

112264



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**ASOCIACION ENTRE INADECUADA EDUCACION  
SEXUAL Y EL INICIO TEMPRANO DE RELACIONES  
SEXUALES, EMBARAZO NO DESEADO, ABORTO Y  
ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES  
EN EL ADOLESCENTE**

**T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A:  
DRA. MANUELA ALMARAZ HERNANDEZ**

**ASESOR METODOLOGICO:  
DR. OCTAVIO NOEL PONS ALVAREZ  
GENERACION 1997-2000**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**MEXICO, D. F.**

**FEBRERO 2006**

*1/3*





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

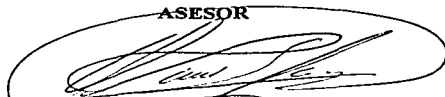
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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.

**Vo.Bo.**

**ASESOR**



**DR OCTAVIO NOEL PONS ALVAREZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE  
EDUCACION MEDICA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**2**

**Vo.Bo.**

*Yolanda Estela Valencia Islas*

**DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS.  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA  
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20  
DELEGACION 1 NOROESTE IMSS.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

3

Vo.Bo.



**DR. JUAN ESPINOSA MARTINEZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20  
DELEGACION 1 NOROESTE IMSS.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Vo.Bo.**

*Dr. Martha Kelly*

**DRA. MARTHA OLIVIA HERNANDEZ KELLY  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20  
DELEGACION 1 NOROESTE IMSS.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**AGRADECIMIENTO**

**AL DR. OCTAVIO N. PONS ALVAREZ**

**GRACIAS POR EL TIEMPO DEDICADO  
A ESTE PROYECTO, YA QUE SIN SU  
ORIENTACIÓN NO HUBIERA SIDO  
POSIBLE LLEVARLO A CABO.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**AGRADECIMIENTO**

**A MIS PROFESORES:  
OCTAVIO, YOLANDA Y JUAN.**

**POR SU APOYO INVALUABLE EN  
LOS MOMENTOS MAS CRITICOS  
DE MI VIDA Y CARRERA  
PROFESIONAL**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## AGRADECIMIENTO

A TI MI DIOS

" NO ME MUEVE MI DIOS PARA  
QUERERTE EL CIELO QUE ME  
TIENES PROMETIDO, NI ME  
MUEVE EL INFIERNO TAN TEMIDO  
PARA DEJAR POR ESO DE OFENDERTE..."  
SIN TU VOLUNTAD NO HUBIERA SIDO  
POSIBLE QUE EXISTIERA YO,  
TENER LA FAMILIAR QUE TENGO  
HABER ENCONTRADO A LA PERSONA IDEAL  
Y SOBRE TODO NO HUBIERA SIDO POSIBLE  
LOGRAR MI OBJETIVO:  
TERMINAR MI ESPECIALIDAD  
G R A C I A S

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **AGRADECIMIENTO**

### **A MIS PADRES:**

**POR SU APOYO SIEMPRE PRESENTE  
EN CADA INSTANTE DE MI VIDA  
POR DARME LA OPORTUNIDAD  
DE REALIZARME COMO SER HUMANO,  
DE AYUDARME A LOGRAR MIS OBJETIVOS Y  
PORQUE JAMAS PODRE PAGARLES LO QUE  
HAN HECHO POR MI. QUE DIOS ME LOS  
CONSERVE SIEMPRE.**

### **A MIS HERMANOS:**

**A TODO ELLOS, EN ESPECIAL A RENE  
QUE AUNQUE YA NO ESTA ENTRE NOSOTROS  
FISICAMENTE, SIEMPRE TE TENDREMOS PRESENTE  
EN NUESTRA MEMORIA Y VIVIRAS EN NUESTRO  
CORAZON.  
DESCANSA EN PAZ.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**AGRADECIMIENTO**

**A TI MIGUEL:  
GRACIAS PORQUE SIEMPRE HAS  
ESTADO Y ME HAS APOYADO EN LOS  
MOMENTOS MAS DIFICILES DE  
MI VIDA MOTIVANDOME  
A SEGUIR ADELANTE.  
GRACIAS, PORQUE SE QUE SIEMPRE  
PODRE CONTAR CONTIGO,NUNCA  
CAMBIES POR FAVOR.**

**A MIS AMIGAS, A GIL Y A MIS COMPAÑEROS:  
POR PERMITIRME COMPARTIR CON USTEDES  
PARTE DEL PROCESO DE FORMACION  
COMO MEDICO RESIDENTE.**

**A CARMEN POR SU GRAN AYUDA  
EN LA ELABORACION DE MI TESIS.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**ASOCIACION ENTRE INADECUADA EDUCACION SEXUAL Y EL  
INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES, EMBARAZO NO  
DESEADO, ABORTO Y ENFERMEDADES SEXUALMENTE  
TRANSMISIBLES EN EL ADOLESCENTE.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE

OBJETIVOS.....	13
JUSTIFICACION.....	14
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
MATERIAL Y METODOS.....	25
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	26
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	30
CONCLUSIONES.....	34
COMENTARIO.....	35
RESUMEN.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	39
ANEXOS.....	41

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## OBJETIVOS

### GENERAL:

Determinar en que grado la inadecuada educación de la sexualidad incrementa la frecuencia en la adolescencia del inicio temprano de las relaciones sexuales, embarazo no deseado, aborto y enfermedades sexualmente transmisible

### PARTICULARES

- Medir los conocimientos que tienen los adolescentes sobre la educación sexual.
- Identificar la fuente de información que sobre sexualidad poseen los adolescentes.
- Determinar la frecuencia con que se presenta en adolescentes, con inadecuada educación sexual, el inicio temprano de relaciones sexuales, embarazo no deseado, aborto y enfermedades sexualmente transmisibles.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## JUSTIFICACION

La atención integral al adolescente debe ser entendida como un elemento básico para el desarrollo social de los países y del mundo en general, en manos del adolescente no solo esta el futuro inmediato de una sociedad sino también el presente especialmente en los países en vías de desarrollo, la realidad es que deben asumir roles de adulto y un alto grado de responsabilidad y es en este grupo en donde las exigencias y manifestaciones psicosociales de la salud integral son quizás más evidentes el individuo y el conjunto necesitando niveles aceptables de bienestar y respuesta social para poder contribuir al desarrollo colectivo.

En el marco político existen instancias personales de gran relevancia a favor de la necesidad de concentrar la información de los niveles mundiales, nacional y local para crear condiciones que permitan el desarrollo de programas de atención a la salud integral de los adolescentes.

La primera está plasmada en la resolución WHA 42.41 de la Asamblea Mundial de la O.M.S. en 1989, que se basa en las conclusiones y recomendaciones de las discusiones técnicas sobre la salud de los adolescentes.

La segunda de ellas también de carácter mundial, es la relacionada con la cumbre mundial de la infancia convocada por las Naciones Unidas en 1990 en las que asistieron jefes de estado de 86 países que incluye entre sus recomendaciones: favorecer el crecimiento y desarrollo del niño hasta el final de la adolescencia, atención especial y nutrición de las niñas, mujeres embarazadas, madres lactantes y el acceso de todas las parejas a la información y medios para prevenir embarazos demasitados tempranos, poco espaciados, muy tardíos y demasitados numerosos.

La tercera instancia esta presentada por la resolución XVIII de la XXXVI reunión directiva de la OPS 1992.

En el marco de Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 del Ejecutivo Federal, México se suma al consenso internacional que en materia de población y salud se alcanzó en los acuerdos derivados de la III conferencia internacional sobre población y desarrollo (El Cairo 1994) y 4ta. Conferencia mundial sobre la mujer (Beijing 1995) en ambas se establece el compromiso de implementar acciones que atiendan al desarrollo y necesidades del adolescente.

La fecundidad en la adolescencia debe ser un punto de atención de los servicios educativos y de salud en el mundo puesto que el porcentaje de los nacimientos de madres jóvenes casadas y solteras está aumentando, además observamos que la incidencia de la actividad sexual premarital entre adolescente está en ascenso debido, no tan solo a que la maduración está presentándose mas tempranamente, sino a que la edad del matrimonio esta retrasándose, la urbanización y los estilos de vida prevén más oportunidades para las relaciones sexuales, que reducen la efectividad de las ataduras sociales tradicionales.

SE  
FALLA DE ORIGEN

Las consecuencias del embarazo son en general adversas.

Si el embarazo termina en aborto ello implica riesgos de salud para la adolescente, sin embargo si el embarazo llega a termino se presentan consecuencias negativas de salud, socioeconómicas y psicológicas, no tan solo para la joven madre sino para el niño el padre adolescente y sus familiares.

Los efectos sociales de tener un hijo durante la adolescencia son negativos puesto que el embarazo y la crianza del niño interrumpen oportunidades educacionales que reflejan en el momento de obtener mejores trabajos, salarios más altos y ascensos.

Tomando en cuenta lo anterior se pueden observar que las adolescentes en su angustia recurren al aborto cuando ha transcurrido bastante tiempo de su embarazo acudiendo a sitios y con personas inadecuadas para efectuar un servicio con los requerimientos mínimos de seguridad e higiene.

El IMSS por su amplia cobertura de población así como por sus políticas de seguridad social y de acuerdo a lo anterior ampliamente comentado, ha enfocado programas a este grupo etáreo, tanto a nivel rural (CARA) como urbano cuya finalidad es brindar una atención integral al adolescente donde se enfatiza la educación sexual y el acceso a la salud reproductiva.

La educación de la sexualidad ha sido prioridad en las políticas de población sin embargo se desconoce aun lo que significa para los adolescentes de hoy el ejercicio de su sexualidad dentro del contexto de su desarrollo y del medio en el que se desenvuelve, estando ante la necesidad de investigarlo para definir acciones que respondan a una realidad social y emocional, que es lo que se pretende con el presente estudio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

### **LA SEXUALIDAD Y EL ADOLESCENTE**

La adolescencia como fenómeno psicosocial ha sido definido por la OMS como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años y la juventud como el que se ubica entre los 19 y 24 años. Etimológicamente la palabra adolescencia proviene de ad: a, hacia y olescere de oler: crecer, es decir significa la condición o el proceso de crecimiento que implica una crisis vital y como tal se debe de abordar.

En México el censo de 1990 nos indica que el 12% de la población total se encuentra entre los 10 y 14 años y el 13% entre los 16 y 19 años.

Otro dato importante al hablar de adolescencia es la alta tasa de fecundidad que ha aumentado en los últimos diez años en este grupo señalado teniendo que aproximadamente el 16% del total de hijos nacido vivos es de madre de menos de 20 años (ENAD 1992) y anualmente existen 305 000 nacimientos en mujeres de entre 15 y 19 años (CONAPO 1985).

La sexualidad es el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender el mundo, vivirlo a través de nuestro ser como hombres y como mujeres, es parte de nuestra personalidad, identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo y es la educación sexual uno de los medios que ayuda al individuo a desarrollar su potencial creativo como ser sexual, por lo que es importante de la adolescencia.

#### **Aspectos biológicos de la adolescencia:**

Desde el punto de vista biológico, la adolescencia se caracteriza por el rápido crecimiento, cambios en la composición corporal, el desarrollo de los sistemas respiratorio, circulatorio, el desarrollo de gónadas, de los órganos sexuales y reproductivos así como las características sexuales secundarias junto con el logro de su plena madurez física.

#### **Aspectos psicosociales de la adolescencia:**

La adolescencia es un periodo de cambios rápidos y notables, no tan sólo de maduración física, que incluye la capacidad reproductiva sino que también observamos:

- a) La capacidad de maduración cognoscitiva que se va desarrollando para pensar de manera lógica, conceptual y futurista.
- b) El desarrollo psicosocial, que es la mejor comprensión de uno mismo en relación con otros.

