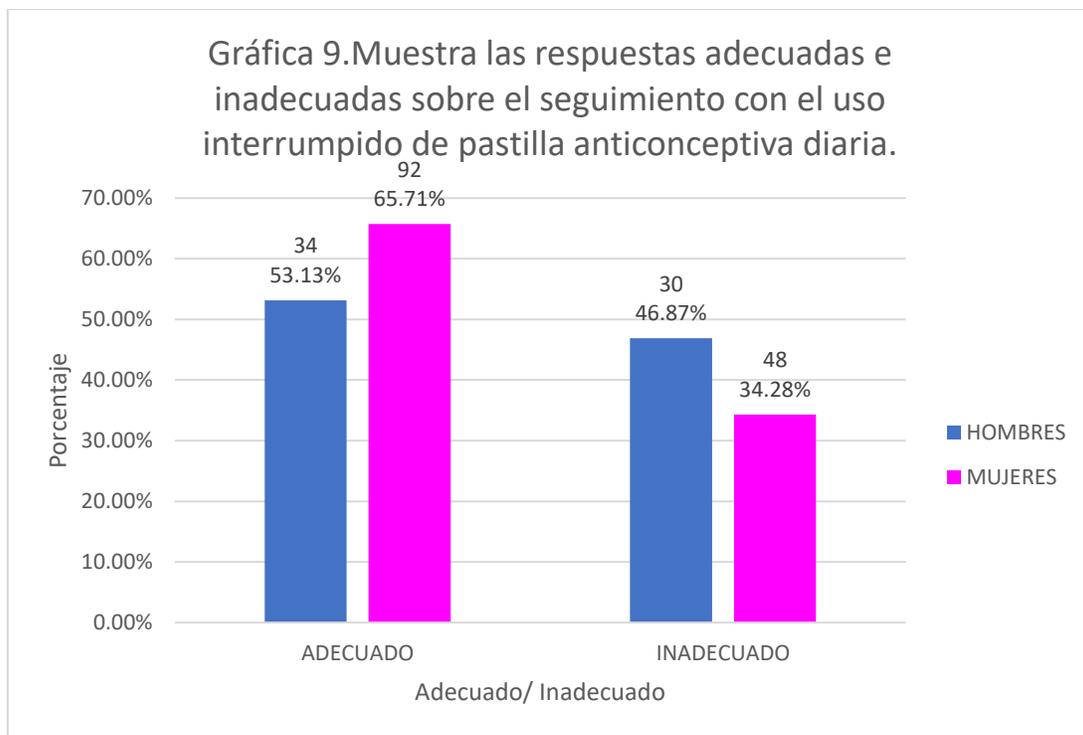
Tabla 9. Muestra las respuestas adecuadas e inadecuadas sobre el seguimiento con el uso interrumpido de pastilla anticonceptiva diaria.

Tablas de Contingencia

1 ADECUADO/ 0 INADECUADO_37		2. ¿Cuál es tu sexo?		Total
		Hombre	Mujer	
Adecuado	Count	34.000	92.000	126.000
	% dentro de la columna	53.125 %	65.714 %	61.765 %
Inadecuado	Count	30.000	48.000	78.000
	% dentro de la columna	46.875 %	34.286 %	38.235 %
Total	Count	64.000	140.000	204.000
	% dentro de la columna	100.000 %	100.000 %	100.000 %

Contrastes Chi-cuadrado ▼

	Valor	gl	p
X ²	2.948	1	0.086



No hay diferencia en el conocimiento entre hombres y mujeres sobre el seguimiento con el uso interrumpido de pastilla anticonceptiva diaria. Prueba de Ji cuadrada (2.948), con un valor de P de 0.086. Las respuestas de la muestra (N=204) que se

observan en la tabla de contingencia, muestra que 34 (53.12%) hombres contestaron de manera adecuada (n=64), y 92 (65.71%) mujeres (n=120).

RESULTADOS DE ACTITUDES

Tabla 10. Muestra el número de actitudes de manera adecuada por la muestra (N=204), la prueba de U de Mann-Whitney, Verificación de supuesto con Prueba de Shapiro-Wilk, descriptivos por sexo, la media y la moda.

Contraste T para Muestras Independientes

Contraste T para Muestras Independientes

	W	gl	p
TOTAL ACTITUDES ADECUADAS_82	4045.000		0.250

Nota. Contraste U de Mann-Whitney.

Verificaciones de Supuestos

Contraste de Normalidad (Shapiro-Wilk)

		W	p
TOTAL ACTITUDES ADECUADAS_82	Hombre	0.955	0.019
	Mujer	0.910	< .001

Nota. Los resultados significativos sugieren una desviación respecto a la Normalidad.

Descriptivos

Group Descriptives

	Grupo	N	Media	DT	ET
TOTAL ACTITUDES ADECUADAS_82	Hombre	64	3.563	1.531	0.191
	Mujer	140	3.864	1.195	0.101

Estadísticos Descriptivos ▼

TOTAL ACTITUDES ADECUADAS_82	
Válido	204
Moda	4.000

Se realiza análisis con respecto a las actitudes adecuadas de los anticonceptivos de emergencia con el programa JASP, se realiza prueba de normalidad con Shapiro-Wilk con un valor de p de 0.019 (Shapiro-Wilk 0.955) para los hombres y un valor de $P < 0.001$ (Shapiro-Wilk de 0.910) para las mujeres, sin normalidad de la muestra (N=204), por lo que se utiliza U de Mann-Whitney mostrando una P de 0.250 lo que determina que no es significativa. Por lo que se infiere que no hay una diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a actitudes tomadas. En el análisis descriptivo mostro una media de 3.5 para los hombres (N=64) y una media de 3.8 (N=140) para las mujeres.

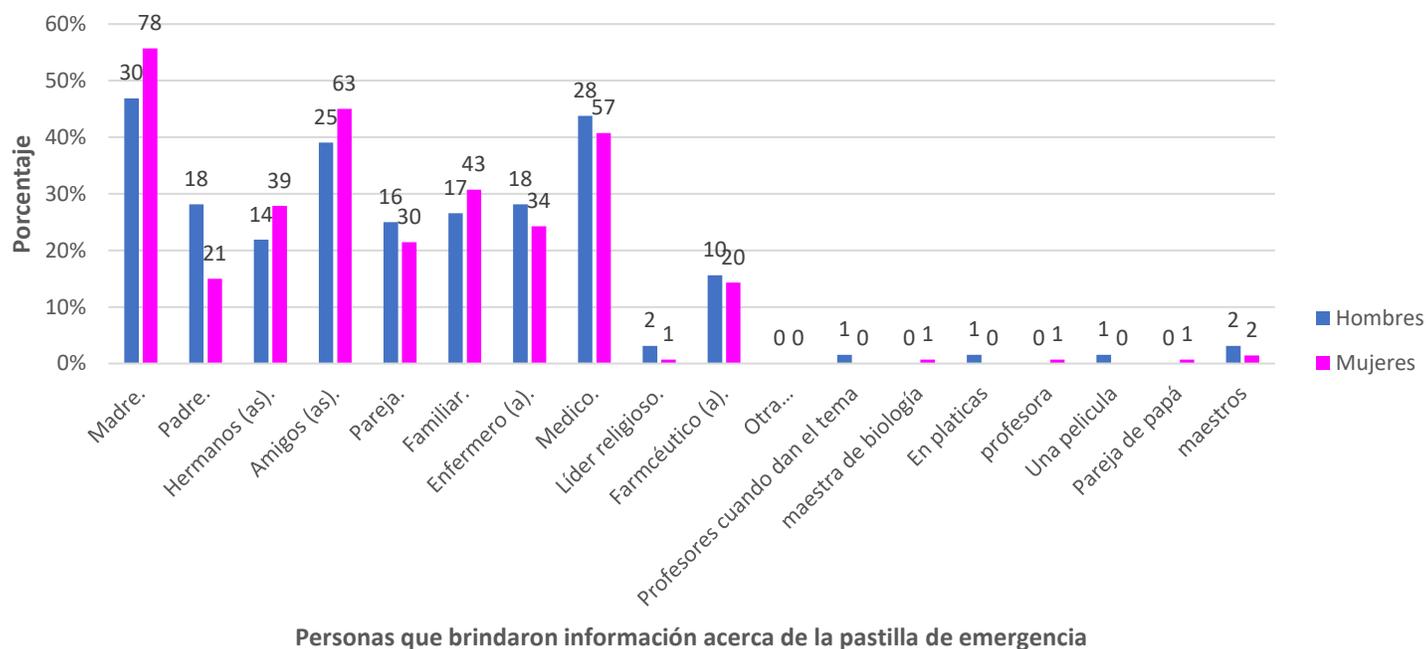
El número de actitudes adecuadas más frecuente contestado por la a muestra (N=204), fue de 3 actitudes adecuada de un total de 8 actitudes de los anticonceptivos de emergencia.