Aunque independientemente cada área se vincula, el desarrollo psicosocial y en general, tienen

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

un lugar dentro de un contexto social y es cuando el adolescente debe lograr paulatinamente la identidad, la integridad y la independencia tanto física como psicológica, siendo estas tareas enfrentadas a lo largo del proceso de la adolescencia.

Las principales características psicológicas de la adolescencia las podemos reducir a:

- Una redefinición de la imagen corporal relacionada con la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición de un cuerpo adulto.
- La culminación del proceso separación, individuación y sustitución del vínculo de dependencia simbiótica con los padres de la infancia por relaciones de autonomía plena.
- La elaboración de duelos referentes a la pérdida de condición infantil.
- El establecimiento de una escala de valores o código de ética propio.
- La búsqueda de pautas de identificación en el grupo pares.
- El establecimiento de un patrón de lucha-fuga en relación con la generación precedente.

La sexualidad recibe influencias sociales, económicas y culturales mismas que moldean la manifestación del sexo biológico, en la conducta de relación con el medio ambiente y nosotros mismo, dentro de las influencias que van hacer determinantes en la sexualidad tenemos:

### **Influencia de los padres**

Dentro de las responsabilidades de los padres esta el hecho de proporcionar una adecuada orientación sexual así como infundir valores morales acerca del sexo y no actitudes negativas sobre el mismo que pueden llegar a ocasionar temores e inhibiciones en el terreno sexual que pueden ser difíciles de anular y que pueden requerir largos años de psicoterapia. Es importante iniciar a temprana edad una educación sexual que pueda esclarecer dudas que por pena o vergüenza el adolescente no se atreva a exteriorizar, discutiéndolo de manera franca y abierta realizándolo en un clima absoluto de libertad y sobre todo de respeto por el niño, ya que de otra manera el niño aprenderá de diferentes formas ya sea observando el mundo que lo rodea o escuchando a cualquiera que le pueda enseñar algo aunque en ocasiones la información proporcionada sea errónea, sacando posteriormente el sus propias conclusiones.

TECNOLOGIA  
FALLA DE ORIGEN

### **La influencia de los pares en edad:**

Es un medio a través del cual se obtienen respuesta a las dudas que se tengan y que el niño o joven no se atreven a preguntar a los adultos, para ellos es el tipo de información más confiable y más creíble.

### **La influencia de los medios de comunicación:**

Los medios de comunicación masiva como son el radio, la televisión el cine, materiales pornográficos, revistas bombardean al adolescente de información sexual indiscriminada y que sino tiene una base solida conformada por una adecuada y oportuna información sexual se puede llegar a confundir o crear una especie de patrón que no corresponde a nuestra realidad sociocultural.

### **La influencia de la religión:**

Siendo predominantemente, la mayoría de la población en México católica no resulta difícil entender que los conceptos de sexo e impureza (pecado) estén íntimamente ligados ya que debido a que la iglesia católica, llevo a idealizar el celibato como el nivel más alto del logro humano el rechazo total de todos los placeres de la vida, mientras que las mujeres podían esperar su máxima gloria a través de la virginidad permanente. Por lo tanto los valores sexuales están relacionados con la restricción y el conservadurismo, esto de acuerdo al grado en que el adolescente se sienta comprometido con sus creencias.

### **Influencias de otros factores:**

Otros factores externos importantes que van moldeando la sexualidad son: la educación, el empleo, la situación económica, el uso de fármacos, alcohol, drogas cohesión física o psicológica así como características de la personalidad.

### **Aspectos psicosociales de la adolescencia**

La adolescencia es un periodo de cambios rápidos y notables, no tan sólo la maduración física que incluye la capacidad de reproducción sino también observamos:

- a) La capacidad de maduración cognoscitiva que se va desarrollando para pensar de manera lógica, conceptual y futurista.
- b) El desarrollo psicosocial, que es una mejor comprensión de uno mismo en relación con otros.

Aunque independientes cada área se vincula. El desarrollo en general y el psicosocial en particular tiene lugar dentro del contexto social y es cuando el adolescente debe lograr paulatinamente, la identidad, la intimidad, la integridad y la independencia, como física como psicológica, estas tareas son enfrentadas a lo largo de la transición del adolescente en el ámbito urbano y pueden ser esquemáticamente agrupadas en fases o subetapas que son variables tanto individual como

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

culturalmente, se puede decir que cada una de ellas dura tres años.

A continuación se presenta una síntesis de las características psicológicas de la adolescencia:

- Redefinición de la imagen corporal, relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la adquisición del cuerpo adulto.
- Culminación del proceso de separación-individualización y sustitución del vínculo de dependencia simbiótica con los padres de la infancia por relaciones objétales de autonomía plena.
- Elaboración de dulcos referentes a la pérdida de condición infantil.
- Establecimiento de una escala de valores o ética propios.
- Búsqueda de pautas de identificación en el grupo de pares.
- Establecimiento de un patrón lucha-fuga en relación con la generación precedente.

Existen ciertas manifestaciones del proceso psicológico por el que atraviesa el adolescente, que son observables en su conducta habitual, en términos relativamente generales.

- a) Búsqueda de sí mismo y de la identidad: el poder llegar a utilizar la genitalidad en la procreación es un hecho biopsicodinámico que determina una modificación esencial en el proceso de logro de la identidad adulta y que caracteriza la turbulencia e inestabilidad de la identidad adolescente.
- b) La tendencia grupal: se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que se tenía con la familia y el grupo aparece al mismo tiempo como contenedor de las ansiedades de sus integrantes.
- c) Necesidad de intelectualizar y fantasear: forma típica de pensamiento adolescente. Pueden ser considerados mecanismos defensivos, frente a la imposición de la realidad, de renunciar a los aspectos infantiles, lo que obliga al adolescente a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y no puede evitar. De ahí la necesidad de refugiarse en el mundo interior.
- d) Crisis religiosa: el adolescente puede presentarse como un ateo exacerbado, o como un místico fervoroso, lo cual constituiría las posiciones extremas, puede también aparecer la preocupación metafísica.
- e) Desubicación temporal: el adolescente en el tiempo presente y activo, como una forma de manejarlo. A veces las urgencias son enormes y las postergaciones aparentemente irracionales.
- f) Evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad, oscilación entre la actividad masturbatoria y los comienzos del ejercicio genital.
- g) Actitud social reivindicatoria: y a hablamos de la rebeldía, según Knobel sería sin duda una grave sobresimplificación del problema de la adolescencia, el atribuir todas las características del adolescente a su cambio psicológico, como si en realidad todo esto no estuviera ocurriendo en un ámbito social.
- h) Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta: la conducta del adolescente esta dominada por la acción, que constituye la forma de expresión

TRIS CON  
PALE DE ORIGEN

más típica en estos momentos de la vida, en que el pensamiento necesita hacerse acción para ser controlado.

- i) Separación progresiva de los padres: constituye una de las tareas básicas, concomitantes a la identidad adolescente, pues en el grupo encuentra la seguridad necesitada, muchas veces los padres niegan el crecimiento de sus hijos
- j) Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo: esto se relaciona con un sentimiento básico de ansiedad y depresión vinculados a los duelos.

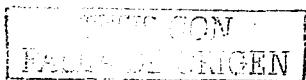
La sexualidad la entendemos como las características biológicas, psicológicas y socioculturales, que nos permiten comprender el mundo vivirlo a través de nuestro ser como hombre o como mujer. La identidad es el aspecto psicológico de la sexualidad y comprende tres elementos: identidad del género, rol de género y la orientación sexual. La identidad es el aspecto psicológico de la sexualidad, es el sentirse hombre o mujer y manifestarlo externamente a través del rol de género, que es todo lo que una persona hace o dice para indicar a otros o así mismo, el grado con el que es hombre o mujer y en ocasiones ambivalente. La orientación sexual se refiere a la atracción, gusto o preferencia de la persona para elegir compañero sexual.

Siendo el índice de experiencia sexual mayor en los hombres que en las mujeres, ya que los motivos del hombre para tener una relación sexual son el placer y las razones físicas, mientras que para la mujer son amor, devoción, compromiso, emociones. Las mujeres jóvenes prueban las relaciones casuales. Pero tanto hombres como lo aprueban dentro de una relación seria y duradera.

El embarazo, el aborto y la crianza son factores que tienen gran influencia en el desarrollo psicosocial de las madres adolescentes, encontrándose efectos negativos psicológicos en las madres adolescentes y sus hijos transmitiéndose a través de otros factores asociados con la crianza como son la falta de madurez emocional necesaria para actuar como madres responsables, desventajas económicas y educacionales o de desintegración de pareja. La mayoría de las mujeres que dan a luz por primera vez en edad temprana estas más expuestas a vivir solas con su hijo por un largo periodo en el que no siempre están apoyados por un adulto en la crianza de su hijo y que se va a manifestar en desventajas emocionales para el niño.

La mayoría de los matrimonios entre adolescentes tienen un mayor riesgo de inestabilidad y desintegración, así como obstáculos económicos mayores y casi por regla general las hijas de madres adolescentes tienden a ser madres adolescentes.

En América Latina la actividad sexual se ha incrementado, debido a los múltiples factores de los cuales se ha hablado, siendo la edad promedio de la primera relación sexual: en hombres de 15 años y en mujeres de 16 años (CORA Centro de orientación al adolescente 1997). El tema sobre embarazo en adolescentes ocupa un lugar



central en cuanto se refiere a problemas de salud pública, específicamente con respecto al riesgo reproductivo.

En 1996 se registraron en la República Mexicana más de 10,000 nacimientos de madres adolescentes menores de 15 años y casi 414,000 de madres extremadamente jóvenes; cuando el embarazo se presenta en área rural puede tratarse de un acontecimiento esperado y por lo tanto una expresión de fecundidad de una joven que cumple con una de sus funciones como mujer; pero cuando se presenta en el área urbana puede tratarse de un evento disfuncional del desarrollo del adolescente.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) ha señalado el embarazo como una de las prioridades de la atención a los adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna en el grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años, en México, la mortalidad materna en menores de 24 años corresponde al 33% del total. Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes se relacionan con bajo peso al nacer, valoraciones de Apgar bajas y riesgo de muerte en el primer año de vida (dos veces mayor que en otras edades maternas). La fecundidad en la adolescencia trae consigo una serie de problemas para la salud de la madre y el niño tanto médicas, como psicosociales entre las cuales podemos mencionar las siguientes: durante el embarazo va existir una ansiedad ante la sospecha del embarazo y miedo ante la confirmación, una preocupación por su esquema corporal, una inquietud ante la necesidad de comunicar el embarazo o en ocasiones negación de él.

La problemática que se presenta en la crianza es un sentimiento de inadecuación, una depresión ante la responsabilidad, la pérdida de tiempo libre y oportunidad para desarrollar la responsabilidad, inquietud por la salud del hijo, preocupación por la capacidad del desarrollo adecuado, sobre todo por su rol como madre.

Además de la desaprobación social, disgusto del futuro padre, pérdida de la compañía de amigos, matrimonio forzado, abandono de la pareja o expulsión de la familia. Al principio la familia puede reaccionar con rechazo, sorpresa y frustración sin embargo el paso siguiente es la aceptación y protección del bebe dentro de su contexto. La parte complementaria del embarazo adolescente obviamente es el varón, quien realiza sus relaciones coitales como parte importante de su masculinidad pero no les da el significado que tienen y las repercusiones que pueden tener. Los embarazos no deseados aumentan el índice de abortos, ya que en la mayoría de los países no están considerados legales ni aceptados o se requiere de autorización de los padres o del esposo, la mayoría de las adolescentes recurren cuando el embarazo muy esta avanzado, con personas que no son las adecuadas para efectuarlo y en lugares que no cuentan con la higiene necesaria aumentando así el índice morbimortalidad.

Las enfermedades sexualmente transmisibles existen desde el inicio de la humanidad, han causado muchas muertes, aunque existen actualmente tratamientos eficaces siguen siendo frecuentes y peligrosas, están consideradas como

TRATADO CON  
DE ORIGEN

enfermedades sociales pues van unidas a prejuicios, miedo e información inadecuada, vergüenza, culpa e ignorancia de quien las padece, haciendo que este problema se magnifique.

Los conocimientos con los que cuenta el adolescente sobre estas enfermedades son nulos, esto esta manifestado en la alta incidencia en los jóvenes y si tomamos en cuenta que aproximadamente el 55% de la población mundial esta formada por menores de 25 años valoraremos la importancia de que de ello se deriva.

Debido a los factores antes mencionados el joven adolescente tiende a la automedicación con lo cual probablemente desaparezca el síntoma pero no la enfermedad en su totalidad debido al tratamiento inadecuado o bien que se este tratando una enfermedad con un diagnostico erróneo.

Algunas enfermedades sexuales transmitidas no presentan sintomatología aparente en sus etapas iniciales, lo cual dificulta su detección temprana, siendo las enfermedades de transmisión sexual mas comunes en el grupo de entre 15 y 19 años la candidiasis, tricomoniasis, y gonorrea (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 1996).

Según CONASIDA 1996 realizo un estudio donde encontró en el grupo de edad de entre 15 y 19 años el siguiente porcentaje de adolescentes que han padecido infecciones sexuales transmisibles:

Edad	Porcentaje
15	16.2%
16	7.4%
17	7.5%
18	5.3%
19	7.0%

Siendo las enfermedades sexualmente transmisibles más frecuentes en los últimos tiempos sífilis, gonorrea, chancro blando, clamidia, infección herpética y sobre todo el SIDA.

Esta ultima que según los expertos comenzó en Africa y actualmente es un problema de salud mundial. En México a partir de 1981 se empezaron a reportar casos de SIDA para sumar a Noviembre de 1987, 1049 casos. Contamos con el ultimo reporte de CONASIDA (1996) en el cual nos muestra que aproximadamente el 40% de los casos de SIDA se contagiaron durante la adolescencia.

Por lo que recalcamos la importancia que tiene una buena educación sexual, la cual deberá tener como propósito educar al individuo de tal forma que se realice en plenitud como ser humano sexual, con una responsabilidad plena de su función reproductora, manteniendo una homeostasis biopsicosocial.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**¿Existe una asociación entre inadecuada educación sexual y el inicio temprano de relaciones sexuales, embarazo no deseado, aborto y enfermedades sexualmente transmisibles en el adolescente?**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MATERIAL Y METODO

El presente estudio se realizó en la U.M.F. No. 20 Vallejo ubicado en la Delegación 1 Noroeste del D.F. en adolescentes de 12 a 19 años de edad que acudieron a consulta de ambos turnos de noviembre de 1999 a enero del 2000. Las características del estudio que se llevo a cabo fueron descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal.

Los criterios de inclusión son todos los adolescentes que desearon participar en el estudio y estaban adscritos a la U.M.F. No. 20. Los criterios de exclusión fueron todos los adolescentes que no desearon participar en el estudio y aquellos que no estaban adscritos a la U.M.F. No. 20.

El instrumento de investigación aplicado es un cuestionario avalado por el programa adolescente del I.M.S.S. Solidaridad, que tiene como finalidad abordar el grupo de adolescentes como unidad de estudio, consta de 5 variables: Conocimientos sobre la educación sexual, inicio temprano de relaciones sexuales, embarazo no deseado, aborto y enfermedades sexualmente transmisibles

Se agrego sexo, edad, escolaridad, fuente de información y uso de métodos anticonceptivos.

El cuestionario aplicado consta de 50 preguntas, de las cuales solo 37 reactivos fueron calificados, el resto solo fue para conocimiento sobre si se habían o no iniciado relaciones sexuales a temprana edad, si habían tenido o no embarazo no deseado, aborto y enfermedades sexualmente transmisibles.

De acuerdo al número de aciertos se clasificó de la siguiente manera:

Menos de 22 aciertos: conocimientos inadecuados.

De 23 a 29 aciertos: conocimientos regulares.

De 30 a 37 aciertos: conocimientos adecuados.

Las encuestas se aplicaron en forma individual, resolviendo dudas cuando estas se llegaban a presentar. (Ver anexo)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PRESENTACION DE RESULTADOS

Se aplicó una encuesta a 100 Adolescentes de 12 a 19 años, ambos sexos, ambos turnos, que acudieron a consulta a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo de la Delegación I Noroeste del D.F.

El rango de edad fue de 12 a 19 años con una media de 15.60, mediana de 15, moda de 14.

La distribución de acuerdo al sexo se presentó en el 57% masculino y el 43% femenino. Proporción 1.3:1 hombre-mujer.

La distribución por sexo y edad de la muestra estudiada fue la siguiente: de 12 años encontramos 1.75% (n=1) masculino y 0% del sexo femenino, de la edad de 13 años encontramos un 5.2% (n=3) en cuanto al sexo masculino y un 4.75% (n=2) en cuanto al sexo femenino.

De 15 años encontramos un 38.59% (n=22) del sexo masculino y un 6.9% (n=3) en cuanto al sexo femenino, de la edad de 16 años encontramos un 7.01% (n=4) en cuanto al sexo masculino y un 4.65% (n=2) en cuanto al sexo femenino, de 17 años encontramos un 8.77% (n=5) en cuanto al sexo masculino y un 11.62% (n=5) en cuanto al sexo femenino, de 18 años encontramos un 8.77% (n=5) del sexo masculino y un 4.65% (n=2) en cuanto al sexo femenino, de la edad de 19 años encontramos un 14% (n=8) del sexo masculino y un 20.93% (n=9) del sexo femenino.

La distribución de acuerdo al inicio temprano de relaciones sexuales y a la edad en la que se presentó fue la siguiente:

De 12 años el 1.6% (n=1) no tuvieron, de la edad 13 años encontramos un 7.6% (n=3) si tuvieron y un 3.2% (n=2) no presentaron. De 14 años 12.8% (n=5) si presentaron y un 60.65% (n=37) no presentaron.

De 15 años encontramos un 10.25% (n=4) si presento y un 13.11% (n=8) no presentaron, de la edad de 16 años encontramos 7.6% (n=3) si presentaron y un 4.9% (n=3) no presentaron, de 17 años encontramos un 7.6% (n=3) si presento mientras el 11.47% (n=7) no presento, de 18 años encontramos un 15.31% (n=6) si presento mientras que el 1.63% (n=1) no presento, de la edad de 19 años encontramos un 38.46% (n=15) si presento mientras que el 3.27% (n=2) no presento.

Con un porcentaje global del 39% de adolescentes con inicio temprano de relaciones sexuales y un 61% sin inicio (Ver tabla 2).

TESIS CON  
PALA DE ORIGEN

En cuanto a la distribución por sexo e inicio temprano de relaciones sexuales encontramos que un 69.23% (n=27) del sexo masculino si presentó mientras que un 49.18% (n=30) no presentaron inicio de relaciones sexuales; en cuanto al sexo femenino tenemos un 30.77% (n=12) si presentó inicio temprano de relaciones sexuales contra un 50.81% (n=31) que no presentó. Haciendo un porcentaje global de 39% de adolescentes que tuvieron inicio de relaciones sexuales contra un 61% de aquellos que no tuvieron (Ver tablas 3,4,5) Encontramos la siguiente relación entre el inicio temprano de relaciones sexuales (I.T.R.S.) y escolaridad: a nivel secundaria un 66.66% (n=26) si presento I.T.R.S. mientras que un 91.80 (n=56) no presenta I.T.R.S., a nivel preparatoria un 30.76% (n=12) presentó I.T.R.S. mientras que un 6.55% (n=4) no presentó I.T.R.S.; a nivel de carrera técnica encontramos que un 2.56% (n=1) si presento I.T.R.S. mientras que un 1.65% (n=1) no presentó I.T.R.S.

De la relación de nivel de conocimientos sobre sexualidad y el inicio temprano de relaciones sexuales encontramos que dentro de aquellos que poseían conocimientos inadecuados un 17.94% (n=7) habían presentado I.T.R.S. mientras que un 19.67(n=12) no había presentado; dentro de los que tenían conocimiento regulares un 64.1% (n=25) presento I.T.R.S. mientras que un 55.73%(n=34) no presentaron; de aquellos que poseían conocimientos sobre educación sexual adecuados un 17.94% (n=7) si presentaban I.T.R.S. mientras que un 24.59%(n=15) no presenta I.T.R. S.

De acuerdo a la asociación entre el I.T.R.S. y la fuente de información de la cual obtuvieron los conocimientos sobre sexualidad tenemos que dentro de aquellos que poseían conocimientos formales solo un 20.51% (n=8) habían iniciado relaciones sexuales mientras que un 27.86% (n=17) no habían iniciado; de aquellos que poseían información de tipo informal tenemos que un 15.38% (n=6) habían presentado I.T.R.S. mientras que 4.91% (n=3) no habían iniciado relaciones sexuales. De aquellos que poseían ambos tipos de fuentes de información tenemos que un 46.15% (n=18) si habían presentado inicio de relaciones sexuales mientras que un 60.65% (n=37)no habían iniciado relaciones sexuales. De aquellos que no poseían ningún tipo de fuente de información tenemos que un 17.94% (n=7) habían iniciado relaciones sexuales mientras que un 6.55% (n=4) no habían iniciado relaciones sexuales a temprana edad. De la relación de adolescentes con vida sexual activa y presentación de embarazo no deseado tenemos que el 43.58% (n=17) si lo presentó mientras que el 56.42% (n=22) no presenta embarazo no deseado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo a la relación de vida sexual activa y presentación de aborto tenemos que un 33.33% (n=13) de adolescentes lo presentaron, mientras que un 66.66% (n=26) no lo presentaron. De la relación sobre el nivel de conocimientos sobre la sexualidad y presentación de aborto encontramos lo siguiente: de los adolescentes que poseían conocimientos inadecuados un 23.07% (n=3) lo presentaron mientras que un 18.39% (n=16) no lo presentaron; de aquellos que poseían conocimientos regulares un 61.55%(n=8) presentó aborto mientras que un 58.62%(n=51) no lo presentó; de aquellos que poseían conocimientos adecuados solo el 15.38% (n=2) presentó mientras que el 22.98% (n=20) no presentó.

De la relación de adolescentes con vida sexual activa y presentación de enfermedades sexualmente transmisibles encontramos que un 64.1% (n=25) si presentó enfermedad de transmisión sexual mientras que un 35.9% (n=14) no la presentó.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos con vida sexual activa encontramos que el 46.15% (n=18) si los utilizaba mientras que el 53.85% (n=21) no los utilizaba.

De la relación de adolescentes que utilizaron métodos anticonceptivos y presentaron enfermedades sexualmente transmisibles encontramos que el 55.55% (n=10) si utilizaba métodos anticonceptivos y si presentaron enfermedad sexualmente transmisible mientras que el 18.29% (n=15) no utilizaba método anticonceptivo pero si presentaron enfermedad sexualmente transmisible, de igual manera el 44.44% (n=8) si utilizó método anticonceptivo pero no presentó enfermedad sexualmente transmisible, mientras que el 81.7% (n=67) no utilizó método anticonceptivo y no presentó enfermedad sexualmente transmisible.