Tabla 11. Distribución de las respuestas proporcionadas por la población de estudio, sobre las personas que brindan información acerca de la pastilla de emergencia.

Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Cantidad	Porcentaje Total
Madre.	30	47%	78	56%	108	53%
Padre.	18	28%	21	15%	39	19%
Hermanos (as).	14	22%	39	28%	53	26%
Amigos (as).	25	39%	63	45%	88	43%
Pareja.	16	25%	30	21%	46	23%
Familiar.	17	27%	43	31%	60	29%
Enfermero (a).	18	28%	34	24%	52	25%
Medico.	28	44%	57	41%	85	42%
Líder religioso.	2	3%	1	1%	3	1%
Farmacéutico (a).	10	16%	20	14%	30	15%
Otra...	0	0%	0	0%	0	0%
Profesores cuando dan el tema	1	2%	0	0%	1	
maestra de biología	0	0%	1	1%	1	
En pláticas	1	2%	0	0%	1	
profesora	0	0%	1	1%	1	
Una película	1	2%	0	0%	1	
Pareja de papá	0	0%	1	1%	1	
maestros	2	3%	2	1%	4	

Fuente: Cuestionario de recolección de datos de “conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33.”

Gráfica 11: Distribución de las respuestas proporcionadas por la población de estudio, sobre las personas que brindan información acerca de la pastilla de emergencia.

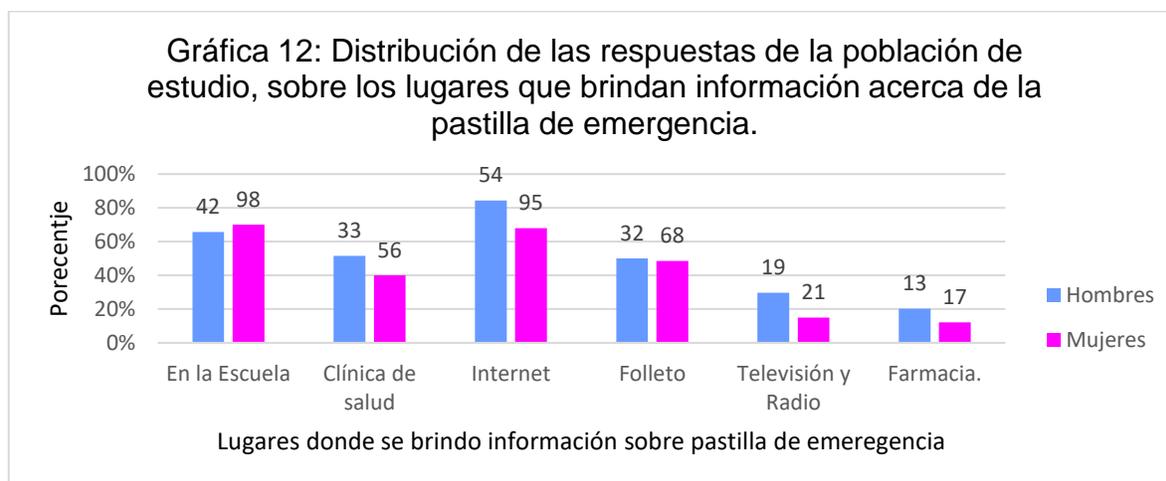


En el estudio la muestra (N=204), 78 (56%, n=140) mujeres respondieron que recibían información acerca de la pastilla de emergencia fue de su madre en primer lugar, en segundo lugar, de amigos (as) con 63 (45%, n=140) mujeres y en tercer lugar por un médico con 57 (41%, n=140) mujeres. En cuanto a los hombres (n=64), recibieron información en primer lugar de su madre con 30 (47%, n=64) hombres, en segundo lugar, respondieron que con un médico con 28 hombres (44%, n=64) y en tercer lugar por amigos con 25 (39%, n=64) hombres. Lo que podemos concluir que los y las adolescentes reciben información sobre la pastilla de emergencia principalmente por su madre.

Tabla 12. Distribución de las respuestas de la población de estudio, sobre los lugares que brindan información acerca de la pastilla de emergencia.

Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Total	% Total
En la Escuela	42	66%	98	70%	140	69%
Clínica de salud	33	52%	56	40%	89	44%
Internet	54	84%	95	68%	149	73%
Folleto	32	50%	68	49%	100	49%
Televisión y Radio	19	30%	21	15%	40	20%
Farmacia.	13	20%	17	12%	30	15%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos de "conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33."

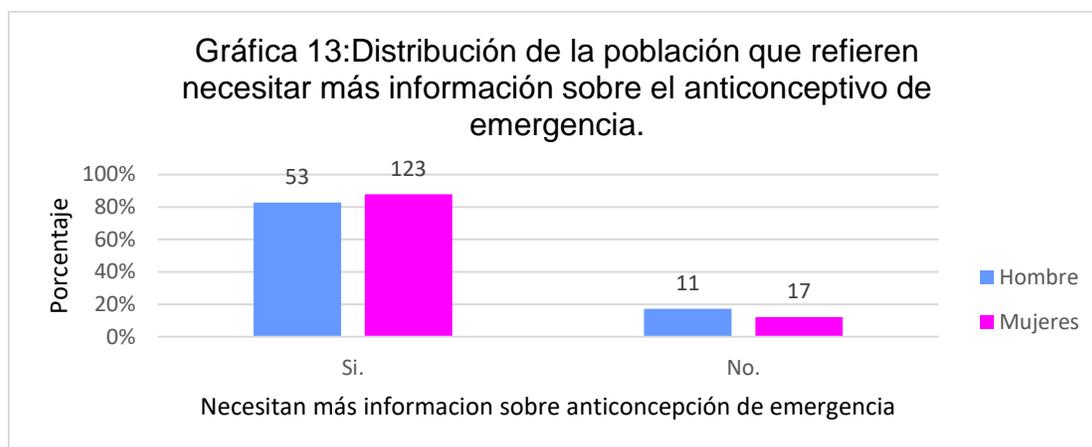


En el estudio la muestra (N=204), 98 (70%, n=140) mujeres respondieron sobre el lugar donde se les brindó información sobre la pastilla de emergencia, fue en la escuela en primer lugar, en segundo lugar, de internet con 95 (68%, n=140) mujeres y en tercer lugar por un folleto con 68 (49%, n=140) mujeres. En cuanto a los hombres (n=64), sobre el lugar donde se les brindó información sobre la pastilla de emergencia fue de Internet con 54 (84%, n=64) hombres, en segundo lugar, respondieron que en la escuela con 42 (66%, n=64) hombres y en tercer lugar por la clínica de salud con 33 (52%, n=64) hombres. Lo que podemos concluir que las mujeres reciben información principalmente en la escuela y los hombres en el Internet.

Tabla 13. Distribución de la población que refieren necesitar más información sobre el anticonceptivo de emergencia.

Necesitan información	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Total	% Total
Si.	53	83%	123	88%	176	86%
No.	11	17%	17	12%	28	14%
Total	64	100%	140	100%	204	100%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos de “conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33.”



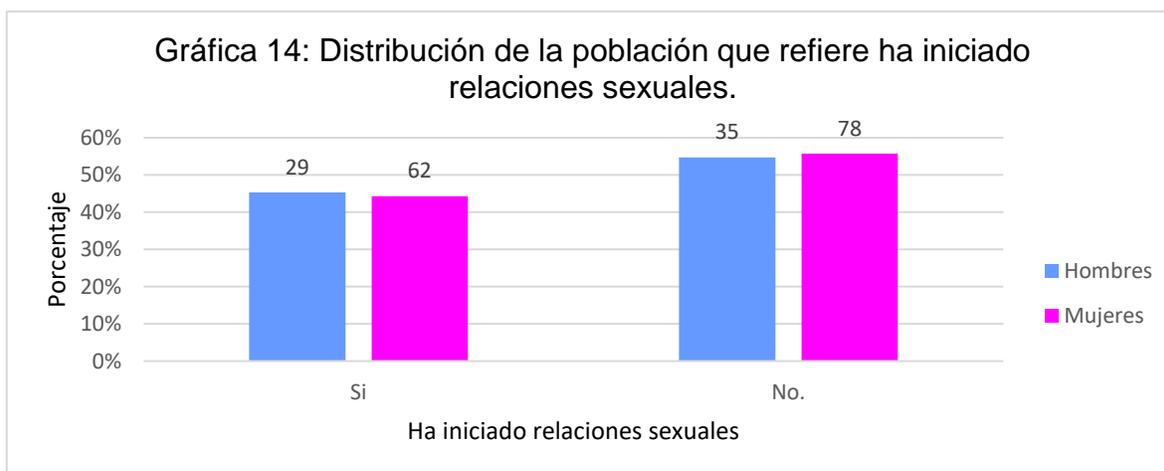
En el estudio la muestra (N=204), revelo que 123 (88%, n=140) mujeres y 53 (83%, n=64) hombres refieren necesitar más información sobre la anticoncepción de emergencia.

RESULTADOS DE PRACTICAS

Tabla 14. Distribución de la población que refiere ha iniciado relaciones sexuales.

Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Total	Total %
Si	29	45%	62	44%	91	44.6%
No.	35	55%	78	56%	113	55.4%
Total	64	100%	140	100%	204	100%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos de "conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33."



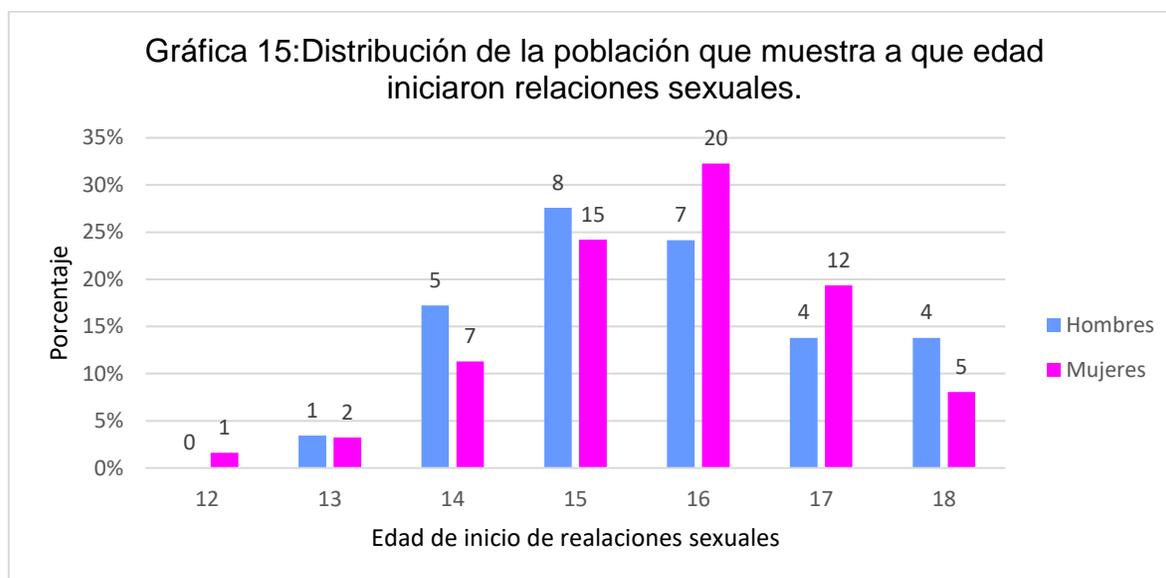
De la muestra analizada (N=204), de las cuales 91 (44.6) respondieron que habían iniciado relaciones sexuales de las cuales 29 (45%, n=64) fueron hombres y 62 (44%, n=140) mujeres, de lo que podemos inferir que la población de hombres ha iniciado relaciones sexuales mas que las mujeres con diferencia del 1%.

Tabla 15. Distribución de la población por sexo, que muestra a que edad de inicio relaciones sexuales.

En esta tabla se tomó la población resultante de la gráfica anterior, de la población que manifestó SI haber iniciado relaciones sexuales con un total de 91 respuestas afirmativas.

Edad inicio de relaciones sexuales	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Total	% Total
12	0	0%	1	2%	1	1.10%
13	1	3%	2	3%	3	3.30%
14	5	17%	7	11%	12	13.19%
15	8	28%	15	24%	23	25.27%
16	7	24%	20	32%	27	29.67%
17	4	14%	12	19%	16	17.58%
18	4	14%	5	8%	9	9.89%
Total	29	100%	62	100%	91	100.00%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos de “conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33.”



Estadísticos Descriptivos

24. ¿A qué edad tuviste relaciones sexuales? [años]		
	Hombre	Mujer
Válido	29	62
Moda	15.000	16.000

De la muestra analizada (N=204), 91 (44.6 %) personas contestaron haber iniciado relaciones sexuales, la edad de inicio de relaciones sexuales más frecuente para

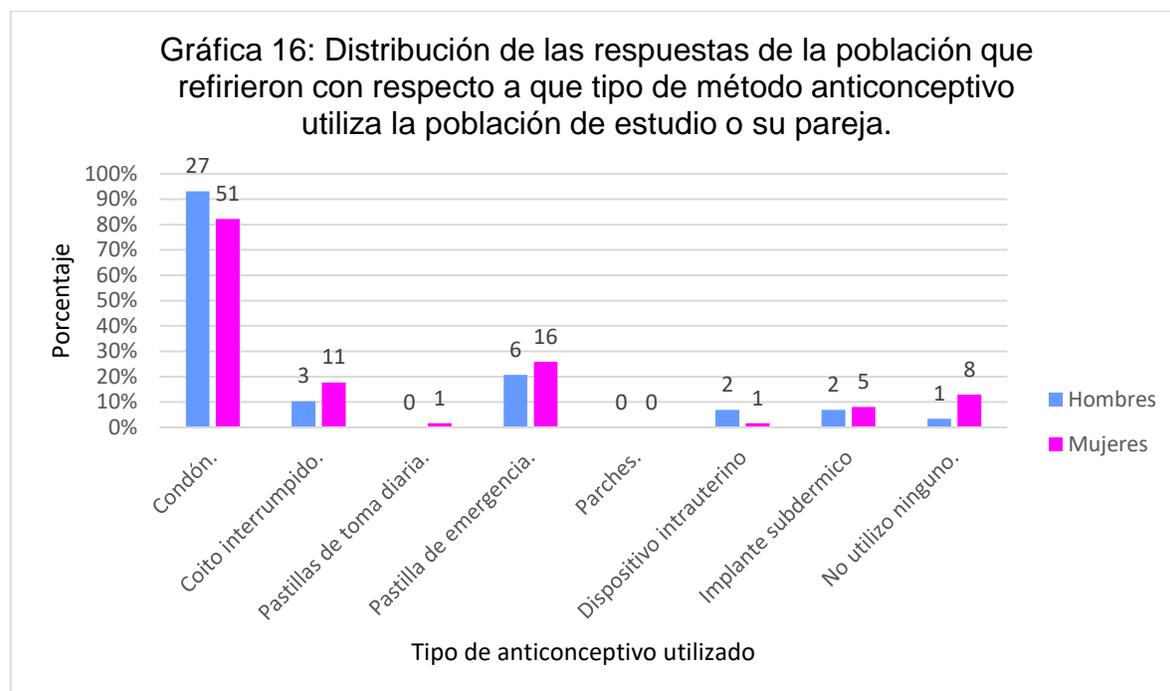
los hombres (n=29) fue de 15 años y 16 años para las mujeres (n=62). Por lo que podemos inferir que los hombres inician vida sexual antes que las mujeres.

Tabla 16. Distribución de las respuestas de la población que refirieron con respecto a que tipo de método anticonceptivo utiliza la población de estudio o su pareja.

En esta tabla se tomó la población que manifestó SI haber iniciado relaciones sexuales con un total de 91 respuestas afirmativas. Con un total de 29 hombres y 62 mujeres.

Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Total	% Total
Condón.	27	93%	51	82%	78	85.71%
Coito interrumpido.	3	10%	11	18%	14	15.38%
Pastillas de toma diaria.	0	0%	1	2%	1	1.10%
Pastilla de emergencia.	6	21%	16	26%	22	24.18%
Parches.	0	0%	0	0%	0	0.00%
Dispositivo intrauterino	2	7%	1	2%	3	3.30%
Implante subdérmico	2	7%	5	8%	7	7.69%
No utilizo ninguno.	1	3%	8	13%	9	9.89%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos de “conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33.”