En cuanto a la relación entre el nivel de conocimientos sobre sexualidad y el inicio temprano de relaciones sexuales se encontró que en los adolescentes que contaban con inadecuada educación sexual, el inicio temprano de relaciones sexuales se presentó en un 36.84% (n=7), mientras que en los adolescentes que tenían una adecuada educación sexual se presentó en un 39.50% (n=32).

De acuerdo a la relación entre el nivel de conocimientos sobre sexualidad y presentación de embarazos no deseados se encontró que en los adolescentes que contaban con inadecuada educación sexual se presentó en un 15.78% (n=3), mientras que en los adolescentes que contaban con una adecuada educación sexual se presentó en un 17.28% (n=14).

En cuanto a la relación entre nivel de conocimientos sobre sexualidad y presentación de aborto se encontró que en adolescentes con inadecuada educación

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sexual se presentaba en un 15.78% (n=3), mientras que en adolescentes que tenían una adecuada educación sexual se presentó en un 12.34% (n=10).

En cuanto a la relación entre el nivel de conocimientos sobre sexualidad y presentación de embarazo no deseado se encontró que en adolescentes que tenían una educación sexual inadecuada se presentó en un 26.31% (n=5), mientras que en aquellos adolescentes que tenían una adecuada educación sexual se presentó en un 24.69% (n=20).

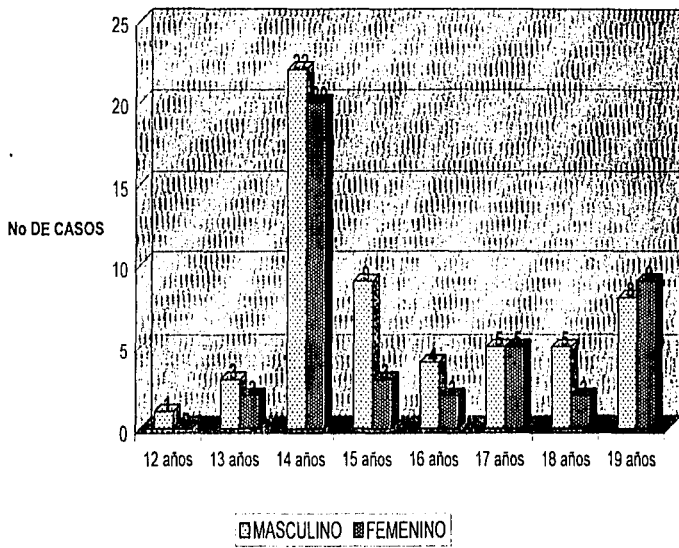
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA I  
 ADOLESCENTES SEGÚN DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD  
 DE LA UMF No 20 DE NOV 99- ENERO 2000.

EDAD	SEXO				TOTAL	%
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
12	1	1.75	0	0	1	1
13	3	5.2	2	4.65	5	5
14	22	38.59	20	46.51	42	42
15	9	15.78	3	6.9	12	12
16	4	7.01	2	4.65	6	6
17	5	8.77	5	11.62	10	10
18	5	8.77	2	4.65	7	7
19	8	14.03	9	20.93	17	17
TOTAL	57	100	43	100	100	100

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

ADOLESCENTES SEGUN DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD DE LA UMF No.  
20 DE NOV 99-ENERO 2000



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

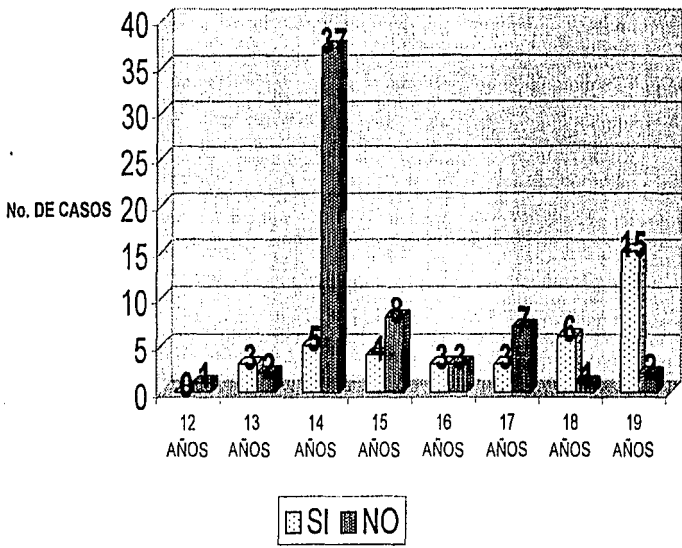


**TABLA 2**  
**ADOLESCENTES SEGÚN INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES**  
**Y EDAD DE LA UMF No.20 DE NOV 99- ENERO 2000.**

EDAD	INICIO TEMPRANO DE REL. SEX.					
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
12 AÑOS	0	0	1	1.6	1	1
13 AÑOS	3	7.6	2	3.2	5	5
14 AÑOS	5	12.8	37	60.65	42	42
15 AÑOS	4	10.25	8	13.11	12	12
16 AÑOS	3	7.6	3	4.9	6	6
17 AÑOS	3	7.6	7	11.47	10	10
18 AÑOS	6	15.31	1	1.63	7	7
19 AÑOS	15	38.46	2	3.27	17	17
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

ADOLESCENTES SEGUN INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES Y  
 EDAD DE LA UMF No. 20 DE NOV 99-ENERO 2000.



TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

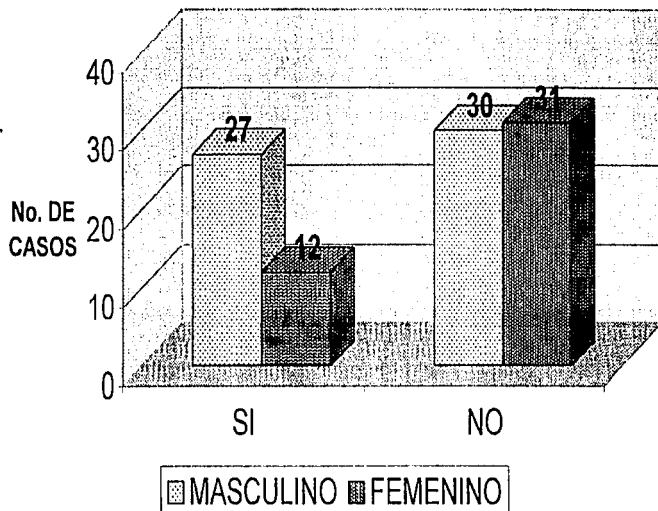
TABLA 3

ADOLESCENTES SEGÚN DISTRIBUCION POR SEXO  
E INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES  
DE LA UMF N° 20 DE NOV 99- ENERO 2000.

SEXO	INICIO TEMPRANO REL. SEXUALES			
	SI	%	NO	%
MASCULINO	27	69.23	30	49.18
FEMENINO	12	30.77	31	50.81
TOTAL	39	100	61	100

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ADOLESCENTES SEGUN DISTRIBUCION POR SEXO E  
INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES DE LA  
UMF No. 20 NOV 99- ENERO 2000.



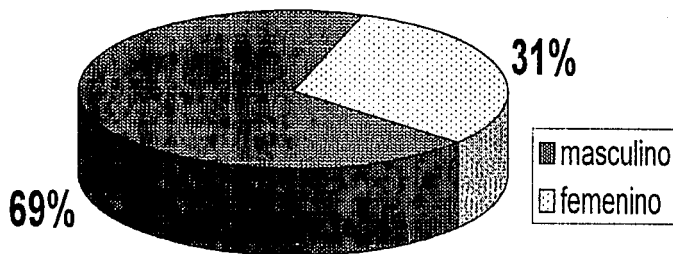
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 4**  
**ADOLESCENTES SEGÚN DISTRIBUCION POR SEXO E INICIO TEMPRANO**  
**DE RELACIONES SEXUALES EN LA UMF No. 20 DE NOV 99- ENERO 2000.**

SEXO	INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES	
	No.	%
MASCULINO	27	69.23
FEMENINO	12	30.77
TOTAL	39	100

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

ADOLESCENTES SEGUN DISTRIBUCION POR SEXO E  
INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES DE LA  
UMF No. 20 DE NOV 99- ENERO 2000.



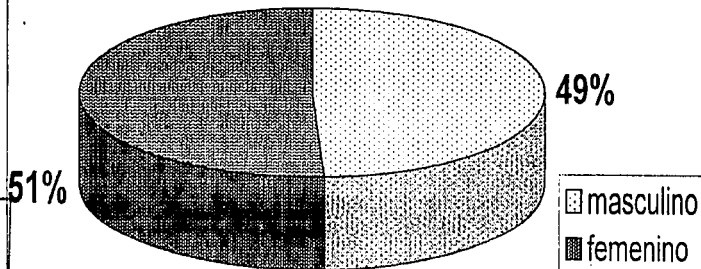
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA 5  
 ADOLESCENTES SEGÚN DISTRIBUCION POR SEXO SIN INICIO TEMPRANO  
 DE RELACIONES SEXUALES EN LA UMF No. 20 DE NOV 99- ENERO 2000.

SIN INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES		
SEXO	No.	%
MASCULINO	30	49.18
FEMENINO	31	50.81
TOTAL	61	100

TESIS CON  
 FALTA DE ORIGEN

ADOLESCENTES SEGUN DISTRIBUCION POR SEXO SIN  
INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES DE LA  
UMF No. 20 DE NOV 99-ENERO 2000.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



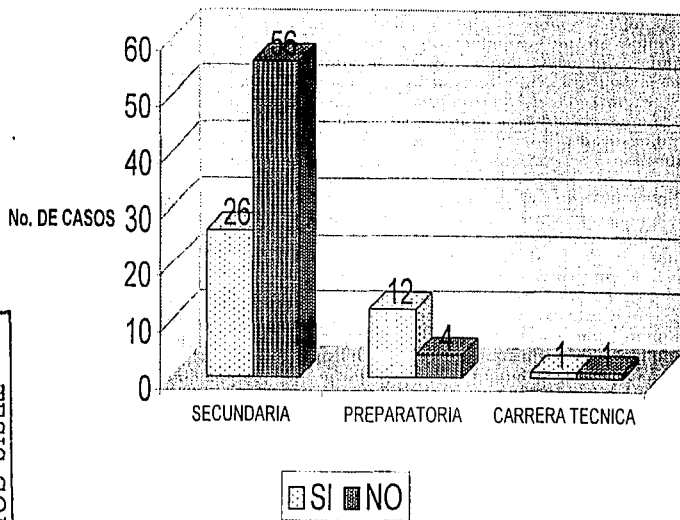
TABLA 6

ADOLESCENTES SEGÚN ASOCIACION ENTRE INICIO  
 TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES Y ESCOLARIDAD  
 EN LA UMF No 20 NOV 99- ENERO 2000

ESCOLARIDAD	REL.SEX.TEMPRANAS				TOTAL	
	SI		NO		No.	%
	No.	%	No.	%		
SECUNDARIA	26	66.66	56	91.8	82	82
PREPARATORIA	12	30.76	4	6.55	16	16
CARRERA TECNICA	1	2.56	1	1.65	2	2
TOTAL	39	100	61	100	100	100

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

ADOLESCENTES SEGUN ASOCIACION ENTRE INICIO TEMPRANO DE  
RELACIONES SEXUALES Y ESCOLARIDAD EN LA UMF No. 20 DE NOV 99-  
ENERO 2000



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

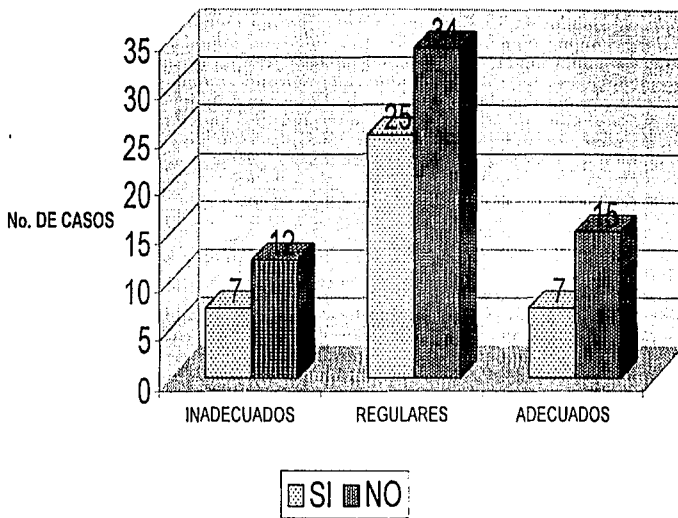
TABLA 7  
 ADOLESCENTES SEGÚN ASOCIACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE  
 SEXUALIDAD E INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES DE LA UMF No 20  
 DE NOV 99- ENERO 2000.