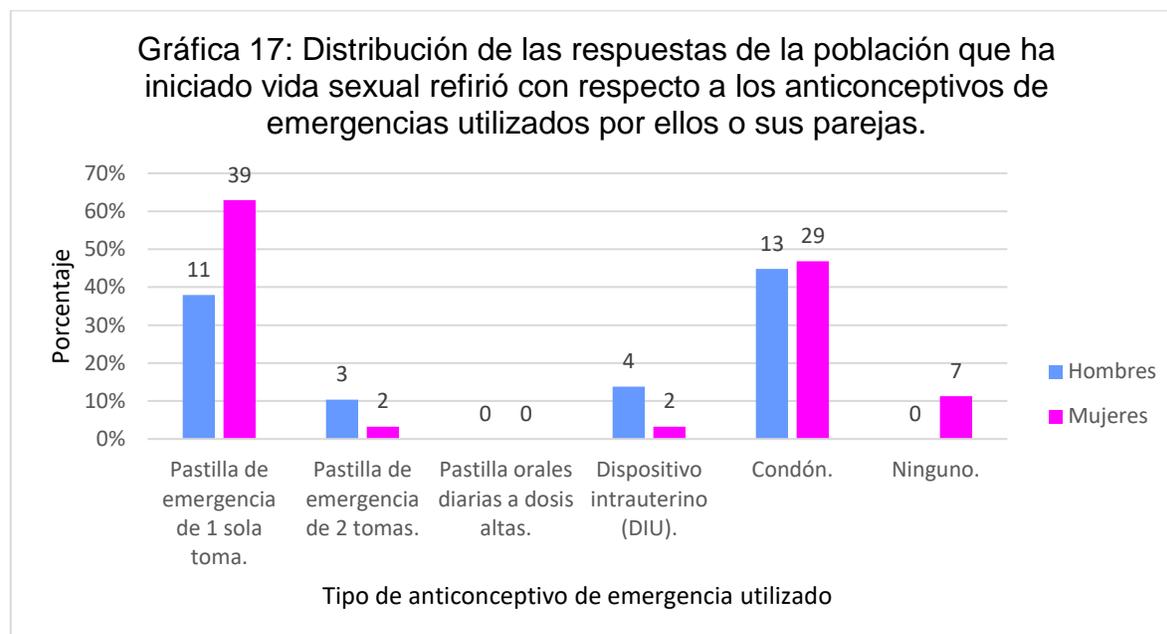
De la muestra analizada de los que refirieron haber iniciado relaciones sexuales (n=91). El anticonceptivo más frecuente que utilizan la muestra o sus parejas es el Condón o preservativo masculino, con 27 (93%, n=29) hombres y 51 (82%, n=62) mujeres. Por lo que podemos inferir que el anticonceptivo más utilizado entre hombres y mujeres es el condón.

Tabla 17. Distribución de las respuestas de la población que ha iniciado vida sexual refirió con respecto a los anticonceptivos de emergencias utilizados por la población de estudio o sus parejas.

En esta tabla se tomó la población que manifestó SI haber iniciado relaciones sexuales con un total de 91 respuestas afirmativas. Con un total de Hombres de 29 y un total de mujeres de 61.

Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Total	% Total
Pastilla de emergencia de 1 sola toma.	11	38%	39	63%	50	55%
Pastilla de emergencia de 2 tomas.	3	10%	2	3%	5	5%
Pastillas orales diarias a dosis altas.	0	0%	0	0%	0	0%
Dispositivo intrauterino (DIU).	4	14%	2	3%	6	7%
Condón.	13	45%	29	47%	42	46%
Ninguno.	0	0%	7	11%	7	8%
Total, de la población	29	100%	62	100%	91	100%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos de “conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33.”



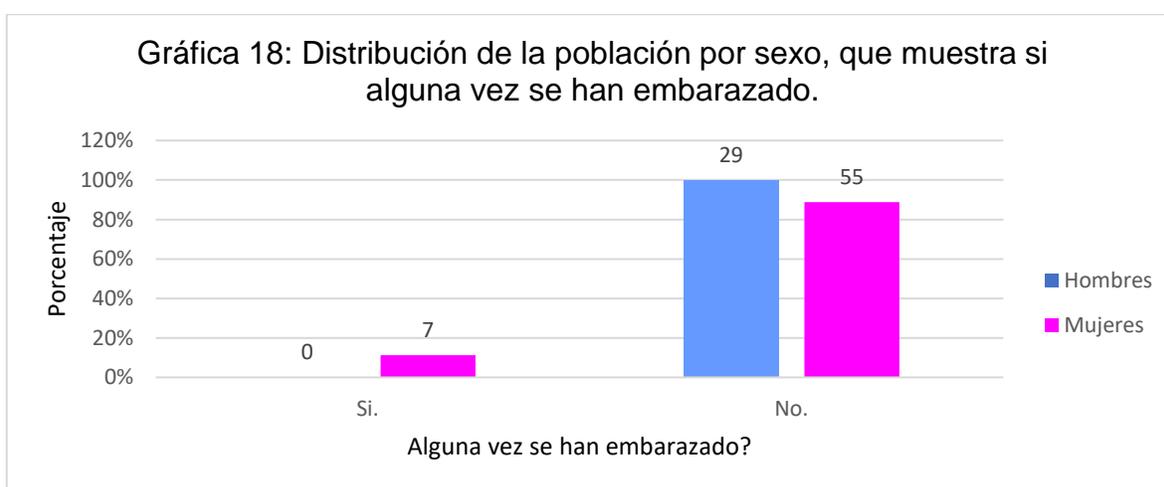
De la muestra analizada de los que refirieron haber iniciado relaciones sexuales (n=91). El anticonceptivo de emergencia más frecuente utilizado por la muestra o sus parejas es la pastilla de 1 sola toma con 11(38%, n=29) hombres y 39 (63%, n=62) mujeres. Por lo que podemos inferir que el anticonceptivo de emergencia más

utilizado tanto por las parejas de los hombres de la población estudiada, como mujeres es la pastilla de emergencia de 1 sola toma.

Tabla 18. Distribución de la población por sexo, que muestra si alguna vez se han embarazado, la muestra o su pareja.

En esta tabla se tomó la población que manifestó SI haber iniciado relaciones sexuales con un total de 91 respuestas afirmativas. Con un total de Hombres de 29 y un total de mujeres de 61.

Alguna vez se han embarazado	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Total	% Total
Si.	0	0%	7	11%	7	8%
No.	29	100%	55	89%	84	92%
Total	29	100%	62	100%	91	100%



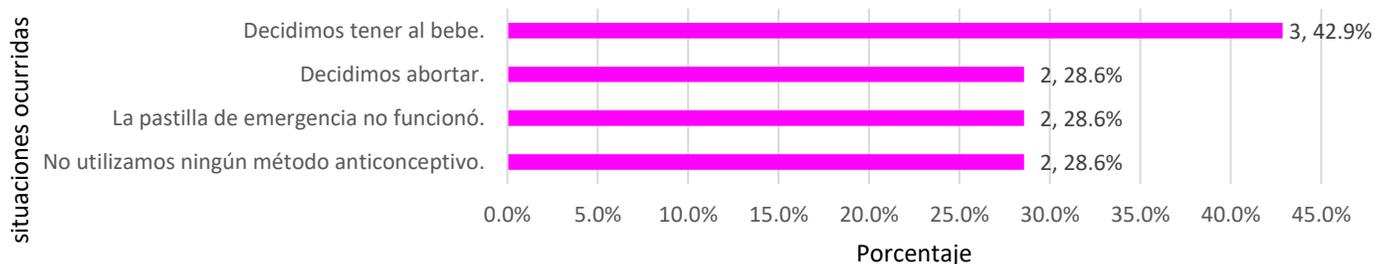
De la muestra analizada de los que refirieron haber iniciado relaciones sexuales (n=91). La muestra o su pareja respondieron haberse embarazado con 0(0%, n=29) hombres y 7 (11%, n=62) mujeres.

Tabla 19. Tabla que muestra las respuestas de situaciones ocurridas posterior a un embarazo en la población estudiada.

En esta tabla se tomó la población que manifestó haberse embarazado de las cuales todas son del sexo femenino con un total de 7 mujeres.

Situaciones ocurridas	Respuestas	% de respuestas
No utilizamos ningún método anticonceptivo.	2	28.6%
La pastilla de emergencia no funcionó.	2	28.6%
Decidimos abortar.	2	28.6%
Decidimos tener al bebe.	3	42.9%
Total, de la población	7	

Gráfica 19: Muestra las respuestas de situaciones ocurridas posterior a un embarazo en la población estudiada.



De la muestra analizada de los que refirieron haberse embarazado ya se la muestra o sus parejas (n=7) y todas del sexo femenino. 3(42.9%) refirieron haber tenido al bebe, 2 (28.6%) refirieron haber abortado, 2 (28.6%) personas refirieron que se embarazaron por que la pastilla de emergencia no funcionó.

DISCUSION

En la presente investigación se comparó a hombres y mujeres sobre los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la anticoncepción de emergencia. Con una muestra (N=204) adolescentes de los cuales 64 (31%) fueron hombres y 120 (69%) mujeres, con un rango de edad de 15-19 años. Los resultados mostraron que las mujeres (media de 3.7) tienen un mayor conocimiento adecuado sobre anticonceptivos de emergencia comparado con los hombres (media de 3.0), realizado con prueba U de Mann-Whitney con P de 0.001. El número de respuestas adecuadas contestadas por la muestra fue de 3 de un total de 7 preguntas con respecto al conocimiento de anticonceptivos de emergencia. Esto se asemeja al estudio realizado por Jatlaoui, T en 2015, que mostro que las mujeres jóvenes (86%) informaron tasas más altas de “escuchar sobre la anticoncepción de emergencia” que los hombres jóvenes (70%). Existen brechas significativas en el conocimiento del uso adecuado de las píldoras de anticoncepción de emergencia. Sin embargo se discrepa con el estudio realizado por Tapia et al dónde los hombres tuvieron un mayor conocimiento del uso correcto de anticoncepción de emergencia.