CONOCIMIENTOS	INICIO TEMPRANO REL. SEX.				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
INADECUADOS	7	17.94	12	19.67	19	19
REGULARES	25	64.1	34	55.73	59	59
ADECUADOS	7	17.94	15	24.59	22	22
TOTAL	39	100	61	100	100	100

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

29M

ADOLESCENTES SEGUN ASOCIACION ENTRE EL NIVEL DE  
CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD E INICIO DE RELACIONES SEXUALES  
DE LA UMF No. 20 DE NOV 99- ENERO 2000.



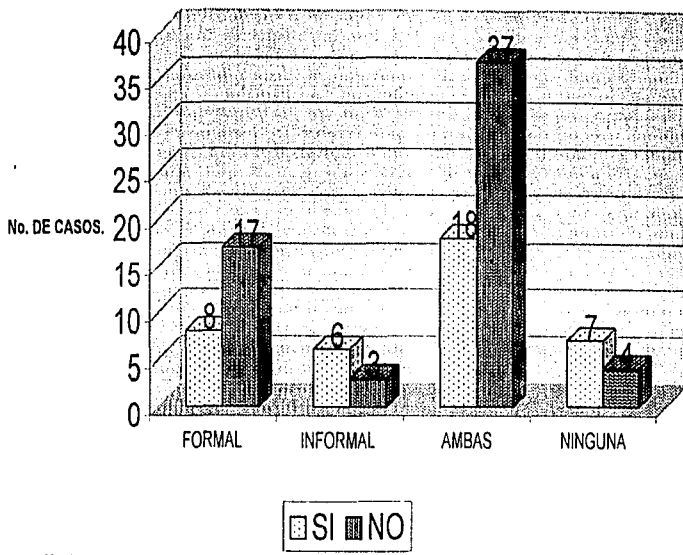
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 8**  
**ADOLESCENTES SEGÚN ASOCIACION ENTRE INICIO TEMPRANO**  
**DE RELACIONES SEXUALES Y FUENTE DE INFORMACION**  
**EN LA UMF No. 20 DE NOV 99- ENERO 2000.**

FUENTE DE INFORMACION	INICIO TEMPRANO REL. SEX					
	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
FORMAL	8	20.51	17	27.86	25	25
INFORMAL	6	15.38	3	4.91	9	9
AMBAS	18	46.15	37	60.65	55	55
NINGUNA	7	17.94	4	6.55	11	11
TOTAL	39	100	61	100	100	100

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

ADOLESCENTES SEGUN ASOCIACION ENTRE INICIOTEMPRANO DE RELACIONES  
SEXUALES Y FUENTE DE INFORMACION EN LA UMF No. 20 DE NOV 99- ENERO 2000.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA 9  
ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA SEGÚN PRESENTACION  
DE EMBARAZO NO DESEADO DE LA UMF No 20 DE NOV 99- ENERO 2000.

EMBARAZO NO DESEADO	No.	%
SI	17	43.58
NO	22	56.42
TOTAL	39	100

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA SEGUN  
PRESENTACION DE EMBARAZO NO  
DESEADO DE LA UMF No. 20 DE NOV 99- ENERO 2000

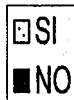
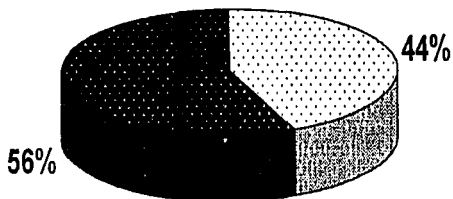


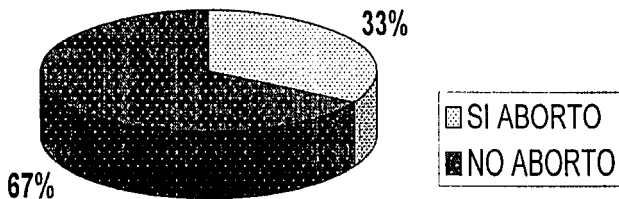


TABLA 10  
ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA SEGÚN PRESENTACION DE ABORTO  
DE LA UMF No 20 DE NOV 99- ENERO 2000.

ABORTO	No	%
SI	13	33.33
NO	26	66.66
TOTAL	39	100

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA SEGUN  
PRESENTACION DE ABORTO DE LA UMF No 20 DE NOV  
99- ENERO 2000



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA II  
 ADOLESCENTES SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD  
 Y PRESENTACION DE ABORTO DE LA UMF No: 20 DE NOV 99-ENERO 2000.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD	ABORTO				TOTAL	
	SI		NO		No.	%
	No.	%	No.	%		
INADECUADO	3	23.07	16	18.39	19	19
REGULAR	8	61.55	51	58.62	52	52
ADECUADO	2	15.38	20	22.98	22	22
TOTAL	13	100	87	100	100	100

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

ADOLESCENTES SEGUN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y  
PRESENTACION DE ABORTO DE LA UMF No. 20 DE NOV 99- ENERO 2000.

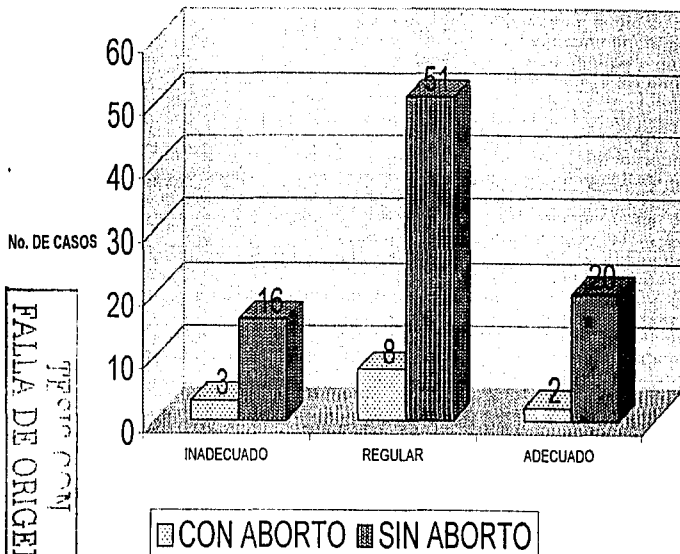


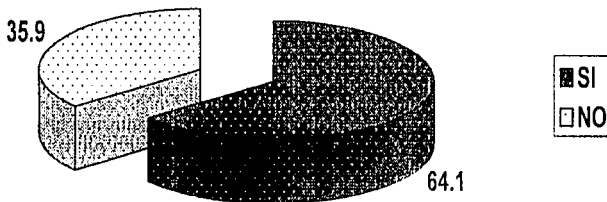
TABLA 12

ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA SEGUN  
PRESENTACION DE ENFERMEADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES  
DE LA UMF No 20 DE NOV DE 99 - ENERO 2000.

ENFERMEADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES	No.	%
SI	25	64.1
NO	14	35.9
TOTAL	39	100

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA SEGUN  
PRESENTACION DE ENFERMEDADES SEXUALMENTE  
TRANSMISIBLES DE LA UMF No 20 DE NOV 99- ENERO  
2000



origen  
CON  
FALLA DE ORIGEN

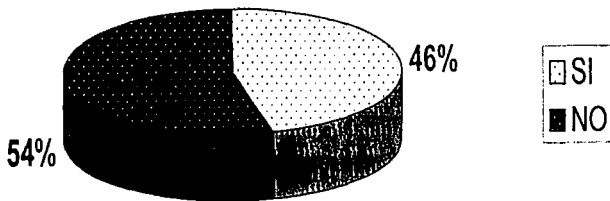
TABLA 13

ADOLESCENTE CON VIDA SEXUAL ACTIVA SEGÚN USO DE METODOS  
ANTICONCEPTIVOS DE LA UMF No 20 DE NOV 99- ENERO 2000.

METODOS ANTICONCEPTIVOS	No	%
SI	18	46.15
NO	21	53.85
TOTAL	39	100

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA SEGÚN  
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LA UMF No  
20 DE NOV 99- ENERO 2000



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

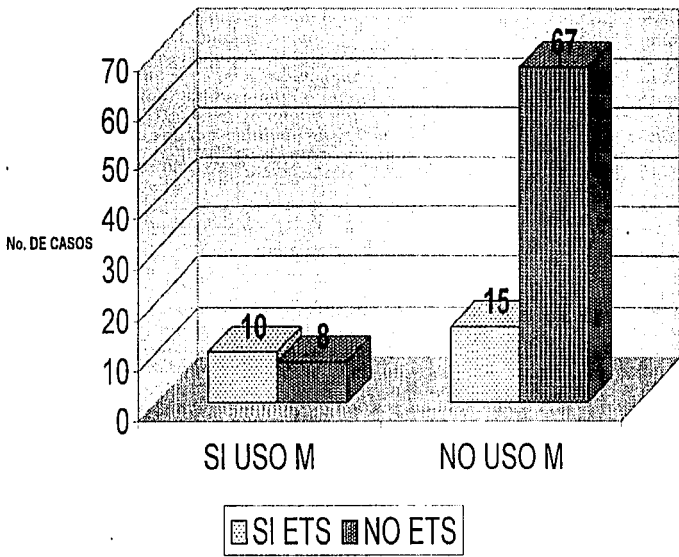


**TABLA 14**  
**ADOLESCENTES SEGÚN ASOCIACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS**  
**Y PRESENTACION DE ENFERMEADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES**  
**EN LA UMF No 20 DE NOV 99 - ENERO DE 2000.**

ENF.TRANS. SEXUAL	USO DE METODO ANTICONCEPTIVO				TOTAL	
	SI		NO		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	10	55.55	15	18.29	25	25
NO	8	44.44	67	81.7	75	75
TOTAL	18	100	82	100	100	100

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

ADOLESCENTES SEGUN ASOCIACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y PRESENTACION DE ENFERMEADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES EN LA UMF No. 20 DE NOV 99-ENERO 2000.



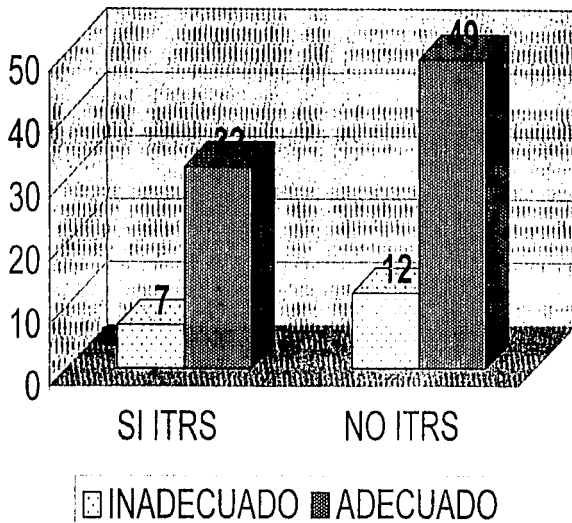
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA 15  
**ADOLESCENTES SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD E INICIO  
 TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES DE LA UMF. No.20 DE NOV 99-ENERO DEL  
 2000.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	INICIO TEMPRANO DE REL SEX.				TOTAL	
	SI		NO		No.	%
	No.	%	No.	%		
ADECUADO	32	39.50	49	60.49	81	81
INADECUADO	7	36.84	12	63.15	19	19

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

ADOLESCENTES SEGUN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE  
SEXUALIDAD E INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES  
DE LA UMF No. 20 DE NOV 99- ENERO 2000.



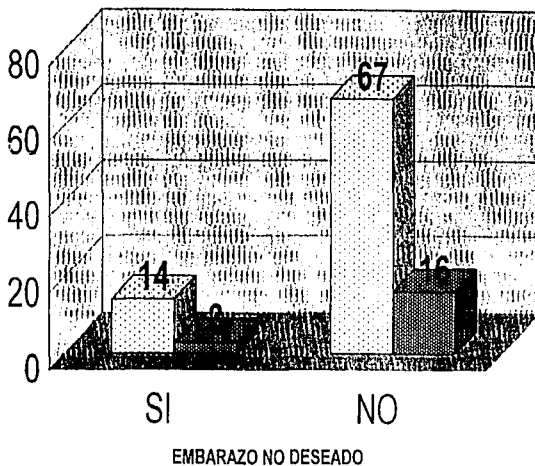
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA 16  
**ADOLESCENTES SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y  
 PRESENTACION DE EMBARAZO NO DESEADO DE LA UMF. No:20 DE NOV 99-ENERO  
 DEL 2000.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	EMBARAZO NO DESEADO				TOTAL	
	SI		NO		No.	%
	No.	%	No.	%		
ADECUADO	14	17.28	67	82.71	81	81
INADECUADO	3	15.78	16	84.21	19	19

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

ADOLESCENTES SEGUN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y  
PRESENTACION DE EMBARAZO NO DESEADO  
DE LA UMF No. 20 DE NOV 99-ENERO DEL 2000.



FALLA DE ORIGEN

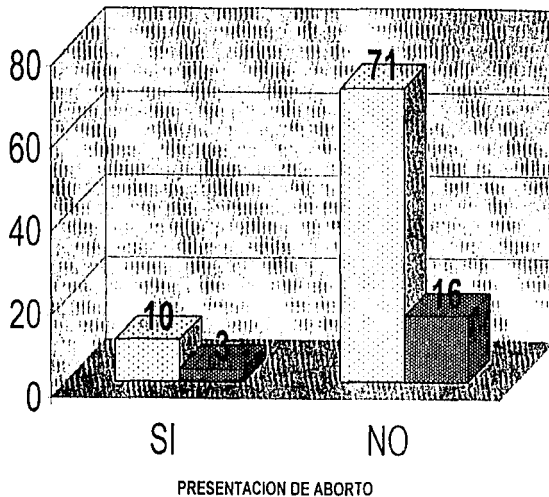
TESIS CON

TABLA 17  
 ADOLESCENTES SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y  
 PRESENTACION DE ABORTO DE LA UMF. No.20 DE NOV 99-ENERO DEL 2000.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ABORTO				TOTAL	
	SI		NO		No.	%
	No.	%	No.	%		
ADECUADO	10	12.34	71	87.66	81	81
INADECUADO	3	15.78	16	84.21	19	19

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

AOLESCENTES SEGUN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y PRESENTACION  
DE ABORTO DE LA UMF NO. 20 DE NOV 99-ENERO DEL 2000.



■ ADECUADO ■ INADECUADO



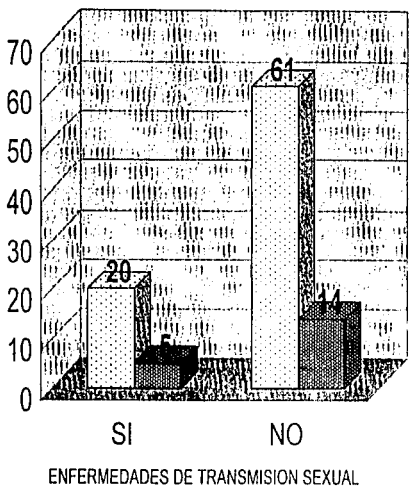
**TABLA 18**  
**ADOLESCENTES SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y**  
**PRESENTACION DE ENFERMEADES DE TRANSMISION SEXUAL. DE LA UMF. No.20**  
**DE NOV 99-ENERO DEL 2000.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ENF. SEXUAL. TRANSMISIBLES				TOTAL	
	SI		NO		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
ADECUADO	20	24.69	61	75.30	81	81
INADECUADO	5	26.31	14	73.68	19	19

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

TESTES CON  
FALLA DE ORIGEN

ADOLESCENTES SEGUN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y  
PRESENTACION DE ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES DE LA  
UMF No. 20 DE NOV. 99-ENERO DEL 2000.



□ ADECUADOS    ■ INADECUADOS

## ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

La presente investigación estudio 100 adolescentes con respecto al nivel de conocimiento sobre sexualidad esto como factor de riesgo para la presentación de l inicio temprano de relaciones sexuales, embarazo no deseado, aborto, enfermedades sexualmente transmisibles.

En cuanto a la distribución por sexo, predomino el sexo masculino 1.3:1. Lo cual es reflejo de la estadística actual en México en cuanto a la distribución por sexos. (3)

De acuerdo a la distribución por sexo y edad encontramos que el mayor porcentaje que se presento fue en adolescentes masculinos de 15 años de edad, lo cual no concuerda con la pirámide poblaciones de adscritos a la UMF no. 20 ya que el sexo más predominante a esta edad es el sexo femenino. (28)

De acuerdo a la distribución del inicio temprano de relaciones sexuales y edad encontramos que fue en el grupo de 19 años donde predomino el mayor porcentaje en cuanto a la presentación del inicio de relaciones sexuales, lo que no concuerda con la literatura ya que la edad media en que se presenta la primera relación sexual en hombres es a los 15 años y en la mujer es a los 16 años. (1,14)

En cuanto a la distribución por sexo e inicio temprano de relaciones sexuales encontramos que fue en el sexo masculino donde se observó la mayor incidencia de presentación de relaciones sexuales tempranas y en cuanto al no inicio de relaciones sexuales tempranas guardo una relación de igualdad, en ambos sexos, lo que concuerda con la literatura, porque de acuerdo al rol que juega el sexo masculino en una sociedad machista, en donde se le juzga crónicamente al adolescente masculino que no ha iniciado relaciones sexuales, además de que los motivos que lo guían hacerlo son el placer y razones físicas, mientras que en la mujer son amor, devoción, compromiso. (14)

En el análisis sobre la presentación del inicio temprano de relaciones sexuales y escolaridad, encontramos que el mayor porcentaje donde estas se presentan es en el ámbito de secundaria, lo que concuerda con la literatura donde anteriormente mencionamos que es a la edad de 15 y 16 años cuando se presenta la primera relación sexual y es en este rango de edad cuando se cursa la secundaria. (1,19)  
De la relación sobre el inicio temprano de relaciones sexuales y el nivel de conocimientos que sobre sexualidad encontramos: que fueron los adolescentes con conocimientos regulares los que obtuvieron un mayor porcentaje en cuanto al inicio de relaciones sexuales, pero realmente no es muy significativo ya que es dentro de este

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

mismo nivel donde se encuentra también el mayor porcentaje de adolescentes que no han iniciado relaciones sexuales comparado con las otras dos escalas de nivel de conocimiento, por lo que realmente no influye el nivel de conocimientos que se tengan para el inicio temprano de relaciones sexuales porque existen otras variables que también influyen (14)

.De acuerdo a la relación de la fuente de información de la cual se obtuvieron los conocimientos sobre sexualidad y el inicio temprano de relaciones sexuales encontramos que fueron aquellos adolescentes que poseían ambas fuentes: formal e informal los que más pronto iniciaron tempranamente relaciones sexuales, pero es también en este grupo de adolescentes con ambas fuentes de información se encontró que existe el mayor porcentaje de adolescentes que no han iniciado relaciones sexuales, por lo que podemos inferir que no es un factor predisponente para tener o no tener un inicio temprano de relaciones sexuales. (18)

De la relación de adolescentes con vida sexual activa y presentación de embarazo no deseado encontramos un porcentaje alto del 43.58% concordado esto con los autores quienes nos refieren que en 1996 se registraron en la República Mexicana más de 100,000 nacimientos de madres adolescentes menores de 15 años y casi 414,000 de madres extremadamente jóvenes aumentando así la morbilidad materna además de las repercusiones psicosociales, que conlleva. (14)

En cuanto a la relación de vida sexual activa y presentación de aborto encontramos una alta incidencia aproximadamente un tercio del total de los adolescentes que iniciaron relaciones sexuales concordando con los autores quienes afirman que la incidencia es alta per se al subregistro que existe dado esto porque México es un país donde el aborto no está legalizado salvo en ciertas circunstancias y previa autorización de los padres o de la esposa, teniendo que recurrir con personas no capacitadas y en condiciones insalubres con consecuencias graves lo que aumenta también el índice de morbilidad (4).

Sobre el nivel de conocimientos sobre la sexualidad y presentación de abortos encontramos que en porcentaje más alto correspondió a aquellos adolescentes que presentaban conocimientos regulares, por lo que podemos inferir que el hecho de tener conocimientos sobre el tema no nos protege de factores de riesgo como es el caso del aborto (9).

En cuanto a la relación de adolescentes con vida sexual activa y presentación de enfermedades sexualmente encontramos un alto porcentaje aproximadamente el 64.10%, por lo que concuerda con la literatura médica quien refiere que las enfermedades más comunes en el grupo de 15 y 19 años son la candidiasis, tricomoniasis,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

y gonorrea (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica), en los siguientes porcentajes: 15 años en un 16.2%; 16 años en un 7.4%; 17 años en un 7.5%; 18 años en un 5.3 %; 19 años en un 7.0%. Haciendo un paréntesis importante respecto a la enfermedad de los últimos tiempos el SIDA que según reporte de CONASIDA (1996) muestra que aproximadamente el 40% de los casos se contagian durante la adolescencia (4).

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos con vida sexual activa encontramos que es mayor el porcentaje de adolescentes que no utilizan métodos anticonceptivos y que en ocasiones son por desconocimiento sobre el uso de los mismos en algunas otras por pena o vergüenza no los compran, lo que invariablemente va a traer como consecuencia embarazo no deseados, aborto, enfermedades sexualmente transmisibles (8).

De la relación de adolescentes que utilizaron métodos anticonceptivos y presentaron enfermedades sexualmente transmisibles encontramos un alto porcentaje de adolescentes que si utilizaban métodos anticonceptivos y presentaron enfermedades sexualmente transmisibles así como un alto porcentaje de aquellos que no utilizaron ningún tipo de método y también presentaron enfermedades sexuales, lo que concuerda con la literatura médica, de que las causas que nos pueden explicar esto son: o bien que el adolescente no usa adecuadamente el anticonceptivo, ignorando las técnicas adecuadas para su uso o bien que no los utiliza (16).