Las mujeres con 81 (57.85%, n=120) tienen mayor conocimiento adecuado comparado con los hombres 27 (42.18%, n=64) al conocimiento del porcentaje que reduce el riesgo de embarazo con los métodos anticonceptivos de emergencia, cuando se usan de manera adecuada. Ji cuadrada de 4.329, y un valor de P de 0.037.

No hay diferencia en el conocimiento del momento adecuado para la toma de pastilla de emergencia entre hombres y mujeres. Muestra que 17 (25.56%, n=64) hombres contestaron de manera adecuada, y 47 (33.57%, n=120) mujeres contestaron de manera adecuada. Prueba de Ji cuadrada (1.002), con un valor de P de 0.317.

Las mujeres tienen un mayor conocimiento sobre si consideran que la pastilla de emergencia se utiliza para abortar con respecto a los hombres. Muestra que 32 (50.00%, n=64) hombres contestaron de manera adecuada, y 96 (68.57%, n=120) mujeres contestaron de manera adecuada. Prueba de Ji cuadrada (6.480), con un valor de P de 0.011.

No hay diferencia en el conocimiento entre hombres y mujeres de las enfermedades de transmisión sexual que se previenen con la toma de la pasilla de emergencia. Muestra que 36 (56.25%, n=64) hombres contestaron de manera adecuada, y 84 (60.00%, n=120) mujeres. Prueba de Ji cuadrada (0.255), con un valor de P de 0.614.

Tal como se muestra en el estudio realizado por Leite et al (2020), en un estudio transversal, con una muestra de 148 adolescentes de 11-19 años, con el objetivo de analizar el grado de conocimiento de las adolescentes brasileñas sobre anticoncepción de emergencia, mostraron que entre los 15-19 años dijeron que los anticonceptivos de emergencia previenen el 80 % del embarazo y debe usarse dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección. Y solo el 41.2% entre 10-14 años y el 88.4% entre 15-19 saben que previene la fecundación, así como una porción significativa (17,6-41,2%) cree que la anticoncepción de emergencia causa aborto, cáncer, infertilidad y malformaciones fetales. Nuestras cifras se asemejan a las suyas. Excepto en el momento justo de la toma de la pastilla que es a las 72 horas, ya que Leite, muestra un 80 % y este estudio demuestra que solo el 33.5% de mujeres y 25.5% de los hombres saben que debe usarse la pastilla anticonceptiva de emergencia posteriores a las 72 horas de la relación sexual.

En cuanto a las actitudes adecuadas de los anticonceptivos de emergencia se muestra que No hay una diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a actitudes tomadas. Se utiliza U de Mann-Whitney mostrando una P de 0.250 lo que determina que no es significativa. En el análisis descriptivo mostro una media de 3.5 para los hombres (N=64) y una media de 3.8 (N=140) para las mujeres. El número de actitudes adecuadas más frecuente contestado por la a muestra (N=204), fue de 3 actitudes adecuada de un total de 8 actitudes de los anticonceptivos de emergencia.

En este estudio el lugar dónde se brinda información para la pastilla de emergencia con 98 (70%, n=140) mujeres, en primer lugar, la escuela, segundo lugar el internet con 95 (68%, n=140) mujeres y en tercer lugar el folleto con 68 (49%, n=140) mujeres; en el caso de los hombres el primer lugar fue el internet con 54 (84%, n=64) hombres, segundo lugar la escuela con 42 (66%, n=64) hombres y en tercer lugar la clínica de salud con 33 (52%, n=64). Como la investigación realizada por Halpern Et. al. muestra una mayor probabilidad de uso de anticonceptivos de emergencia en adolescentes con acceso a Internet en la escuela y/o en el hogar. Es probable que estos adolescentes usen Internet para acceder a información sobre anticonceptivos de emergencia y un lugar desde el cual obtener un anticonceptivo de emergencia.

En el presente estudio revelo que los adolescentes refieren necesitar más información sobre la anticoncepción de emergencia con 123 (88%, n=140) mujeres y 53 (83%, n=64) hombres, tal como se asemeja en el estudio de Tapia en 2005 donde el 78% de su población estudiada admitió que le gustaría tener más información sobre anticoncepción de emergencia.

De la muestra analizada de los que refirieron haber iniciado relaciones sexuales (n=91). El anticonceptivo de emergencia más frecuente utilizado por la muestra o sus parejas es la pastilla de 1 sola toma con 11(38%, n=29) hombres y 39 (63%, n=62) mujeres. Por lo que podemos inferir que el anticonceptivo de emergencia más

utilizado tanto por las parejas de los hombres de la población estudiada, como mujeres es la pastilla de emergencia de 1 sola toma.

De nuestra población estudiada 7 mujeres respondieron haberse embarazado con 0(0%, n=29) hombres y 7 (11%, n=62) mujeres, de las cuales 3 decidieron tener al bebe (42.9%), 2 (28.6%) refirieron haber abortado.

CONCLUSIÓN

En este trabajo se comparó los conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33. La población se eligió de una preparatoria con población que cubre los servicios de salud la unidad de medicina familiar No. 33. Al comparar estas variables, nos brinda una perspectiva más amplia sobre las áreas de oportunidad en los servicios de salud, escuela, padres de familia y maestros para la correcta utilización de los métodos anticonceptivos de emergencia, ya que de esto depende la prevención de un embarazo adolescente, con sus consecuentes complicaciones.

En este trabajo se Identificó los conocimientos de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes, donde pudimos encontrar por principio que hay más población femenina (n=140) que masculina (n=64), con un rango de edad de los 15-19 años de edad, mostrando que las mujeres con una media de 3.7, tienen mayor conocimiento adecuado comparado con los hombres, con una media de 3.0 utilizando U de Mann-Witney, con una P de 0.001.

En este trabajo se descubrió las actitudes de la anticoncepción de emergencia comparado ente hombres y mujeres adolescentes es mayor en las mujeres, con una media de 3.8 y una media para los hombres de 3.5, sin embargo no hay una diferencia significativa. De lo que se desprende que el principal lugar dónde los adolescentes mujeres reciben información sobre la pastilla de emergencia, contestaron que es la escuela 70%(n=120), en segundo lugar, el internet (68%n=120) y en tercero de un folleto 49% (n=120). En cuanto a los hombres el primer lugar donde reciben información es el internet con 84%(n=64), en segundo lugar, la escuela con 66%(n=64), y en tercer lugar la clínica de salud dónde contestaron solo 33 hombres con un 52% (n=64). Por lo que nos damos cuenta de que en este caso la escuela ha sido la encargada de brindar la información, sin embargo, a pesar de que los y las adolescentes también refieren necesitar más información sobre la anticoncepción de emergencia en general, con 88% de las mujeres (n=140) y 83% de los hombres (n= 64). A si mismo pudimos concluir que la principal persona que brinda la información sobre el uso de pastilla de emergencia en las mujeres es en primer lugar con 56% (n=140) es su madre, en segundo lugar, con 45% (n=140) de las amigas (os) y en tercer lugar con 41% (n=140) con un médico. Y los Hombres en primer lugar con 47% (n=64), por su madre, al igual que las mujeres, en segundo lugar, con 44% (n=64), con un médico, y en tercer lugar con amigos con un 39% (n=64). De lo que podemos concluir que la persona de quien principalmente brinda información es la

madre, de amigos y de un médico, suponemos que esto es por la confianza que existe entre el vínculo con su madre, sin embargo, no es lo ideal, si no que fuera un médico ya que él supondría tener los conocimientos adecuados para la correcta utilización de la pastilla de emergencia, y los demás anticonceptivos de emergencia como el Dispositivo intrauterino. En este trabajo se describieron, las prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes, que demostró que en nuestra población de estudio (n=204) el 44.6% ya había iniciado relaciones sexuales, 45% de hombres (n=64) y 44 % de mujeres (n=120), y las edad que más frecuentemente iniciaron vida sexual fue con 16 años de las mujeres y 15 años en los hombres, a los que le siguen en segundo lugar 15 años en las mujeres y 16 años en los hombre, y en tercer lugar 17 años en las mujeres y 14 años en los hombres en nuestra población hubo 1 persona que refirió inicia vida sexual a los 12 años, y fue del sexo femenino.

El tipo de anticonceptivo más utilizado es el Condón tanto en masculino y femenino, y el principal método anticonceptivo de emergencia utilizado fue la pastilla de emergencia de 1 sola toma. Resultaron 7 femeninas embarazadas, de las cuales 3 contestaron que decidieron tener al bebe, 2 decidieron abortar. Lo que nos indica que a pesar de la utilización de métodos anticonceptivos aún hay áreas de oportunidad que reforzar a las y los adolescentes para que no haya un impacto negativo a nivel de salud, social y emocional que les impida desarrollarse de manera armónica e integral.

BIBLIOGRAFIA

1. Hidalgo M, Ceñal M, Hidalgo M. Pubertad y adolescencia. *Adolescere*[internet]. 28 febrero2017 [citado 5 mayo 2021];1:7-22. Disponible en:
2. Fernández A. Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *Educación* [internet].2014 [citado 31 marzo 2021].50 (2); 455-466. Disponible en: [Redalyc.Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas](#)
3. Calderón I, Columbié A, Delgado M, Rodríguez M, Rodríguez X, Barja de la Fuente E. Consecuencias negativas de la sexualidad no responsable en la adolescencia. *Revista información científica. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo*. 2008 [citado 31 marzo 2021]; 58
4. Garita A, Flores B, Ruiz A, Oceli C, Nava R, Valdés M. Embarazo y maternidad en la adolescencia. México: save the children; 2016 [citado 31 marzo 2021].
5. Centro nacional para la salud de la infancia y adolescencia. *¿Qué es la adolescencia?*. Disponible en: [¿Qué es la adolescencia? | Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](#) 2019[citado 2 mayo 2021]
6. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud, 2016 [citado 2 mayo 2021]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/#:~:text=la%20oms%20define%20la%20adolescencia,10%20y%20los%2019%20a%20c%20b1os.
7. Carrillo P, García A, Soto M, Rodríguez V, Pérez J, Martínez D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la facultad de medicina de la UNAM* [internet]. Enero 2021 [citado 3 mayo 2021]; 64(1): 39-48. Disponible en: [un211g.pdf \(medigraphic.com\)](#)
8. Robaina J, Hernández F, Ruiz L. Consideraciones actuales sobre el embarazo en la adolescencia. *Univ Méd Pinareña* [internet]. 2019 [citado 3 mayo 2021]; 15 (1): 123-133. Disponible en: [ump191o.pdf \(medigraphic.com\)](#)
9. Navarro M. De la atención primaria a la prevención del embarazo en adolescentes. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud – OMS, 2019 [citado 3 mayo 2021]. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/historias/atencion-primaria-prevencion-embarazo-adolescentes>

10. Durand-Carbajal M. Anticoncepción de emergencia en la práctica clínica. *Ginecol obstet mex.* 2020[citado 3 mayo 2021]; 88(1)
11. Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2012[citado 3 mayo 2021]; 38(3).
12. Fondo de población de las Naciones Unidas. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México, Milena 1.0. México. 2018 [citado 3 mayo 2021]. Disponible en: [milena_mexico_2020.pdf \(unfpa.org\)](#)
13. Organización Mundial de la Salud. Día nacional para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud – OMS; 2016[citado 3 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.paho.org/mex>
14. Guerra R. Factores psicosociales que llevan al embarazo precoz en adolescentes entre 15 y 20 años en la UMF-73 [Tesis]. Veracruz, México: Universidad Veracruzana; 2014 [citado 3 mayo 2021]. Recuperado de: https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/tesis_raquel.pdf
15. Herrera V. Atención prenatal. Capítulo 29. Parte VI. En: Álvarez R. Temas de medicina general integral. Salud y medicina. La Habana, Cuba: Ecimed; 2008.[citado 4 mayo 2021] P. 225-231, 250.
16. Secretaría de salud. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. *Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.* 1993:1-68. Disponible en: [Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar \(cndh.org.mx\)](#). (acceso 4 mayo 2021)
17. Danielle B, Mahdy H. Oral contraceptive pills/StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). *Oral Contraceptive Pills.* 13 julio 2021 [5 agosto 2021]. Disponible en: [Oral Contraceptive Pills - StatPearls - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)
18. Scholes D, LaCroix A, Ichikawa L, Barlow W, Ott S. Injectable Hormone contraception and Bone Density: results from a prospective Study. *Epidemiology [internet].* 2002 [citado 5 mayo 2021];13 (5): 581-587. Disponible en: [Injectable hormone contraception and bone density: results from a prospective study - PubMed \(nih.gov\)](#)
19. Scholes D, Lacroix A, Ichikawa L, Barlow W, Ott S. Change in bone mineral Density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contracepción. *Arch Pediatr Adolesc Med[internet].* 2005 [citado 5 mayo 2021];159: 139-144. Disponible en: [Change in bone mineral density among adolescent women using and](#)

[discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception - PubMed \(nih.gov\)](#)

20. Galzote R, Rafie S, Teal R, Mody S. Transdermal delivery of combined hormonal contraception: a review of the current literature. *International Journal of Women's Health*[internet]. 2017 [citado 5 mayo 2021];9: 315-321. Disponible en: [Transdermal delivery of combined hormonal contraception: a review of the current literature - PubMed \(nih.gov\)](#)
21. Benagiano G, Gabelnick H, Brosens I. Long-acting hormonal contraception. *women's health* [internet]. 2015[citado 5 mayo 2021];11 (6): 749-757. Disponible en: [Long-Acting Hormonal Contraception \(sagepub.com\)](#)
22. Croxatto H, Mäkäräinen L. The pharmacodynamics and efficacy of Implanon. An overview of the data. *Contraception*. 1998 Dec;58(6 Suppl):91S-97S. doi: 10.1016/s0010-7824(98)00118-8. Retraction in: Rekers H, Affandi B. *Contraception*. 2004 Nov;70(5):433. Disponible en: [The pharmacodynamics and efficacy of Implanon. An overview of the data - PubMed \(nih.gov\)](#)
23. Horvath S, Schreiber C, Sonalkar S. *Contraception*. South Dartmouth (MA). *Contraception*. MDText.com. 2000 (Last Update: January 17, 2018)[citado 5 mayo 2021]. Disponible en: [Contraception - Endotext - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)
24. Sung S, Abramovitz A. Natural Family Planning. [citado 16 agosto 2021]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. Disponible en: [Natural Family Planning - StatPearls - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#).
25. Marino S, Canela D, Nama N. Tubal Sterilization. [Updated 2020 Sep 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan [citado 14 septiembre 2021]. Disponible en: [Tubal Sterilization - StatPearls - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#).
26. Stormont G, Deibert C. Vasectomy. [Updated 2021 Apr 16]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan [citado 13 junio 2021]. Disponible en: [Vasectomy - StatPearls - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)
27. Seetharaman S, Yen S, Ammerman C. Improving adolescent knowledge of emergency contraception: challenges and solutions. *Open Access Journal of Contraception*[internet]. 2016[citado noviembre 2021]; 7:161-173. Recuperado de: [getfile.php \(dovepress.com\)](#)
28. Cleland K, Raymond E, Westley E, Trussell J. Emergency contraception review: evidence-based recommendations for clinicians. *Clin Obstet Gynecol*[internet]. 2014[citado junio 2021]; 57(4) 741-750. Disponible en: [nihms621938.pdf](#)

29. Upadhaya K. Emergency Contraception. PEDIATRICS [internet]. December 2019[citado 13 mayo 2021];144 (6):1-10. Disponible en: [Emergency Contraception | American Academy of Pediatrics \(aappublications.org\)](https://www.aappublications.org/contraception)
30. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2002 [citado 25 mayo]; 11(3).
31. Jatlaoui T, Riley H, Curtis K. Safety data for levonorgestrel, ulipristal acetate and Yuzpe regimens for emergency contraception. *Contraception* [internet]. 2016 [citado noviembre 2021];92 (2): 93-112. Disponible en: doi:10.1016/j.contraception.2015.11.001. [Safety data for levonorgestrel, ulipristal acetate and Yuzpe regimens for emergency contraception \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26111111/)
32. Jatlaoui T, Curtis K. Safety and effectiveness data for emergency contraceptive pills among women with obesity: a systematic review. *Contraception* [Internet]. 2016[citado noviembre 2021]; 94(6):605–611. doi:10.1016/j.contraception.2016.05.002. [Safety and effectiveness data for emergency contraceptive pills among women with obesity: a systematic review, \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26611111/)
33. Yen S, Parmar D, Lin E, Ammerman S. Emergency contraception pill awareness and knowledge in uninsured adolescents: high rates of misconceptions concerning indications for use, side effects, and access. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28(5):337–342.
34. Baldwin S, Solorio R, Washington D, Yu H, Huang Y, Brown R. Who is using emergency contraception Awareness and use of emergency contraception among California women and teens. *Womens Health Issues*. 2008;18(5):360–368. Recuperado de: [¿Quién está usando anticonceptivos de emergencia? Concientización y uso de anticonceptivos de emergencia entre mujeres y adolescentes de California - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18111111/)
35. Ahern R, Frattarelli L, Delto J, Kaneshiro B. Knowledge and awareness of emergency contraception in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010;23(5):273–278. Recuperado de: [Knowledge and awareness of emergency contraception in adolescents - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20111111/)
36. Sampson O, Navarro S, Khan A, et al. Barriers to adolescents' getting emergency contraception through pharmacy access in California: differences by language and region. *Perspect Sex Reprod Health*. 2009;41(2):110–118. Recuperado de: [Barriers to adolescents' getting emergency contraception through pharmacy access in California: differences by language and region - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19111111/)
37. Halpern C, Mitchell E, Farhat T, Bardsley P. Effectiveness of webbased education on Kenyan and Brazilian adolescents' knowledge about HIV/AIDS, abortion law, and emergency contraception: findings from TeenWeb. *Soc Sci Med*. 2008;67(4):628–637. Disponible en: [Effectiveness of web-based education on Kenyan and Brazilian adolescents' knowledge about HIV/AIDS,](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18111111/)

- abortion law, and emergency contraception: findings from TeenWeb - PubMed (nih.gov)
38. Batur P, Cleland K, Mcnamara M, Wu J, Pickle S. Emergency contraception: a multispecialty survey of clinician knowledge and practices. *Contraception*. 2016;93(2):145–152. Recuperado de: Emergency Contraception: A multi-specialty survey of clinician knowledge and practices (nih.gov)
 39. Haeger K, Lamme J, Cleland K. State of emergency contraception in the U.S., 2018. *Contraception and Reproductive Medicine*[internet]. 2018 [citado 20 junio 2021];3(20):1-12. Disponible en: [State of emergency contraception in the U.S., 2018 \(biomedcentral.com\)](#)
 40. Whitaker R, Hendry M, Aslam R, Booth B, Charles J, Craina N. et al. Intervention Now to Eliminate Repeat Unintended Pregnancy in Teenagers (INTERUPT): a systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness, and qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement. *NHS*[internet].2016[citado 13 mayo 2021];20 (16). Disponible en: [Intervention Now to Eliminate Repeat Unintended Pregnancy in Teenagers \(INTERUPT\): a systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness, and qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement - PubMed \(nih.gov\)](#)
 41. Royer P, Turok D, Sanders J, Saltzman H. Choice of Emergency contraceptive and Decision Making Regarding Subsequent Unintended Pregnancy. *Journal of women's health* [internet]. 2016 [citado 4 junio 2021];25 (10) 1038-1043. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5069714/pdf/jwh.2015.5625.pdf>
 42. Leite D, Vieira M, Diefenthaler L, Avila R, Monteiro R. Emergency hormonal contraception in adolescence. *REV ASSOC MED BRAS* [internet].2020 [citado 4 junio 2021];66 (4): 472-478 disponible en: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/zJCP5QyfWxyqzqxJVXzH8bL/?lang=en>
 43. Acevedo G, Ramirez N, Cardona J, Oliveros C. Conocimiento y uso de método anticonceptivo de emergencia en estudiantes universitarios, Pereira, Colombia. *Univ Salud* [internet]. 8 octubre 2018[citado 25 marzo 2021];21 (2): 159-165: disponible en: [Conocimiento y uso de método anticonceptivo de emergencia en estudiantes universitarios, Pereira, Colombia | Universidad y Salud \(udenar.edu.co\)](#)
 44. Ayala M, Vizmanos B, Portillo R. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de la escuela secundaria en Guadalajara, México. *Ginecol Obstet Mex* [internet]. 2011[citado 15 marzo 2021];79(2):86-92. Disponible en: [Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México \(medigraphic.com\)](#)

45. Sánchez M, Mendoza R, Ponce E. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *ATEN FAM*[internet].2015 [citado 13 mayo 2021];22 (2): 35-38. Disponible en: [Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud | Atención Familiar \(elsevier.es\)](#)
46. Valdiviezo N, Reyes J. Estrategia nacional para la prevención de embarazo en adolescentes. Una aproximación metodológica para analizar el costo económico del embarazo en niñas y adolescentes. Una aplicación para México. La situación demográfica en México 2018. Disponible en: [p60-p83.pdf \(www.gob.mx\)](#)

ANEXOS

ANEXO 1



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

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación.

(ADOLESCENTE)

Nombre del estudio:	CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA EN HOMBRES Y MUJERES ADOLESCENTES DE LA UMF 33. ESTUDIO COMPARATIVO.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" Av. Aquiles Serdán y Renacimiento s/n U.H. El Rosario Azcapotzalco CP 02100, Ciudad de México a ____ de ____ 2022.
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	La pastilla de emergencia es una opción para considerar cuando se tienen relaciones sexuales sin protección y no se desea un embarazo, por lo que es importante saber cual es el conocimiento, actitudes y prácticas de los adolescentes respecto a la pastilla de emergencia. El objetivo de este estudio es comparar los conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33.
Procedimientos:	Se te aplicará un cuestionario que consta de 28 preguntas relacionadas con los conocimientos, actitudes y practicas con respecto a la anticoncepción de emergencia. El tiempo para contestar el cuestionario es de 5 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Al contestar el cuestionario puedes sentirte incomodo (a), ya que algunas preguntas están relacionadas con tu vida sexual.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No obtendrás ningún beneficio por tu participación en este estudio, ni este estudio representa gasto alguno para ti. Un posible beneficio, es que, al término de tu participación, se te proporcionará información acerca de los anticonceptivos de emergencia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiese cambios en los riesgos o beneficios por tu participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarte, aunque esta información pueda cambiar tu opinión respecto a seguir participando en el estudio.
Participación o retiro:	Si en algún momento deseas abandonar el estudio, no se modificará de ninguna manera la atención médica que recibes en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El cuestionario no llevará nombre y será guardado por separado del consentimiento, con la finalidad de respetar tu confidencialidad. Si los resultados de esta investigación se llegan a publicar, solo se darán los datos generales en graficas.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar en el estudio.

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

Investigadora o Investigador Responsable:

DRA. DANIELA ABIGAIL HERNANDEZ CAMARILLO, MATRICULA 97155278, Médico Familiar en Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario", Av. Aquiles Serdán y Renacimiento s/n U.H. El Rosario, Azcapotzalco CP 02100 México Distrito Federal. Tel: 53 82 51 10, ext. 21407 o 21435. Correo: danny_aby@hotmail.com

Colaboradores:

DRA. FATIMA ROMANO ORTIZ Médico Residente de especialización en medicina familiar. Matricula. 97351771, Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario", Av. Aquiles Serdán y Renacimiento s/n U.H. El Rosario, Azcapotzalco CP 02100 México Distrito Federal. Tel: 53 82 51 10, ext. 21407 o 21435 Correo: amitaf2409@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

DRA. DANIELA ABIGAIL HERNANDEZ CAMARILLO
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1 _____
Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2 _____
Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 2



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación.
(**carta de asentimiento**)

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

Nombre del estudio: CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA EN HOMBRES Y MUJERES ADOLESCENTES DE LA UMF 33. ESTUDIO COMPARATIVO.

Número de registro institucional: Pendiente

El objetivo del estudio es comparar los conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33

Hola, mi nombre es Daniela Abigail Hernández Camarillo y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33 y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar una encuesta de manera anónima, solo se tendrá un número de folio para fines estadísticos.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, pon una (x) en no quiero participar.

SI QUIERO PARTICIPAR

NO QUIERO PARTICIPAR

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: DRA. DANIELA ABIGAIL HERNANDEZ CAMARILLO

Fecha: _____

ANEXO 3



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

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación.

(PADRE Y/O TUTOR)

Nombre del estudio:	CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA EN HOMBRES Y MUJERES ADOLESCENTES DE LA UMF 33. ESTUDIO COMPARATIVO.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" Av. Aquiles Serdán y Renacimiento s/n U.H. El Rosario Azcapotzalco CP 02100, Ciudad de México a ____de ____de ____2022.
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	La pastilla de emergencia es una opción para considerar cuando se tienen relaciones sexuales sin protección y no se desea un embarazo, por lo que es importante saber cuál es el conocimiento, actitudes y prácticas de los adolescentes respecto a la pastilla de emergencia. El objetivo de este estudio es comparar los conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en hombres y mujeres adolescentes de la UMF 33.
Procedimientos:	Se le aplicará un cuestionario a su hijo (a) que consta de 28 preguntas relacionadas con los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la anticoncepción de emergencia. El tiempo para contestar el cuestionario es de 5 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Al contestar el cuestionario su hijo (a) puede sentirse incomodo (a), ya que algunas preguntas están relacionadas con su vida sexual.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En este estudio ni usted ni su hijo (a) obtendrán ningún beneficio por su participación, ni este estudio representa gasto alguno para usted o su hijo (a). Un posible beneficio, es que, al término de su participación, se le proporcionará información acerca de los anticonceptivos de emergencia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiese cambios en los riesgos o beneficios por la participación de su hijo (a) en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle a usted y a su hijo (a), aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a que su hijo (a) siga participando en el estudio.
Participación o retiro:	Si en algún momento usted o su hijo (a) abandonan el estudio, no se modificará de ninguna manera la atención médica que recibe usted o su hijo (a) en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El cuestionario no llevará nombre y será guardado por separado del consentimiento, con la finalidad de respetar la confidencialidad de su hijo (a). Si los resultados de esta investigación se llegan a publicar, solo se darán los datos generales en graficas.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi hijo (a) participe en el estudio.

Si acepto que mi hijo (a) participe en el estudio.

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

Investigadora o Investigador Responsable:

DRA. DANIELA ABIGAIL HERNANDEZ CAMARILLO, MATRICULA 97155278, Médico Familiar en Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario", Av. Aquiles Serdán y Renacimiento s/n U.H. El Rosario, Azcapotzalco CP 02100 México Distrito Federal. Tel: 53 82 51 10, ext. 21407 o 21435. Correo: danny_aby@hotmail.com

Colaboradores:

DRA. FATIMA ROMANO ORTIZ Médico Residente de especialización en medicina familiar. Matricula. 97351771, Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario", Av. Aquiles

Serdán y Renacimiento s/n U.H. El Rosario, Azcapotzalco CP 02100 México Distrito Federal. Tel: 53 82 51 10, ext. 21407 o 21435 Correo: amitaf2409@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

DRA. DANIELA ABIGAIL HERNANDEZ CAMARILLO
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1 _____
Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2 _____
Nombre, dirección, relación y firma



ANEXO 4. CUESTIONARIO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DECENTRALIZADA NORTE
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3

Cuestionario: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA EN HOMBRES Y MUJERES ADOLESCENTES DE LA UMF 33. ESTUDIO COMPARATIVO

Te solicito atentamente tu participación para resolver el siguiente cuestionario, que tiene como objetivo identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de la anticoncepción de emergencia en adolescentes de la UMF 33.

La información que nos proporcionen será estrictamente CONFIDENCIAL. Agradezco la atención y el tiempo que prestes para la realización de este cuestionario.

Instrucciones: Marca con una "X" la opción que más se asemeje a tu realidad:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. ¿Cuál es tu edad?

14	15	16	17	18	19
----	----	----	----	----	----

 años

2. ¿Cuál es tu sexo?

- a. Hombre.
- b. Mujer.

3. ¿Cuál es tu nivel de estudios?

- a) Primaria.
- b) Secundaria.
- c) Preparatoria.
- d) Universidad.

4. ¿Cuál es tu estado civil?

- a. Casado (a).
- b. Soltero (a).
- c. Unión libre.

CONOCIMIENTOS

Instrucciones: Marca con una X la o las opciones que consideres correctas:

5. ¿Cuáles son los anticonceptivos de emergencia que conoces? (*puedes marcar varias opciones*):

- a) Pastilla de emergencia de 1 sola toma.
- b) Pastilla de emergencia de 2 tomas.

- c) Pastillas orales diarias a dosis altas.
 - d) Dispositivo intrauterino (DIU).
 - e) Condón.
 - f) Ninguno.
- 6. Con el uso adecuado de anticoncepción de emergencia ¿En qué porcentaje se reduce el riesgo de embarazo?**
- a) 100%.
 - b) 99%.
 - c) 80%.
 - d) 50%.
 - e) No se.
- 7. Después de una relación sexual, sin protección ¿En qué momento se puede tomar la pastilla de emergencia?**
- a. En las primeras 3 horas.
 - b. Máximo a las 24 horas.
 - c. Antes de las 72 horas.
 - d. Justo en las 72 horas.
 - e. No se.
- 8. ¿Consideras que la pastilla de emergencia es un método que se utiliza para abortar?**
- a. Si.
 - b. No.
 - c. No se.
- 9. ¿Cuáles son los factores que disminuyen la efectividad de la pastilla de emergencia? (puedes marcar varias respuestas)**
- a) Tener sobrepeso u obesidad.
 - b) No tomarla en el momento adecuado.
 - c) Consumo de tabaco y/o alcohol.
 - d) Estar tomando medicamentos.
 - e) No se.
- 10. Al tomar la pastilla de emergencia ¿Qué enfermedades de transmisión sexual se pueden prevenir?**
- a) VIH.
 - b) Sífilis.
 - c) VPH.
 - d) Ninguna.
 - e) No se.
- 11. Diana utiliza pastillas para no embarazarse, pero olvido tomar sus pastillas por 3 días y siguió teniendo relaciones sexuales, Diana no sabe qué hacer porque no quiere quedar embarazada y te pide un consejo ¿Qué le dirías?**
- a. Que reinicie la toma de sus pastillas.

- b. Que tome la pastilla de emergencia.
- c. Que suspenda las pastillas y use preservativo.
- d. Que vaya al médico porque está embarazada.
- e. No se.

12. ¿En algún momento recibiste información de alguna de las siguientes personas acerca de la pastilla de emergencia? (Puedes seleccionar varias opciones)

- a. Padre.
- b. Madre.
- c. Hermanos (as).
- d. Amigos (as).
- e. Pareja.
- f. Familiar.
- g. Enfermero (a).
- h. Medico.
- i. Líder religioso.
- j. Farmacéutico (a).
- k. Otro: _____
- l. Ninguno.

13. ¿En qué lugares has recibido información sobre la pastilla de emergencia? (puedes marcar varias)

- a) Internet
- b) Folleto
- c) En la escuela
- d) Televisión y Radio
- e) Clínica de salud
- f) Farmacia.

14. ¿Crees que necesitas tener más información sobre el anticonceptivo de emergencia?

- a. Si.
- b. No.

ACTITUDES

Instrucciones: Marca con una "X" la opción que mejor se adecue a tu forma de pensar respecto al enunciado planteado: **TA:** Totalmente de acuerdo; **A:** De acuerdo; **N:** Neutral (ni de acuerdo, ni desacuerdo); **D:** Desacuerdo; **TD:** totalmente desacuerdo.

ENUNCIADO	TD	A	N	D	TD
15. La anticoncepción de emergencia es una opción para no embarazarse.					
16. Es mejor utilizar la anticoncepción de emergencia que otros métodos anticonceptivos.					
17. La anticoncepción de emergencia es mejor si tienes relaciones sexuales esporádicas.					
18. La anticoncepción de emergencia puede afectar la salud de las mujeres que la utilizan.					
19. Es adecuado tomar anticonceptivos de emergencia en la adolescencia.					
20. Recibir información sobre la anticoncepción de emergencia, favorece el inicio de relaciones sexuales.					
21. Los padres de adolescentes deben brindar información a sus hijos sobre anticoncepción de emergencia.					
22. La pastilla de emergencia es costosa.					

PRACTICAS.

Instrucciones: Marca con una X la o las opciones que más se asemejen a tus experiencias vividas:

23. ¿Has tenido relaciones sexuales?

- a) Si. *Pasa a la pregunta 16.*
- b) No. *Gracias por tu participación, la encuesta ha terminado.*

24. ¿A qué edad tuviste relaciones sexuales?

<12	12	13	14	15	16	17	18	años
-----	----	----	----	----	----	----	----	------

25. Actualmente ¿Qué tipo de método anticonceptivo utilizan tú o tu pareja? (puedes elegir varias opciones)

- a) Condón.
- b) Pastillas de toma diaria.
- c) Pastilla de emergencia.
- d) Parches.
- e) Coito interrumpido.

- f) Dispositivo intrauterino
- g) Implante subdérmico
- h) No utilizo ninguno.

26. Marca con una x los anticonceptivos de emergencia que han utilizado tú o tu pareja (*puedes marcar varias opciones*):

- a) Pastilla de emergencia de 1 sola toma.
- b) Pastilla de emergencia de 2 tomas.
- c) Pastillas orales diarias a dosis altas.
- d) Dispositivo intrauterino (DIU).
- e) Condón.
- f) Ninguno.

27. ¿Alguna vez tú y tu pareja o alguna pareja anterior se han embarazado?

- a) Si. *Pasa a la pregunta 20.*
- b) No. *Gracias por tu participación, la encuesta ha terminado.*

28. ¿Qué situaciones ocurrieron cuando tú y tu pareja se embarazaron? (*puedes elegir varias respuestas*)

- a) No utilizamos ningún método anticonceptivo.
- b) La pastilla de emergencia no funcionó.
- c) Decidimos abortar.
- d) Decidimos tener al bebe.

¡Gracias por tu participación!