En cuanto al inicio temprano de relaciones sexuales y el nivel de conocimientos sobre sexualidad encontramos que realmente no fue muy significativa la diferencia entre los adolescentes que tenían una adecuada educación sexual comparado con aquellos que poseían una inadecuada educación sexual, y que habían iniciado tempranamente relaciones sexuales, siendo ligeramente elevado el porcentaje (2.66%) en el grupo de adolescentes que poseían conocimientos adecuados.

En cuanto al nivel de conocimientos sobre sexualidad y la presentación de embarazos no deseados encontramos también que no fue muy significativa la diferencia entre el grupo de adolescentes con inadecuada educación sexual comparado con el grupo de adolescentes con adecuada educación sexual siendo ligeramente alto el porcentaje de presentación en aquellos adolescentes que tenían una adecuada educación sexual (1.5%).

En cuanto al nivel de conocimientos sobre sexualidad y la presentación de aborto encontramos que la diferencia entre ambos grupos fue ligeramente significativa ya que fue mayor el porcentaje encontrado en el grupo que contaba con

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**inadecuados conocimientos sobre sexualidad (3.44%), que en el grupo que contaba con conocimientos adecuados.**

**En cuanto al nivel de conocimientos sobre sexualidad y presentación de enfermedades sexualmente transmisibles encontramos que existió una diferencia aunque no significativa ligeramente mayor en el grupo que tenía una inadecuada educación sexual (1.62%), comparado con el grupo de adolescentes que tenía una adecuada educación sexual.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES.

En la presente investigación que se realizó sobre la inadecuada educación sexual como factor de riesgo para el inicio temprano de relaciones sexuales, embarazo no deseado, aborto y enfermedades sexualmente transmisibles, en adolescentes de la U.M.F. No. 20 "Vallejo" Delegación 1 Noroeste del D.F. se concluye que:

En cuanto a nivel de conocimientos sobre sexualidad y en base al cuestionario aplicado encontramos que del total de la muestra el 19% (n=19) de adolescentes tenían conocimientos inadecuados, el 59% (n=59) de adolescentes tenían conocimientos regulares y el 22% (n=22) adolescentes con conocimientos adecuados.

En relación a la fuente de información se observó que el 25% (n=25) de adolescentes contaban con información de tipo formal; 55% (n=55) de adolescentes contaban con información de tipo formal e informal, 9% (n=9) de adolescentes con información de tipo informal y 11% (n=11) de adolescentes no contaban aparentemente con ningún tipo de información.

En los adolescentes que tienen inadecuada educación sexual, se encontró que el inicio temprano de relaciones sexuales se presenta en un 36.84% (n=7) los embarazos no deseados en un 15.78% (n=3) el aborto en un 15.78% (n=3) y las enfermedades sexualmente transmisibles en un 26.31% (n=5).

Mientras que en los adolescentes que cuentan con adecuada educación sexual, el inicio temprano de relaciones sexuales se presentan en un 39.50% (n=32) los embarazos no deseados en un 17.28% (n=14) el aborto en un 12.34% (n=10) y las enfermedades sexualmente transmisibles en un 24.69% (n=20).

Concluyendose que el nivel de conocimientos sobre educación sexual, así como la fuente de información ya sea formal o informal, no influye directamente como factor de riesgo para la presentación del inicio temprano de relaciones sexuales, embarazo no deseado, aborto y enfermedades sexualmente transmisibles sino que se asocia a otros factores externos; cultura, religión, medios masivos de comunicación, influencia de pares, escuela, características de la familia, de la pareja y de la propia personalidad del adolescente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## COMENTARIO

Como todos sabemos, la sexualidad humana supone cambios físicos, psicológicos que empiezan antes del nacimiento y continúan durante toda la vida, los más importante se presentan durante la adolescencia.

La adolescencia es una etapa de transición o periodo evolutivo de la niñez a la edad adulta y autónoma durante la cual el individuo busca pautas de conocimiento que respondan al nuevo funcionamiento de su cuerpo y a los requerimiento socioculturales.

La realización de actividades sexuales, sin una información adecuada forman parte de su aceptación por su grupo de amigos, por sentimiento de pertinencia, por encontrarse así mismo, por el deseo de sentirse amado conllevando a ejercer una sexualidad sin el cuidado correspondiente y sin responsabilidad.

La educación deficiente en materia sexual puede traer como consecuencia el inicio temprano de relaciones sexuales, el embarazo no deseado, aborto y enfermedades sexualmente transmisibles.

Es necesario y urgente que el adolescente posea una adecuada orientación sexual y reproductiva que incluya tanto aspectos informativos como formativos, lo cual constituiría la única arma para poder enfrentar la situación actual y evitar así ser la víctima de la ignorancia y de la manipulación, a la vez que le brindara elementos importantes para el logro de su salud, de su identidad sexual y finalmente puede expresar su sexualidad de una manera responsable, libre de angustia y disfrutarla plenamente.

Es importante que las personas que provean la información sobre educación sexual y reproductiva del adolescente estén bien preparadas en el campo de la sexualidad y de la adolescencia pues la buena voluntad o el cumplimiento superficial de esta función no es suficiente, pues estos temas tocan aspectos íntimos y decisivos de la vida del ser humano por lo que se puede perjudicar en vez de ayudar en su desarrollo por lo que se sugiere continuar con los programas de atención a familias a adolescentes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **RESUMEN**

El fenómeno de la adolescencia es de lo más importante en la vida humana; es un período donde se hace necesario un conjunto de ajustes del individuo para funcionar respecto así mismo, con el medio y a la vez estos ajustes inciden matizándose por el medio social y cultural donde el individuo se desarrolla, así tenemos que: numerosas variables como la influencia de los compañeros, los medios masivos de comunicación, el papel de la escuela, la cultura la religión, las características de la familia y de la pareja así como los factores propios de la personalidad del adolescente aunado a una inadecuada educación sexual que pueden determinar el inicio temprano de relaciones sexuales, con sus probables consecuencias: embarazos no deseados, abortos y enfermedades sexualmente transmisibles.

## **MATERIAL Y METODOS**

Este estudio se realizó en la U.M.F. No. 20 "Vallejo", Delegación I Noroeste D.F. en adolescentes de noviembre de 1999 a enero del 2000.

Las características del estudio que se llevó a cabo fueron descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal.

El universo de trabajo fueron 100 adolescentes seleccionados de manera aleatoria.

Los criterios de inclusión son todos los adolescentes que deseen ser incluidos en el estudio y que este adscritos a la U.M.F. No. 20 "Vallejo".

Los criterios de exclusión son todos aquellos adolescentes que no desearon ser incluidos en el estudio y que no estaban adscritos a la U.M.F. No. 20 "Vallejo".

El instrumento de investigación aplicado es un cuestionario avalado por el programa IMSS Solidaridad que tienen como finalidad abordar al grupo de adolescente como unidad de estudio, consta de 50 reactivos, de los cuales únicamente se califican 37 preguntas el resto es para información general.

La escala es la siguiente:

Menos de 22 aciertos: conocimientos inadecuados.

De 23 a 29 aciertos: conocimientos regulares

De 30 a 37 aciertos: conocimientos adecuados.

## **RESULTADOS**

En cuanto a la distribución de sexo, el mayor porcentaje que predominó fue el masculino. De acuerdo a la distribución del inicio temprano de relaciones sexuales y edad

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

encontramos que fue el grupo de 19 años el que había iniciado tempranamente relaciones sexuales.

En cuanto a la distribución por sexos e inicio temprano de relaciones sexuales encontramos que fue el sexo masculino el que mas tempranamente inicia relaciones sexuales, en comparación de las mujeres.

Sobre el inicio temprano de relaciones sexuales y escolaridad, encontramos que fue a nivel de secundaria donde se presentaban las primeras relaciones sexuales.

Con relación al nivel de conocimientos sobre la sexualidad y el inicio temprano de las relaciones sexuales, encontramos que los adolescentes que poseían conocimientos regulares eran los que iniciaron más tempranamente, sus relaciones sexuales. De acuerdo a la fuente de información y el inicio temprano de relaciones sexuales encontramos que el mayor porcentaje alcanzado correspondió al grupo que tenía ambas fuentes de información (formal e informal).

De la relación de adolescentes con vida sexual activa y presentación de embarazo no deseado se encontró un alto porcentaje aproximadamente un 43.58% del total de la muestra que había iniciado relaciones sexuales. De la relación de adolescentes con vida sexual activa y presentación de aborto, mostró una incidencia alta de aproximadamente un 33% un tercio del total de la muestra.

En cuanto al nivel de conocimientos sobre sexualidad y aborto, tenemos que el más alto porcentaje, correspondió al grupo de adolescentes que poseían conocimientos regulares.

En cuanto a la relación de adolescentes con vida sexual activa y presentación de enfermedades sexualmente transmisibles encontramos un alto porcentaje aproximadamente del 64.10%; en cuanto al uso de métodos anticonceptivos y vida sexual activa encontramos que es mayor el porcentaje de adolescentes que no utilizan ningún método anticonceptivo y de aquellos que si utilizaban se encontró un alto porcentaje de adolescentes con enfermedades sexualmente transmisibles.

En cuanto al inicio temprano de relaciones sexuales y el nivel de conocimientos sobre sexualidad encontramos que realmente no fue muy significativa la diferencia entre los adolescentes que tenían una adecuada educación sexual comparado con aquellos que poseían una inadecuada educación sexual, y que habían iniciado tempranamente relaciones sexuales, siendo ligeramente elevado el porcentaje (2.66%) en el grupo de adolescentes que poseían conocimientos adecuados.

En cuanto al nivel de conocimientos sobre sexualidad y la presentación de embarazos no deseados encontramos también que no fue muy significativa la diferencia entre el grupo de adolescentes con inadecuada educación sexual comparado con el grupo de adolescentes con adecuada educación sexual siendo ligeramente alto el porcentaje de presentación en aquellos adolescentes que tenían una

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

adecuada educación sexual (1.5%).

En cuanto al nivel de conocimientos sobre sexualidad y la presentación de aborto encontramos que la diferencia entre ambos grupos fue ligeramente significativa ya que fue mayor el porcentaje encontrado en el grupo que contaba con inadecuados conocimientos sobre sexualidad (3.44%), que en el grupo que contaba con conocimientos adecuados.

En cuanto al nivel de conocimientos sobre sexualidad y presentación de enfermedades sexualmente transmisibles encontramos que existió una diferencia aunque no significativa ligeramente mayor en el grupo que tenía una inadecuada educación sexual (1.62%), comparado con el grupo de adolescentes que tenía una adecuada educación sexual.

De acuerdo a los objetivos planeados se concluyo que la educación sexual formal e informal no influye directamente como factor de riesgo para la presentación del inicio temprano de relaciones sexuales, embarazo no deseado, aborto y enfermedades sexualmente transmisibles, sino que se asocia a otros factores externos tales como: cultura, religión, medios masivos de comunicación, influencias de pares, escuela, características de la familia, de la pareja y de la propia personalidad del adolescente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFIA

1. Monroy V. Salud sexualidad y adolescencia; Editorial Cora, México; 1996: 220pp.
2. Froy S. Psicología de la vida erotica, editorial Iztasciualt; México ,1989: 280pp.
3. INEGI. Consejo Nacional de Poblacion. México 1996; Vol 5(1): 34-49.
4. Monroy P. Modelo de prevencion secundaria del embarazo de los adolescentes, Editorial Corea; México;1993: 240pp.
5. Lopez M. Salud reproductora de las Américas O.M.S.; Ed. Manual Moderno; México 1992; 188pp.
6. Portillo M. La adolescencia; Ed. de la banda oriental; México 1992; 198pp.
7. Asociacion Gineco -Obstetricia. Embarazo en el adolescente; Clinicas de Norte America; 1992; Vol 3(4):57-64.
8. Hospital de Gineco-Obstericia No 3. Manual de Gineco-Obstetricia;México 1996: 246 pp.
9. Ortiz E. Embarazo en adolescencia; Revista de Gineco-Obstetrica;México 1991; Vol 59(6):74-82.
10. McCary L. Sexualidad humana. Ed manual moderno; México 1192: 284pp.
11. Water. D. Nuevos métodos de educacion sexual. Ed. Marnes ; México 1995: 196pp.
12. Smith C. Social support knowledge of infant develoment, and maternal confidence amont adolescent and adults mothers; Obstet Gynecol Neonatal Nurs; 1997; Nov-Dec; vol 26(6):685-89.
13. Teenage mothers as breastfeeders;attitudes and behavlour;Journal Adolesc. 1997 Oct;Vol 20 (5) 505-9.
14. Jaurez N,Limón B. Antología de la sexualidad humana Editorial México México 1994 1030 pp.
15. Kaplan L. Adolescencia el adios a la infancia Editorial Paidos Mexico 1986 pag 112-119.
16. Pick S. Conocimientos de los adolescentes de la Ciudad de México sobre la conducta sexual y los anticonceptivos Editorial Mexico 1998 90pp.
17. Silver T. El futuro de la atención del adolescente Revista Mexicana de Pediatria 1994 enero-febrero vol 6 (11) 51-56.
18. Kably A,Mar de la R,Alvarado A. Embarazo en la adolescente, Analisis de 500 casos Revista de Ginec-obstetric 1998 Vol 50(6) pag 172-182.



19. Ahued A, Tommasi L, Vargas G. Atención obstetrica en la adolescencia revista de Ginec-obstretic 1988 Vol43 (7) pág 3-6.
20. Hurlock B. Psicología de la adolescencia, Editorial Psicologia educativa México 1989 199 pp.
21. Cubillos O, Ruiz C, Factores reportados por los adolescentes entre 14 y 20 años para la utilizacion o no de metodos anticonceptivos Editorial Jornadas de la tarde México 1998, 170 pp.
22. Gírald. G. Atención médica primaria en el adolescente. Arch Argent Pediatr 1982 ; Vol 1(38): 48-53.
23. Lewis G. Contraception and adolescent highlight from a recent NASPAG conference the contraceptive report ; 1993; Vol 3(8):44-51.
24. Thomas T. Anticonceptivos en el paciente adolescente; Pediatrics; 1995 : Vol 6(35):24-31.
25. Stout J eta als. Educacion sexual en la escuela tiene alguna utilidad; Pediatrics; Vol 27(392):124-129.
26. Dorothy H. La adolescente embarazada problema sociologico con consecuencias medicas. Ed Paidos 1996; 310pp.
27. Camus R. Embarazo en el adolescente, Salud Pública en México; Vol 10(6): 134-138.
28. ARIMAC. U.M.F No. 20. Estadística de adolescentes adscritos a la unidad 1998.
29. Sumaro E. Embarazo en el adolescente. Bol Med Hosp Inf de México; 1998, Agost. Vol55(8):34-523.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ANEXO I**

**SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION  
FICHA DE IDENTIFICACION**

Edad \_\_\_\_\_ años                      sexo \_\_\_\_\_                      Escolaridad \_\_\_\_\_  
Estado civil \_\_\_\_\_                      Fecha \_\_\_\_\_

**COMUNICACIÓN FAMILIAR**

1.- ¿Has recibido alguna vez pláticas sobre educación sexual?

SI ( )                      NO ( )                      NO SE ( )

2.- ¿Aproximadamente de los 13 a los 14 años de edad se presentan las primeras eyaculaciones en el hombre?

SI ( )                      NO ( )                      NO SE ( )

3.- ¿El coito se refiere al acto sexual, en el cual el hombre introduce el pene a la vagina durante el acto sexual?

SI ( )                      NO ( )                      NO SE ( )

4.- ¿Es normal que los niños y las niñas se masturben ?

SI ( )                      NO ( )                      NO SE ( )

5.- ¿Conoce el uso de los métodos anticonceptivos ?

SI ( )                      NO ( )                      NO SE ( )

6.- ¿En tu familia se habla sobre los temas de sexualidad?

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

7.- ¿En tu escuela recibes: cursos, clases etc... sobre educación sexual o temas relacionados?

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

8.- Homólogo al pene del hombre, es un órgano impar y medio, situado en la parte anterior y superior de la vulva.

- a) Meato urinario
- b) Himén
- c) Vagina
- d) Vulva
- e) Clitoris.

9.- Es el órgano de copulación de la mujer:

- a) ovario
- b) útero
- c) vagina
- d) vulva
- e) ovulo

10.- Es la edad ideal para que la mujer se embaraze:

- a) de los 12 a los 18 años de edad
- b) de los 18 a los 24 años de edad
- c) de los 24 a los 30 años de edad
- d) de los 30 a los 40 años de edad
- e) de los 25 a los 35 años de edad

11.- Quién determina el sexo del producto de la fecundación:

- a) la madre
- b) el padre
- c) el médico gineco obstetra
- d) el sacerdote
- e) la escuela

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

12.- Los caracteres sexuales secundarios, en el hombre son:

- a) cambio de voz

- b) presentación de vello púbico y axilar
- c) crecimiento músculo-esquelético (ensanchamiento de hombros)
- d) todas las anteriores
- e) ninguna de las anteriores

13.- El cambio más importante de la mujer en la fase de excitación es:

- a) lubricación vaginal
- b) contracción muscular involuntaria
- c) orgasmo intenso
- d) sudoración profusa
- e) aparición de ronchas en el cuerpo

14.- Se conoce como canales de socialización en sexualidad a:

- a) la familia
- b) las escuelas y los amigos
- c) los medios de comunicación
- d) la religión y las leyes
- e) todas las anteriores

15.- Para lograr una buena educación sexual se debe dar:

- a) una buena educación, formación e información de la sexualidad
- b) respuestas concretas sobre la sexualidad
- c) dar la libertad al joven
- d) estudiar en las escuelas particulares
- e) que el maestro siempre sea del sexo femenino

16.- Las siguientes son consecuencias de una mala información sobre la sexualidad humana:

- a) embarazo no deseado
- b) abortos inducidos
- c) relaciones sexuales a temprana edad
- d) enfermedades sexuales
- e) todas las anteriores

17.- ¿Acudió al médico por presentar dolor o ardor al orinar?

SI ( )      NO ( )      NO SE ( )

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



18.- ¿Acudió al médico por presentar secreciones anormales en pene o vagina?

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

19.- ¿Acudió al médico por presentar algún tipo de lesión o úlceras en la parte de su cuerpo en las que haya existido contacto sexual?

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

20.- ¿Alguna vez usted o su pareja solicitaron atención médica por la perdida de su bebe antes de que llegara a nacer?

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

21.- ¿Ha presentado molestia o comenón en sus órganos genitales que haya ameritado consulta médica?

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

22.- ¿Por pena o vergüenza usted se ha automedicado en alguna ocasión, por presentar algunos síntomas mencionados anteriormente?

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

23.- ¿Los métodos anticonceptivos definitivos para planeación familiar son la vasectomía y la O.T.B.?

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

24.- ¿Los métodos anticonceptivos protegen la salud?

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

25.- ¿El SIDA les da únicamente a los homosexuales?

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

26.- ¿Las enfermedades sexuales se previenen utilizando los condones?

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

27.- ¿Ha iniciado relaciones sexuales (aunque sea una sola vez)?

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

28.- ¿Utilizó algún método anticonceptivo cuando inicio relaciones sexuales?

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

29.- ¿Hubo satisfacción sexual tanto para el hombre y la mujer durante el acto sexual?

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

30.- ¿Hubo algún acuerdo entre la pareja, para planear el embarazo?

SI ( ) NO ( ) NO SE ( )

31.- La comunicación familiar es responsabilidad de :

- a) El papá y la mamá
- b) Los hijos
- c) Padres e hijos

32.-Las formas para comunicarse con los demás son:

- a) gritando o llorando
- b) con palabras, gestos, dibujos y cartas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

c) Viendo la televisión o escuchando música.

33.- Comunicación es:

- a) dejar que los otros hablen
- b) escuchar a los demás y explicar mis ideas
- c) hablar yo nada más.

34.- Sexo es lo mismo que sexualidad:

- a) Si
- b) No
- c) No sé.

35.-Son cambios físicos que le suceden al hombre en la adolescencia:

- a) Se vuelven rebeldes, gritones y violentos.
- b) Son distraídos, torpes y tímidos.
- c) Les crece vello en las axilas y pubis, crecen escroto, pene y aparece la primera eyaculación

36.- Cambios físicos que le suceden a la mujer en la adolescencia:

- a) Se vuelven distraídas, torpes y tímidas-
- b) Son calladas, temerosas y obedientes
- c) Les aumenta el tamaño de los senos, crece vello en axilas y pubis y aparece la primera menstruación.

37.- Son partes del aparato reproductor masculino:

- a) pene, testículos, conductos deferentes.
- b) Vello púbico, bigote y barba.
- c) Musculo,manos y glándulas mamarias.

38.- Son parte del aparato reproductor femenino:

- a) Senos, caderas y piernas.
- b) Ovarios,clitoris y útero.
- c) Vello púbico, senos y cadera.

39.-La edad más adecuada para tener un bebe es:

- a) De los 10 a los 15 años.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- b) De los 16 a los 20 años.
- c) De los 20 a los 35 años

40.- ¿Cuántas relaciones sexuales se necesitan tener para quedar embarazada?

- a) Basta con una relación sexual.
- b) De dos a cinco relaciones sexuales
- c) De cinco a diez relaciones sexuales

41.- Son métodos temporales de planificación familiar:

- a) La vasectomía y la O.T.B.
- b) El D.I.U. y las píldoras.
- c) El condón.

42.- Son métodos definitivos de planificación familiar:

- a) La vasectomía y la O.T.B.
- b) El D.I.U. y las píldoras.
- c) El condón.

43.- Para evitar el embarazo las pastillas se deben tomar:

- a) El día que se tienen relaciones sexuales.
- b) Una cada semana.
- c) Una diaria.

44.- Los métodos anticonceptivos protegen la salud:

- a) Si
- b) No
- c) No sé.

45.- Una relación sexual es :

- a) Un acto para satisfacer la curiosidad .
- b) Una expresión de amor, respeto y responsabilidad entre la pareja.
- c) Un acto para procrear hijos.

46.- Son enfermedades de transmisión sexual:

- a) Gonorrea, sífilis , SIDA .

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- b) Sarampión, tuberculosis, cáncer..
- c) Gripe, cólera y dengue.

47.- El SIDA les da a:

- a) Los homosexuales.
- b) Los hombres solamente
- c) Tanto como a hombres y a mujeres.

48.- Las enfermedades de transmisión sexual se previenen:

- a) Vacunándose
- b) Bañándose
- c) Usando condón.

49.- Son medidas para mantener los genitales limpios:

- a) Lavarse los dientes, el pelo y la cara.
- b) asearse diario, cambiarse de ropa interior, limpiarse de adelante hacia atrás después de evacuar.
- d) Lavarse las manos antes de ir al baño-

50.- Para tomar buenas decisiones hay que :

- a) Consultar con los amigos.
- b) Pensar las consecuencias antes de decidir.
- c) Actuar por lo que digan nuestras corazonadas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN