



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

issemym

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL

**“CONOCIMIENTO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE PRESENTAN LOS
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL
NEZAHUALCÓYOTL”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. TAPIA PÉREZ CYNTHIA ANAHI



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.

“CONOCIMIENTO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE PRESENTAN LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. TAPIA PÉREZ CYNTHIA ANAHI

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



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



DR. GEOVANNI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



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


“CONOCIMIENTO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE PRESENTAN LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL”

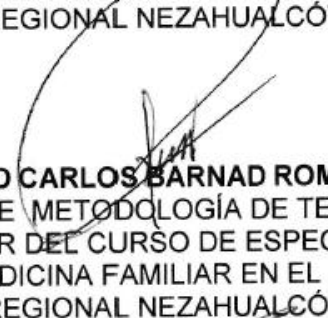
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

DRA. TAPIA PÉREZ CYNTHIA ANAHI

AUTORIZACIONES:


DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL


DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL


DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD


ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN
SALUD

INDICE

1.MARCO TEORICO.	6
2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
3.JUSTIFICACIÓN.....	35
4.OBJETIVOS.....	36
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	36
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	36
5. MÉTODOLOGIA	36
5.1 TIPO DE ESTUDIO.	36
5.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.	36
5.3 MUESTRA.....	37
5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	37
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	37
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	37
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	37
5.5 VARIABLES DEL ESTUDIO.	38
5.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.	
5.7 METODO DE RECOLECCION DE DATOS.	39
5.8 RECURSOS HUMANOS:.....	40
5.9 RECURSOS MATERIALES.	40
5.10 RECURSOS FINANCIEROS	40
5.11 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	40
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	41
7. RESULTADOS	43
8. ANALISIS DE RESULTADOS	46
9.CONCLUSIONES.....	48
10.INSTRUMENTO	50
11.BIBLIOGRAFIA	51

DEDICATORIA

A mis padres y mis hermanas por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por todos los sacrificios que hicieron todos estos años, por toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Gracias a ustedes he logrado mis metas.

1.MARCO TEORICO.

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos ajustes psicosociales a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil, muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.¹

Datos obtenidos de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo en los/las adolescentes muestran que esos(as) tienden al inicio de relaciones sexo genitales a más temprana edad y en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad y del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos, estas situaciones exponen a los/las jóvenes a mayores riesgos de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o en una enfermedad de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.¹

En esta etapa él sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social; a su vez la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea, por lo anterior, cuando se habla del concepto, se refiere a un proceso de adaptación más complejo que el simple nivel biológico, e incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural.

El proceso de establecer la identidad, para el adolescente, conlleva integrar experiencias del pasado, adaptarse al presente, y tener una visión sobre el futuro, proceso que resulta complicado para el individuo ya que lo anterior se presenta en conjunto con los cambios físicos.¹

Etapas de la Adolescencia²

Adolescencia temprana. Inicia en la pubertad (entre los 10 y 12 años), se presentan los primeros cambios físicos, e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, el adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante, ya que puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento. Estos cambios se denominan “crisis de entrada en la adolescencia”; agregado a lo anterior se presentan cambios en su medio: escuela, maestros, compañeros, sistema educativo, responsabilidades. La familia (la presencia del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio.

Adolescencia intermedia. Inicia entre los 14 y 15 años. En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno.²

Adolescencia tardía. Inicia entre los 17 y 18 años. En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía. Existe también un cierto grado de

ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas.^{1,3}

Cambios durante la adolescencia⁴

Desarrollo físico

El desarrollo físico del adolescente no se da por igual en todos los individuos, por lo cual en muchos casos este desarrollo se inicia tempranamente o tardíamente. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones para un adecuado ajuste emocional y psicológico.

Desarrollo psicológico

Los cambios físicos en el adolescente siempre serán acompañados por cambios psicológicos, tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas inactuales, es decir, que no tienen relación con las realidades vívidas día a día. La inteligencia formal da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así como éste toma una postura egocéntrica intelectualmente.

Algunos autores definen estos cambios psicológicos, de forma gradual más allá de operaciones formales de pensamiento, se alcanza la independencia respecto a la familia, y hay una mejor adaptación a la madurez sexual, además de

establecerse relaciones viables y de cooperación con sus pares. Su vida toma rumbo y se adquiere el sentido de identidad, de tal forma que al final, logra adquirir las características psicológicas sobresalientes en un adulto: la independencia y la autonomía.

Desarrollo emocional⁵

Durante el proceso del desarrollo psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales. Conforme el desarrollo cognitivo avanza hacia las operaciones formales, los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los roles que ellos realizan y los demás, incluyendo a los padres. La solución de estos conflictos ayuda al adolescente a elaborar su nueva identidad con la que permanecerá el resto de su vida. El desarrollo emocional, además, está influido por diversos factores que incluyen expectativas sociales, la imagen personal y el afrontamiento al estrés.

Desarrollo social

En la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad es de gran influencia, este proceso se denomina socialización, el cual pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia. El desarrollo social y las relaciones de los adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes:

1. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
2. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
3. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
4. Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.

5. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
6. Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

Los nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres, ocasiona que el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busque en otros adolescentes comúnmente de su misma edad. Lo anterior está muy ligado a la dinámica familiar que él adolescente presente, ya que si el menor cuenta con una buena dinámica familiar y buena comunicación con sus padres, tendrá menor necesidad de acceder a las demandas de otros adolescentes, de igual forma aceptará las opiniones de los padres por encima de sus compañeros, por lo menos en algunas áreas. En relación de pertenecer a un grupo social, se convierte en un asunto de importancia en esta etapa, debido a que de esta manera los adolescentes buscan formar relaciones y compartir intereses comunes. Esta búsqueda de pertenencia refuerza la imagen propia, por lo cual al ser rechazado por los demás se convierte en un grave problema. De tal forma, la meta es ser aceptado por los miembros de una pandilla o de un grupo al que admiran. Como consecuencia, este grupo les ayudará a establecer límites personales y en ocasiones aprender habilidades sociales necesarias para obtener un auto-concepto de la sociedad que le ayudará a formar parte del mundo adulto más adelante.⁷

Problemas de la adolescencia

El grado de anormalidad en las conductas de los adolescentes es una función de los daños que éstas puedan ocasionar tanto a la sociedad como a él/ella mismo(a). Los jóvenes que son incapaces de abordar de una forma adecuada los problemas que se les presentan posiblemente padecen un trastorno. Uno de

los mayores problemas que enfrentan los adolescentes y que tienen que resolver continuamente es el aislamiento, el cual se presenta en mayor prevalencia en los varones, probablemente porque es más difícil para ellos expresar sus sentimientos. Los adolescentes padecen soledad por diversas razones. Algunos presentan problemas para relacionarse, otros tienen dificultades para mostrar una conducta adecuada y para aprender cómo comportarse o adaptarse a situaciones diversas; algunos padecen baja autoestima y se sienten muy vulnerables a la crítica, anticipan el rechazo evitando las situaciones que podrían provocarles vergüenza.^{2,7}

Otro problema es el estrés, y las pocas habilidades para enfrentarlo, lo cual puede ocasionar patologías como depresión, empujamiento, rebeldía, drogadicción o comportamiento suicida. Éstos, pueden ocasionar consecuencias graves y suelen ocurrir en combinación con otros problemas, como los desórdenes de nutrición y la agresividad. La depresión, está vinculada a la forma negativa y pesimista de interpretar los fracasos, y afecta en gran medida a la conducta del adolescente, manifestando su estado de ánimo al exterior, lo que propicia un rechazo social.

CAMBIOS FISICOS EN EL ADOLESCENTE⁸

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento. En los varones el peso coincide con la talla, es decir, de 10 a 20 kg por año. El aumento de peso puberal viene a representar el 50% del peso ideal del individuo adulto.

La grasa corporal total aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante las niñas depositan grasa más rápida y extensamente que lo hacen los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones normales, en ningún momento de la pubertad se espera

que las niñas pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco.

La mujer y el varón prepuberales tienen igual proporción entre masa magra—tejido muscular, huesos y vísceras—y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos los cuales coinciden con el punto de velocidad máxima (PVM) de crecimiento. Por el contrario, en las niñas, se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y el tronco. Este crecimiento divergente da como resultado que los hombres tengan hasta un 45% de su peso corporal en músculos y las mujeres hasta un 30% de su peso corporal en grasa. Al final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres.¹¹

El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a expensas de tejido graso o tejido magro. Los hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación al tronco, las piernas son más largas en el varón.¹⁰

La cabeza aumenta muy poco en tamaño, pero la cara se diferencia tomando aspecto de adulto, sobre todo por el reforzamiento mandibular, muy evidente en el varón y por los cambios en la nariz. Bajo las influencias de los andrógenos se establece también una diferencia en la parte anterior del cartílago tiroideos y las cuerdas vocales que tienen el triple de longitud que en las niñas.

El crecimiento muscular es un hecho resaltante, especialmente mientras dura el estirón de la estatura, con predominio en el varón, sobre todo por la acción de los andrógenos que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. Por supuesto, el tamaño, la fuerza y la habilidad pueden no ser diferentes en un varón y una mujer, dependiendo de la actividad física que desarrollen. El corazón y los pulmones también participan en el estirón del adolescente, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica.¹¹

En cuando a la dentición es importante el diagnóstico de las caries y alteraciones mecánicas. En general se completan 28 piezas durante la adolescencia.

De 9 a 11 años: 4 premolares

De 10 a 12 años: los segundos premolares

De 10 a 14 años: los caninos

De 11 a 13 años: los segundos molares.

De 14 a 18 años las llamadas muelas de juicio, completando la dentadura adulta.

Y en cuando a la maduración sexual, en la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona foliculoestimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.¹¹

Mujeres:

El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años.

Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo bilateral y casi siempre es doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo es cualitativo, la areola se hace más oscura y grande y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas.

El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Típicamente comienza a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios extendiéndose hasta el monte de Venus, logrando la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (más o menos entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y corporal aparece más tarde.^{7,9}

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y en folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vagina, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño y en el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen para cubrir el introito. La vagina llega a 8 cm de profundidad y luego de 10 – 11 cm. Por efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la menarquía. Se desarrollan las glándulas de Bartolini, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia con la presencia del bacilo de Doderlein, la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración, el himen se engruesa y su diámetro alcanza 1 cm.¹⁰

La menarquía, que es la primera aparición del ciclo menstrual, aparece precedida por un flujo claro, inoloro, transparente y bacteriológicamente puro que tiene aspecto de hojas de helecho al microscopio. La menarquía tiende a ocurrir a los 11 o 12 años, aunque puede aparecer en la pubertad avanzada. (8-10 años).

Hombres:

La Adolescencia en los hombres comienza a los 12 o 13 Años. Los testículos pre-puberianos tienen un diámetro aproximado de 2,5 a 3 cm, el cual aumenta obedeciendo a la proliferación de los túbulos seminíferos. El agrandamiento del

epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente. En el escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos.⁹

La espermatogénesis es detectada histológicamente entre los 11 y 15 años de edad, y la edad para la primera eyaculación es entre 12 y 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumenten de tamaño. Las erecciones son más frecuentes y aparecen las poluciones nocturnas.

El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, más grueso y rizado. Puede comenzarse el vello axilar y en ocasiones, en el labio superior. El vello en los brazos y piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años de edad.

Aumenta la actividad (glándula suprarrenal/apocrina) con aparición de humedad y olor axilar, igual que el acné.

Adolescentes y sexualidad^{1,12}

Aparte del ámbito familiar, de la iglesia y del ejercicio de la medicina otro de los espacios en el que históricamente se ha cultivado la formación socio-cultural en torno a lo que pensamos de la sexualidad, su permisividad y su ejercicio, ha sido la institución educativa, la escuela. A través del currículum escolar, una vez que se vislumbró la importancia de hacer llegar información a los estudiantes acerca de la sexualidad, comenzó un mayor control acerca de las ideas que debían tener las nuevas generaciones escolarizadas acerca de lo que estaba bien y aquello que era erróneo en torno al amplio y complejo mundo de la sexualidad humana.

Los Estados Unidos de Norteamérica, por lo que respecta a la parte occidental del orbe, fueron los pioneros en introducir la educación sexual durante las primeras dos décadas del pasado siglo XX. Desde entonces, se vieron las bondades de

poner al alcance de las nuevas generaciones de estudiantes, información relacionada con temas de sexualidad. Casi cuatro décadas después, en México se dio inicio a lo que se conocido como educación sexual. Aunque en nuestro país, durante gran parte de la historia curricular de la enseñanza sobre sexualidad ha viajado en los carriles de una visión higienista y claramente médica anatómico-funcional de los aparatos reproductor femenino y masculino, lo cierto es que aún con esa óptica limitada, se han abierto para los adolescentes y para otros grupos etarios muchos temas sobre el mundo de la sexualidad.¹²

Actualmente se ha puesto al alcance de los adolescentes una serie de temas acerca de la sexualidad, aunque priva una visión profundamente arraigada en la cultura del riesgo. Así, los temas asociados a la llamada educación sexual se han tratado desde ángulos como: embarazo adolescente, embarazo no deseado, aborto, VIH/SIDA, Infecciones de Transmisión Sexual [ITS] y prostitución. En paralelo, se ha estimado ante dicha problemática de salud que la educación sexual ha de consistir en conocer la anatomía, fisiología e higiene de los aparatos reproductores femenino y masculino, así como en la revisión de las alteraciones de comportamientos generadas por los cambios hormonales que suceden a partir de la adolescencia.^{3,8}

A pesar de sus profundas limitaciones para generar una más amplia educación sexual, no es menos cierto que este tipo de contenidos ha detonado. En paralelo, estos actores sociales que emergen desde la escuela, la mayoría de las veces resultan de gran ayuda para una buena cantidad de chicos y chicas que tratan de conocer a mayor profundidad las condiciones, riesgos, consecuencias y pautas de autocuidado que deben aplicar para llevar una vida sexual protegida y plena.

Por lo que han expresado los adolescentes entre sus mismos pares, se sabe que a dicha vigilancia suelen escapar en mayor o menor medida y suelen aludir a reuniones en casa de alguno de sus amigos para, por ejemplo, ver una película de contenido pornográfico, especialmente cuando sobrepasan la edad de 14 o 15 años. También se registran cuasi-interacciones con películas y revistas clasificadas para adultos, mayores de edad o mayores de 21 años. Dicha

codificación parece constituir la principal credencial o referente para que sean buscadas furtivamente por los adolescentes.⁸

ADOLESCENTES, NOVIAZGO Y SEXUALIDAD^{3,4,5}

En el marco de las relaciones de noviazgo, entre las madres y los padres de familia, gravita una preocupación más. Saben que dadas las pautas de caricias que se fraguan en la mayoría de los noviazgos, aumenta la posibilidad de que sus vástagos exploren paulatinos pero constantes acercamientos a las relaciones coitales, a través de juegos en los que mutuamente se prodigan estimulaciones en diversas zonas erógenas. Este tipo de pautas, si bien han formado y constituyen parte de las historias privadas e íntimas de una gran cantidad de parejas adultas, generan dosis de intranquilidad en el mundo de los padres y madres, debido a que se concibe cierto rompimiento de valores impulsados desde el ámbito familiar.

Aunque desde luego las posiciones y pensamientos están cambiando en forma acelerada y adquieren diversos matices, según se trate de medios rurales, indígenas o urbanos, todavía se aprecia un fuerte predominio en torno a lo impropio y riesgoso que conlleva desarrollar este tipo de prácticas de estimulación sexual compartida, durante el noviazgo entre adolescentes. Los novios de este grupo etéreo, cuando participan de este tipo de caricias, especialmente las mujeres, suelen reconocer que se trata de conductas transgresoras que pueden lesionar el ideal de buena chica y que puede connotar que no se están dando a respetar por el novio respectivo; lesionando con ello la imagen social que se puede edificar sobre ella tanto en el presente como a futuro.

Ante dicho escenario de riesgo, tanto las madres como los padres suelen pretender controlar o limitar a sus hijos, mediante el establecimiento de reglas y metarreglas como: el control de permisos para salidas a discotecas(antros); el regreso a temprana hora a casa; la visita vigilada de los amigos que arriban a casa, sobre todo si se trata de la compañía de la novia o del novio respectivo; el impedimento tácito de que los novios incursionen o permanezcan en las

habitaciones de sus hijas o hijos; la llegada de los novios adolescentes cuando no hay en el hogar presencia de adultos o de alguna autoridad familiar, entre otros.

También es cierto que existen padres, madres y aún hermanos mayores más o menos permisivos en torno a las pautas que esperan de sus hijos, hijas o hermanos, a la hora de construir historias de noviazgo adolescente. Los hay desde aquellos adultos que han tratado de marcar una edad a partir de la cual se acepta que los hijos o las hijas tienen autorización para tener novio o novia y puede sobrepasar los 20 años hasta aquellos que más bien responden con gran alegría y entusiasmo compartido acerca de los inaugurales escarceos que se forjan para dar lugar a la primera relación de noviazgo.⁵

Nuevamente, el papel que los contenidos de los medios de comunicación han jugado a través de historietas, telenovelas, series televisivas y filmes resultan especialmente capitales pues se puede advertir que la frontera de la edad en la que se permite o espera la relación de noviazgo se ha desplazado a partir de relatos vehiculizados por los medios de comunicación.

Cierto es que, durante los últimos cinco decenios del Siglo XX y lo que va del XXI, en la mayor parte de países como Estados Unidos y Canadá, buena porción de Europa Occidental y Latinoamérica, los padres y de manera preponderante las madres de familia han sido referidas para hacerse cargo de la educación sexual de sus vástagos. En consecuencia, a la familia se le otorgó, además del peso primigenio de gestar, procrear y cuidar el desarrollo de cada hijo/a, la de abarcar la educación sexual, misma que tiempo atrás habían cumplido articuladamente el sacerdote y el médico familiar.⁵

No obstante, en la mayoría de los sistemas familiares en México la orientación que la madre logra proporcionar a sus hijas gira en torno a temas como la menstruación y algunos hábitos higiénicos que han de tenerse en cuenta al respecto. También suelen tocar por los bordes temas como el respeto que deben ostentar las hijas al interaccionar y relacionarse con sus pares masculinos, especialmente cuando se tratan relaciones de noviazgo. Así, expresiones como

no dejarse tocar o impedir ser acariciadas en zonas como el busto, las piernas o la entrepierna, constituyen parte del rosario de recomendaciones que deben llevar a cabo sus hijas, si quieren ser consideradas como chicas decentes o con los valores que, dicho sea de paso, se presume que fueron infundidos por la propia familia en general.⁶

Otro tipo de comentarios que gravitan en las interacciones que se fraguan entre madres e hijas para tratar de brindar educación sexual a quienes transitan por la adolescencia y/o dan muestras de interés o evidente relación de noviazgo, giran sobre la idea de cuidarse o tomar precauciones. Sobre dicha óptica y forma de encarar el tema de la sexualidad entre padres e hijos/as, pueden registrarse expresiones como: con cuidado, regresa temprano, cuídate, o bien manifestaciones que ya reflejan preocupaciones más claras en torno a la posibilidad o riesgo de sostener relaciones coitales y, adicionalmente, no protegidas.⁶

Lo que sí puedo señalar es que algunos padres de familia esperan que a través de las relaciones sociales que trenzan sus vástagos con sus grupos de amigos, compañeros o hermanos mayores, constituyan los ejes orientadores y referenciales para ir construyendo un paulatino acercamiento sobre su sexualidad. Otros progenitores incursionan en el tema de la sexualidad con sus vástagos adolescentes, a través de preguntas sueltas acerca de cómo marcha la relación con la novia en turno o las amigas que integran la red social de sus hijos, como tratando de entrar en materia de sexualidad. Unos más, acaso instigados por la respectiva cónyuge, intentan comenzar a dialogar más francamente sobre el tema.

Otra de las facetas que asume la llamada educación sexual que brindan los padres y madres a sus hijos adolescentes, está centrada sobre la esperanza de que con la gran cantidad de información que prodigan los medios de comunicación, la propia escuela y el acceso que representa la Internet, ya no hace falta más esfuerzo para contribuir a dicha formación sexual en los vástagos, pues la información que abraza a los adolescentes ha de contribuir a edificar lo que los salubristas denominan la resiliencia, es decir, una especie de capa protectora que

impedirá o reducirá sensiblemente las conductas de riesgo y las enfermedades que pueden aquejar a los adolescentes.⁸

En menos palabras, parece que en general los padres y las madres de familia, consideran que ante la gran cantidad de información que circula en el mundo social de los adolescentes ya no se puede aducir ignorancia en el tema y, por ende, dichos núbiles han de asimilar dicha información a plenitud para enrumbar su comportamiento, actitudes y valores hacia estilos de vida saludable. Esta premisa, me parece, ha atravesado no sólo la visión del mundo adulto en general y de las familias en particular, sino incluso parece constituir la base sobre la que el sector salud opera muchas campañas mediáticas dirigidas a temas como la sexualidad saludable.³

Finalmente la información disponible en México sobre comportamiento, actitudes y prácticas sexuales proviene de censos, encuestas socio demográficas y epidemiológicas, principalmente. En relación con el conocimiento de métodos anticonceptivos, se notificó que las mujeres de 15 a 19 años de edad tienen, en general, menor conocimiento sobre métodos anticonceptivos; en 1976, 79.8% de las mujeres conocía algún método anticonceptivo; para 1992, 90.9%, lo que ascendió a 93.4% en 1997. La Encuesta Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación familiar (Mexfam), aplicada en 1999 a adolescentes de 13 a 19 años de edad, indica que 93.4% de los hombres y 80.9% de las mujeres declararon tener conocimiento formal o informal de métodos anticonceptivos. Para el año 2000 la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ2000) destaca que 81.5% de los hombres y 76% de las mujeres de entre 15 a 19 años de edad mencionaron conocer sobre métodos anticonceptivos. Con la información de las últimas dos décadas es difícil precisar el porcentaje de adolescentes que han iniciado su vida sexual. La Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los adolescentes y Jóvenes del área Metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM), realizada en México en 1988, señala que 41.9% de los hombres y 22.9% de las mujeres habían declarado tener relaciones sexuales a una edad promedio de 17 años en los hombres, y a los 16 años en las mujeres. En esta encuesta sobresale también que

sólo 33.8% de los jóvenes con actividad sexual había utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación. En 1999 la encuesta realizada por la Mexfam en jóvenes de entre 13 a 19 años de edad resalta que 22.3% de los hombres y 10.3% de las mujeres ya habían tenido relaciones sexuales, y que la edad promedio de la primera relación fue a los 15 años; no se observó diferencia entre hombres y mujeres. Además, 44% de los adolescentes sexualmente activos declararon haber empleado algún método en su primera relación. La ENJ2000 señala que 55.3% de jóvenes de 15 a 29 años de edad tienen actividad sexual; de los jóvenes que tuvieron relaciones sexuales 67.7% declaró que la edad de inicio fue entre los 15 y los 19 años.³

Conductas de riesgo y sexualidad^{4,7}

Una persona adolescente, independiente de su adscripción al sexo masculino o femenino, tiene grandes potenciales para que su vida florezca en distintos aspectos y dibuje un curso de vida que, en condiciones óptimas, debiera mantenerle dentro del sistema familiar, educativo, social y cultural para consolidar su preparación hacia la vida adulta. En contraparte, un adolescente que incursiona en las relaciones coitales dentro del rango de la etapa adolescente, marca una incursión abrupta, precoz, ausente de claridad sobre las implicaciones físicas, emocionales y de pleno desarrollo de su sexualidad que, en condiciones de esa vulnerabilidad, marcará un punto de inflexión en su potencial de vida física, social, cultural, educativa y familiar, para colocarlo en situación de riesgo, pues sin protección está sujeto a contraer Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y/o enfrentar un embarazo no deseado.

La adolescencia es el periodo en el que se inicia mayoritariamente la actividad erótica, y es en esta etapa en la que la conducta erótica está sujeta a multitud de influencias relacionadas con el entorno que pueden favorecer una disminución del control de la situación y una mayor desprotección frente a embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. En textos se hace mención de ciertas situaciones de riesgo entre adolescentes como:

- En México, el 64% de las mujeres en edad reproductiva de 15 a 19 años con vida sexual activa no usan anticonceptivos.
- Seis de cada diez adolescentes que regularon su fecundidad recurren a los métodos del ritmo y al retiro.
- El 34% de los adolescentes han utilizado un método anticonceptivo durante la primera relación sexual.
- Los índices de mortalidad materna entre mujeres de 15 a 19 años de edad son el doble de los correspondientes a las mujeres de 20 a 29 años.

Los adolescentes son considerados especialmente vulnerables a los riesgos relacionados con su conducta erótica, dado que se trata de un periodo de maduración y donde experimentar es algo normal. Además en la 51ª Asamblea Mundial de la OMS se hicieron unas consideraciones todavía hoy vigentes:

La actividad coital sin protección genera un gran número de embarazos no deseados, de abortos y de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

En muchas partes no se está suministrando una educación sexual objetiva y sin prejuicios, ni en los centros educativos, ni en otros lugares. La falta de información y conocimientos sobre cuestiones relativas a la sexualidad, los cambios y funciones corporales, y los sentimientos y emociones, crean una tensión emocional innecesaria. Existe una insuficiencia de servicios de salud de carácter confidencial pensados para jóvenes. Esta carencia puede limitar su acceso a una atención y a un asesoramiento adecuado.⁴

Siendo la sexualidad algo que merece la pena cultivar y vivir gratamente, como una de las formas más privilegiadas de desarrollo personal, tiene muchas veces riesgos de salud muy serios que pueden ser evitados con unas medidas preventivas adecuadas.

El solo ver la el índice del indicador de la interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México en el periodo abril 2007 a agosto 2016, con un total de 117,392 mujeres que hicieron su interrupción, el 53 % de la muestra se encontraban solteras y además el 52.7% de esta muestra se encontraban en edad de 11 a 24 años de edad, esto es probable indicador de relaciones coitales desprotegidas y por tanto de situación de riesgo de embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual y VIH, en la última década ha habido un incremento de más del doble entre las adolescentes. Esto podría coincidir con las afirmaciones de otros estudios en cuanto al cambio significativo del comportamiento erótico, sobre todo en las chicas adolescentes, con un inicio más precoz de las relaciones coitales³

En cuanto a las ITS, son un importante problema de salud pública tanto por la magnitud que alcanza a nivel global como por sus complicaciones y secuelas, si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz. En México y también a nivel mundial, las enfermedades de transmisión sexual han representado un problema de salud pública; a nivel nacional son una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 220,000 casos anuales. Como en otros países en desarrollo, el conocimiento de la situación epidemiológica de las ETS se dificulta por existir subregistro.

El problema de las ETS no se conoce debidamente en México; las pocas clínicas especialmente instaladas con ese propósito atienden a un número muy limitado de hombres y trabajadores sexuales, de tal manera que la información que se desprende de su actividad no es representativa de lo que ocurre en la población. Sin embargo, se ha estimado que la frecuencia de ETS en la población general fluctúa entre 0.1 y 0.5%; en cambio, para la población considerada como de alto riesgo, se calcula una frecuencia que va de 10 a 20%.

Otras diversas investigaciones en la temática, señalan con amplia contundencia que las relaciones coitales sostenidas por los y las adolescentes sexualmente activos o de primer encuentro, ocurren mayoritariamente con personas adultas, es decir, entre un adolescente y una persona mayor de edad. Esta condición también coloca en situación de riesgo a los propios adolescentes, pues las condiciones que

marcan la distancia generacional entre uno y otro, acentúan la vulnerabilidad en la que se encuentra una persona adolescente y su pareja sexual.⁴

Trazados así los elementos conceptuales que sirvieron de base para la presente investigación, enseguida presento un breve recorrido en torno a los hallazgos reportados por estudios similares que han tratado de contribuir a la comprensión de la sexualidad adolescente, tanto en México como en otros países.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA ADOLESCENTES^{2,9}

El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y a mantener el nivel de salud.

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado.

Se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales y definitivos. Los temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se les emplea. Si la pareja desea tener más hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso. Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a ellos cuando la pareja tiene la paridad satisfecha. El término paridad se refiere al número de hijos que cada pareja decide tener.

Métodos anticonceptivos temporales:

- a) Hormonales:
 - 1. Orales (monofásicos, bifásicos y trifásicos).
 - 2. Inyectables (mensual, bimensual y trimensual).
 - 3. Implantes subdérmicos

4. Anillos vaginales.
5. Antigestágenos
6. Nasaes (investigación)

b) Intrauterinos:

1. DIU No medicados (inertes)

Medicados (activos)

Hormonales: Método endoceptivo que libera Levonogestrel (LNG).

c) De barrera

1. Condón masculino y femenino
2. Espermicidas locales: óvulos, jaleas y espuma
3. Diafragma
4. Esponjas vaginales

d) Naturales:

1. Abstinencia periódica.
2. Coito interrumpido.
3. Ritmo o calendario.
4. Temperatura basal
5. Moco cervical (Billings)

e) Amenorrea y lactancia (MELA)

Métodos anticonceptivos permanentes o definitivos

a) Oclusión tubaria bilateral (OTB) o salpingoclasia (en la mujer).

b) Vasectomía (en el hombre)

Métodos anticonceptivos muy seguros:

1. Pastilla anticonceptiva combinada

2. Inyectable hormonal combinado

3. Salpingoclasia

4. Vasectomía

5. Dispositivo intrauterino (DIU).

Métodos anticonceptivos relativamente seguros:

1. Diafragma

2. Preservativo

3. Temperatura

Métodos anticonceptivos poco seguros:

1. Espermicidas

2. Calendario

Cuando el adolescente decide solicitar un método anticonceptivo, es importante investigar algunos aspectos sobre su comportamiento sexual y sobre sus expectativas reproductivas para favorecer la correcta elección.

Para poder ofrecer un método anticonceptivo a los adolescentes es necesario investigar los siguientes antecedentes:

1. Vida sexual activa.
2. Número de parejas sexuales.
3. Planeación de las relaciones sexuales.
4. Prácticas sexuales de riesgo.
5. Frecuencia de relaciones sexuales.
6. Tipo de relaciones (oral, anal, vaginal).
7. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.
8. Antecedentes de embarazo, parto, cesárea o aborto, y
9. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Con esta información el prestador de servicios informará al adolescente, a través de la consejería, sobre la gama completa de métodos, efectividad, forma y uso adecuado, contraindicaciones y posibles efectos colaterales.

En la actualidad se cuenta con métodos anticonceptivos seguros y prácticamente sin repercusiones en la salud. La mayoría de los métodos temporales pueden ser utilizados por los adolescentes. Los métodos que ofrecen una mayor seguridad anticonceptiva son: los hormonales (pastillas e inyecciones) y el DIU.⁹

Cuando además de la prevención de un embarazo, se desee evitar el contagio de una ITS, incluyendo el Sida, deberá usarse condón o preservativo. En los adolescentes no es muy recomendable la promoción de métodos “naturales” o de abstinencia periódica, ya que se ha visto que el índice de falla es muy alto.

Las pastillas y los inyectables son los métodos recomendables, por su alta efectividad y seguridad (más del 99%) en la medida que se tomen o apliquen de manera ininterrumpida. En especial se sugieren las pastillas de segunda

generación como Levonorgestrel y de tercera generación como Gestodeno, Desogestrel y Norgestimato y los inyectables de segunda generación, de aplicación mensual (de bajo aporte hormonal).

Las pastillas además de prevenir embarazos no planeados, tienen beneficios adicionales como la regularización de los ciclos menstruales, la disminución de los dolores menstruales (dismenorrea), del síndrome premenstrual, el reducir la incidencia de cáncer de ovario, de endometrio, la enfermedad benigna de la mama y la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

El prestador de servicios debe informar durante la consejería sobre la importancia de tomar las pastillas diariamente y a una misma hora.

El DIU es recomendable por su alta efectividad (95 al 99%), debe utilizarse en mujeres adolescentes cuyo fondo uterino sea mayor de seis centímetros, con vida sexual activa y que no deseen o tengan contraindicación para utilizar métodos hormonales.

El DIU tiene un prolongado efecto anticonceptivo (mas de cinco años), no interfiere en la relación sexual, y el retorno a la fertilidad es generalmente inmediato. El prestador de servicios debe explicar durante la consejería que el DIU será revisado al mes de su aplicación, a los seis meses y al año; y posteriormente cada año.

El condón es un método que además de evitar un embarazo previene las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/Sida. Su efectividad aumenta si se utiliza de manera consistente y correcta (85 al 97%)

El condón es fácil de llevar, no requiere receta médica, no ocasiona problemas de salud y es ideal para relaciones sexuales poco frecuentes o con varias parejas. El prestador de servicios debe explicar durante la consejería los pasos para utilizar el condón correctamente.

Existen diferentes obstáculos para que los adolescentes utilicen métodos anticonceptivos, algunos de ellos son:

- Desconocimiento de fuentes de obtención de métodos anticonceptivos y de la información correcta de los mismos.
- Uso erróneo de los métodos naturales más frecuentes como son: el ritmo y el retiro.
- Temor o vergüenza a solicitar un método anticonceptivo en un punto de servicio por una posible desaprobación.
- Sensación de invulnerabilidad ante un posible embarazo o un contagio de una ITS o VIH/Sida.
- Espontaneidad como condición para la relación sexual sobre todo en los primeros encuentros.

Pero si a pesar de tener esta gama de información se sostiene una relación sin algún método de planificación que hacer en caso de una relación sexual no protegida se puede utilizar la anticoncepción de emergencia (AE) o anticoncepción alternativa, que es un método que tiene la ventaja de usarse inmediatamente después de haber tenido relaciones sexuales no planeadas o imprevistas. La AE son pastillas anticonceptivas de uso normal, ingeridas en dosis concentradas y en corto tiempo.^{5,9}

Es importante aclarar que es un anticonceptivo que surte efecto antes de un embarazo, por esta razón no es un método abortivo, pero tampoco es un método de planificación familiar que se pueda utilizar de forma habitual. La protección anticonceptiva está limitada a la ingesta de las pastillas en forma correcta. No existen contraindicaciones conocidas a la fecha, para su uso ocasional.

En países como Brasil, Chile y México se llevaron a cabo estudios antes de la de su introducción de la anticoncepción oral de emergencia y evaluaron conocimientos, actitudes y prácticas en diversos sectores para reconocer las facilidades y obstáculos. Debido a esos estudios se diseñaron campañas de difusión para la anticoncepción de emergencia.

En un estudio realizado con adolescentes en México, registró que el 61 % había oído hablar de la anticoncepción de emergencia y el 39.3 % de los hombres y 35.7% de las mujeres tenían conocimientos correctos del uso; 6.2 % de los hombres y 4.1 % de las mujeres pensaba que era un método abortivo y 53.3 % de los hombres y 46.2 % de mujeres señalaron estaban dispuestos a usarla en el futuro. Otro estudio realizado por Consulta Mitofsky, también en México (2004) con individuos mayores de 18 años del Distrito Federal se reportó que 84.9 % refirió que había escuchado de la anticoncepción de emergencia, y de éstos, 21 % indicó que prevenía el embarazo, 20 % consideró que se usaba ante situaciones de emergencia, 19 % indicó que su uso era controversial y 8.8 % pensaba que era abortivo.¹

En un estudio en adolescentes escolarizados encontrando que el 86,3% ha escuchado hablar sobre anticoncepción oral de emergencia, los porcentajes disminuyeron al explorar el conocimiento con más precisión; 74,3% tuvieron actitudes positivas hacia este método y el 52,8% de las adolescentes que tuvieron relaciones sexuales la usaron alguna vez. Concluyendo que los adolescentes escolarizados presentaban conocimientos parciales acerca de la anticoncepción oral de emergencia, a pesar de presentar actitudes positivas ante este método anticonceptivo, su aplicación fue insuficiente. Ya en población universitaria se hicieron estudios como en México, Tapia Curiel (2008) realizada en universitarios de ciencias de la salud concluía que los conocimientos y actitudes de los métodos de planificación familiar (MPF) eran diferentes entre hombres y mujeres. Los varones presentaron mayores conocimientos y actitudes para su uso. La mayor parte ha escuchado sobre MPF, cerca de la mitad conoce su uso correcto y una parte mostró actitudes no favorables por influencia de concepciones éticas morales. Otra investigación realizada en Colombia realizada en mujeres universitarias de áreas de salud, los resultados fueron que el 76% ya inició vida sexual; 27% utilizan métodos modernos. Aunque el 90% conoce la píldora de emergencia, solo la tercera parte conoce el verdadero mecanismo de acción, el 25% refiere desconocer la efectividad de la píldora de emergencia y solo el 2% conoce el uso correcto. Dos de cada 10 mujeres están en desacuerdo con su uso.

Seis de cada 10 estudiantes la han utilizado alguna vez, 2% la ha utilizado hasta 4 veces. El 88% utilizó la píldora de progestágeno. En México, Ramírez .A (2009) realizó un estudio en estudiantes universitarios del área de salud. Se encontró que 51% de universitarios tiene un bajo conocimiento sobre el uso de la pastilla del día siguiente, 46% conocimiento regular y solo el 3% tienen un buen conocimiento. No hubo diferencias significativas según sexo. Hay mayor conocimiento sobre la dosificación de la pastilla del día siguiente (92%), y un menor conocimiento acerca del mecanismo de acción (22%). Los estudiantes de Medicina tienen un nivel de conocimiento bueno del 6,8% a diferencia de los estudiantes de Estomatología y enfermería que tienen un nivel de conocimiento bueno del 0,1% y 2,1% respectivamente. Concluyendo que hay un menor conocimiento en universitarios de las áreas de la salud.¹

La anticoncepción de emergencia es un conjunto de métodos que las mujeres pueden usar después de la relación sexual en casos donde no se utilizó un método anticonceptivo durante la relación sexual, o si la mujer pensó que el método que ella y su pareja utilizan puede fallar para protegerlos de un embarazo no deseado(35). La anticoncepción de emergencia incluye las píldoras anticonceptivas de emergencia y la inserción de un dispositivo intrauterino de cobre (DIU) por un proveedor de servicios médicos.¹

El origen de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) nos lleva hasta Holanda, en la década de los sesenta, cuando una niña de 13 años que había sido víctima de violación sexual un médico suministró una alta dosis de estrógenos. De esta manera, empezó la anticoncepción de emergencia y las investigaciones para adaptar las dosis hormonales a la mujer de tal forma que se obtuviera el máximo de eficacia anticonceptiva con el mínimo de aporte hormonal y efectos secundarios.¹²

Los métodos más usados de la anticoncepción de emergencia son los hormonales (anticonceptivos hormonales poscoito), llamados comúnmente como “la píldora poscoital” o “píldora del día siguiente”, mal utilizado esta última palabra por la confusión que causa en la población consumidora (44). No se considera un

método de planificación familiar, su uso se reserva solo para situaciones de emergencia.

La anticoncepción de emergencia es un método seguro y eficaz de prevención del embarazo y tiene el potencial para prevenir hasta un 75% de los embarazos no planificados.

Ampliando la información sobre los métodos de anticoncepción de emergencia son básicamente dos: preparados hormonales o implantación de un dispositivo intrauterino (DIU). Dentro de los hormonales, pueden usarse estrógenos solos o con progestágenos, progestágenos solos, danazol o mifepristona.

El mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales de emergencia para que no se dé el embarazo se relaciona con el periodo del ciclo menstrual en que la mujer la use, si más temprano se usa en el ciclo, mayor posibilidad de retrasar la ovulación. Estudios en animales han demostrado que la anticoncepción hormonal de emergencia no impide la implantación, y tiene efecto de inhibir o retrasar la ovulación, alterar los cilios de las trompas, espesamiento del moco cervical, produce cambios en el pH endouterino alterando el transporte de los espermatozoides de tal forma que impide la fecundación. El consenso actual en base a investigaciones, es que la anticoncepción hormonal de emergencia previene el embarazo interfiriendo en los procesos previos a la fecundación y no hay sustento alguno de que una vez implantado el blastocito, se altere el embarazo.

Hay dos posibilidades para el manejo de la AE, de acuerdo a la dosis y al número de pastillas. Si se utilizan pastillas que contengan progestinas y estrógenos de alta dosis se toman 2 juntas dentro de las primeras 72 horas siguientes a la relación sexual no protegida. La dosis debe repetirse doce horas después.⁵

Si se utilizan pastillas de dosis bajas de estrógeno y progestina, se deberán tomar 4 pastillas juntas en la primera dosis, y 4 más, 12 horas después.

El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual no protegida. Es importante subrayar que tomar una dosis mayor no aumenta la eficacia anticonceptiva y que si no se toma dentro de las primeras 72 horas siguientes a la relación sexual, el método perderá eficacia.⁵

Los efectos más frecuentes son: náusea, vómito, congestión mamaria, dolor de cabeza, vértigo y mareo. Es recomendable tomar las pastillas acompañadas con alimentos. En caso de que ocurra vómito dentro de la primera hora siguiente a la toma de las pastillas, será necesario repetir la dosis. Si el vómito es severo, se puede recurrir a la administración vaginal de las pastillas.

Un apartado especial merece aquellos adolescentes que no desean un método, pero esta con una actividad sexual, este grupo de adolescentes requiere una atención especial por ser el que se encuentra en mayor riesgo de tener un embarazo no planeado o contraer una ITS, sería importante considerar lo siguiente:

- Investigar razones de no uso y tratar de resolverlas.
- Ofrecer el uso de algún método anticonceptivo y sensibilizar.
- Enfatizar la información sobre anticoncepción de emergencia o alternativa en caso de que decida no usar algún método.

La consulta de consejería es un espacio idóneo para contrarrestar la falta de información, las creencias falsas y los temores asociados a la anticoncepción

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un adolescente que incursiona en las relaciones coitales dentro del rango de la etapa adolescente, marca una incursión abrupta, precoz, ausente de claridad sobre las implicaciones físicas, emocionales y de pleno desarrollo de su sexualidad que, en condiciones de esa vulnerabilidad, marcará un punto de inflexión en su potencial de vida física, social, cultural, educativa y familiar, para colocarlo en situación de riesgo, pues sin protección está sujeto a contraer Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y/o enfrentar un embarazo no deseado.

Y si bien ya existe una gama importante de información en los diferentes métodos de planificación familiar, así como el acceso a conseguir dichos métodos, incluso con una normatividad ya establecida de libre decisión, existen diferentes obstáculos para que los adolescentes utilicen métodos anticonceptivos, algunos de ellos son:

- Desconocimiento de fuentes de obtención de métodos anticonceptivos y de la información correcta de los mismos.
- Uso erróneo de los métodos naturales más frecuentes como son: el ritmo y el retiro.
- Temor o vergüenza a solicitar un método anticonceptivo en un punto de servicio por una posible desaprobación.
- Sensación de invulnerabilidad ante un posible embarazo o un contagio de una ITS o VIH/Sida.
- Espontaneidad como condición para la relación sexual sobre todo en los primeros encuentros.

Por lo que ante tal hecho nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es el conocimiento de métodos de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual que presentan los adolescentes que acuden al Hospital General de Nezahualcóyotl?

3.- JUSTIFICACION

Actualmente se ha puesto al alcance de los adolescentes una serie de temas acerca de la sexualidad, aunque priva una visión profundamente arraigada en la cultura del riesgo. Así, los temas asociados a la llamada educación sexual se han tratado desde ángulos como: embarazo adolescente, embarazo no deseado, aborto, VIH/SIDA, Infecciones de Transmisión Sexual y prostitución. En paralelo, se ha estimado ante dicha problemática de salud que la educación sexual ha de consistir en conocer la anatomía, fisiología e higiene de los aparatos reproductores femenino y masculino, así como en la revisión de las alteraciones de comportamientos generadas por los cambios hormonales que suceden a partir de la adolescencia.

Para ello es necesario que el adolescente está cada vez más instruido en el conocimiento de los distintos métodos de planificación familiar, sin embargo la información disponible en México sobre comportamiento, actitudes y prácticas sexuales proviene de censos, encuestas socio demográficas y epidemiológicas, principalmente. En relación con el conocimiento de métodos anticonceptivos la Encuesta Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación familiar (Mexfam), aplicada en 1999 a adolescentes de 13 a 19 años de edad, indica que 93.4% de los hombres y 80.9% de las mujeres declararon tener conocimiento formal o informal de métodos anticonceptivos. Para el año 2000 la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ2000) destaca que 81.5% de los hombres y 76% de las mujeres de entre 15 a 19 años de edad mencionaron conocer sobre métodos anticonceptivos. Con la información de las últimas dos décadas es difícil precisar el porcentaje de adolescentes que han iniciado su vida sexual. De ahí la importancia del presente estudio a realizar en la comunidad adolescente del Estado de México, que acude al Hospital Regional de Nezahualcóyotl, del ISSEMyM.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

. Determinar el conocimiento de métodos de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual que presentan los adolescentes que acuden al Hospital General de Nezahualcóyotl

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar aspectos sociales como edad y sexo de los adolescentes que se presentan en el Hospital General de Nezahualcóyotl.
- Determinar el conocimiento de los métodos de planificación familiar en los adolescentes.
- Identificar quién decide de los hombres y mujeres utilizar algún método de planificación.
- Identificar el conocimiento de enfermedades de transmisión sexual.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudio.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, trasversal y prospectivo.

5.2. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

La población del presente estudio fueron todos los adolescentes que acudan al Hospital General de Nezahualcóyotl ISSEMyM, que se presenten en calidad de paciente o acompañante durante la consulta externa. Ubicado en San Juan de Aragon s/n Col. Vicente Villada Nezahualcóyotl, Estado de México. Comprendido en el periodo de Junio de 2017 a Octubre de 2017.

5.3 MUESTRA

No probabilístico, intencional, por conglomerado.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

CRITERIOS DE INCLUSION

- Adolescentes derechohabientes del Hospital General Nezahualcóyotl ISSEMyM
- Que acudan a la consulta externa como paciente o acompañante.
- Tener entre 10 a 19 años de edad.
- Que acepten participar en forma libre en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Haber perdido el ser derechohabiente del ISSEMyM
- No firmar el consentimiento informado el Tutor o Acompañante

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Cuestionarios mal llenados
- Cuestionarios que no completen alguno de los datos requeridos.

5.5 VARIABLES DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA

VARIABLE	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACION	FUENTE	ANALISIS Y CONTROL
EDAD	CUANTITATIVA	Tiempo en años que ha vivido una persona	ORDINAL	1) 10 a 12 años 2) 13 a 14 años 3) 15 a 16 años 4) 17 a 19 años	CUESTIONARIO	PORCENTAJE
SEXO	CUALITATIVA	Son los rasgos genéticos como proceso de una especialización de organismos	NOMINAL	1) MASCULINO 2) FEMENINO	CUESTIONARIO	PORCENTAJE
RELACION SEXUAL	CUALITATIVA	Es el conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de distinto sexo o del mismo, y que generalmente suele incluir uno o varios coitos.	NOMINAL	1) SI 2) NO	CUESTIONARIO	PORCENTAJE
METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	CUALITATIVA	Es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción que puede derivarse de las relaciones sexuales	NOMINAL	1) SI 2) NO 3) ¿CUALES?	CUESTIONARIO	GRAFICAS
ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL	CUALITATIVA	Las enfermedades de transmisión sexual (venéreas)	NOMINAL	1) Sífilis 2)Gonorrea	CUESTIONARIO	GRAFICAS

		son las que se transmiten a menudo, si no en todos los casos, de persona a persona a través del contacto sexual.		3) Chancro 4) SIDA/VIH 5) VPH 6) Herpes		
--	--	--	--	--	--	--

5.6. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Se obtuvo la información a partir del cuestionario sobre conocimientos y actitudes sobre factores de riesgo en sexualidad en adolescentes estudiantes de institutos de educación secundaria previamente validado en un estudio publicado en 2009 por Laura Conejos Jericó. Consiste en una encuesta estructurada y anónima, autollenado, de carácter voluntario y con un coeficiente de fiabilidad alpha que, atendiendo a los distintos grupos de ítems, alcanza una media de 64. Se utiliza tres tipos de preguntas, unas que exploran datos demográficos, la segunda parte de información general sobre conocimientos de métodos de planificación, a los que el sujeto deberá responder eligiendo su respuesta de varias opciones propuestas y una pregunta abierta para el conocimiento de enfermedades de transmisión sexual.

5.7. METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Previa autorización de las autoridades correspondientes se llevara a cabo dentro de las instalaciones del Hospital General de Neza ISSEMyM en la consulta externa la invitación a los adolescentes de 10 a 19 años de edad, en calidad de pacientes o acompañantes que se encuentren en la sala de espera a participar en el presente estudio de investigación de forma voluntaria y anónima, previa firma de consentimiento informado de padre o tutor si presenta minoría de edad, y posteriormente se le aplicara el cuestionario de auto llenado, anónimo con el contenido de datos demográficos y conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Posteriormente se seleccionara de acuerdo a los criterios de eliminación y exclusión, para realizar una tabulación y mediante la aplicación del programa Microsoft Excel 2013.

5.8 RECURSOS HUMANOS

Para la realización de este estudio:

- Investigador principal

5.9. RECURSOS MATERIALES

- Computadora Lap Top portátil Dell.
- Copias de Consentimiento informado y Cuestionario de Educación Sexual.
- Hojas blancas tamaño carta
- Lápices y bolígrafos
- Instalaciones del Hospital General de Nezahualcóyotl ISSEMyM.

5.10. RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos financieros correrán a cargo del investigador principal.

5.11. ANALISIS DE LA INFORMACION

Toda vez que se obtienen los datos almacenados en el programa Microsoft Excel, se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen, porcentaje y frecuencias, y de tendencia central. La información obtenida se presenta en tablas y gráficas.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

DECLARACIÓN DE HELSINKI

RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escócia (2000).

A. INTRODUCCION

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los

requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

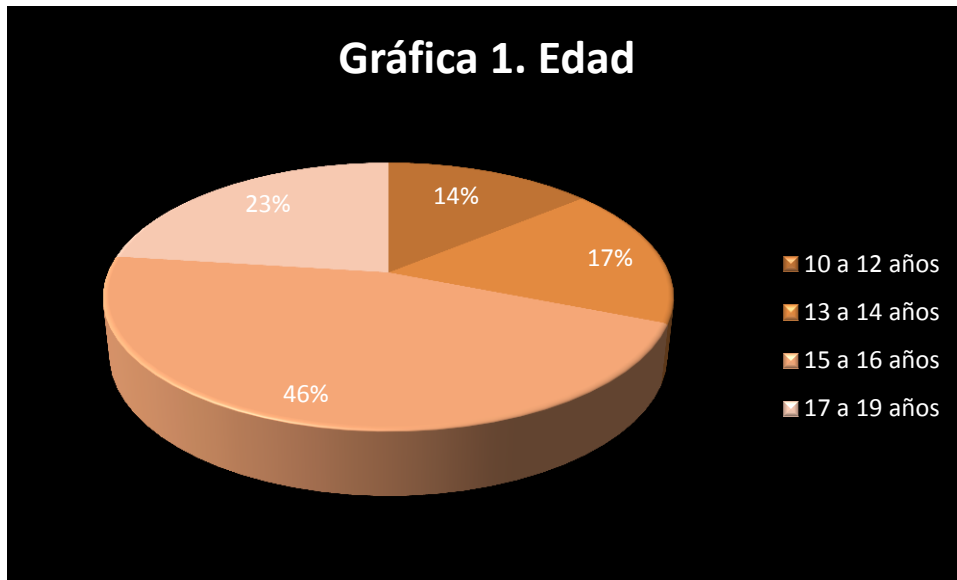
El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

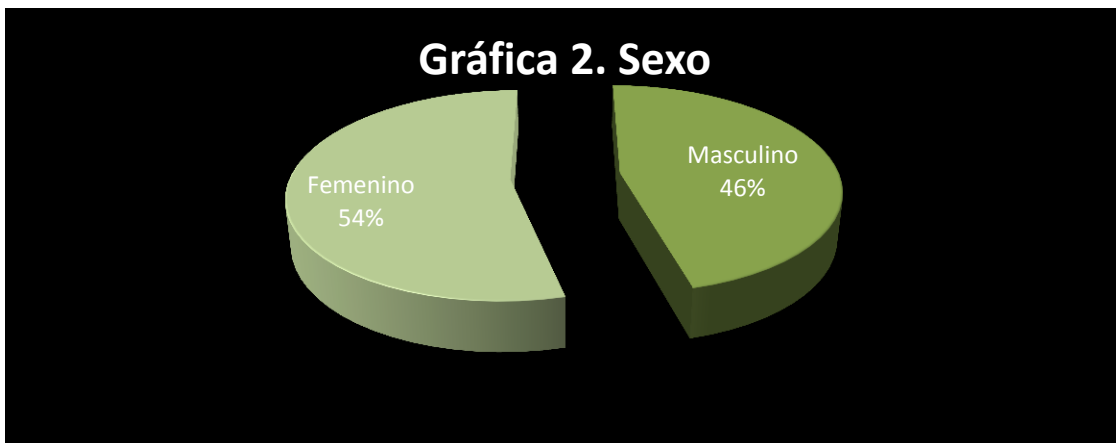
7. RESULTADOS

Se realizó el presente estudio en una población que consiste en 100 adolescentes de los cuales se obtuvieron los siguientes datos sociodemográficos: de acuerdo a la edad en rango de 10 a 12 años de edad fueron 14 adolescentes (14%), de los 13 a 14 años de edad 17 adolescentes (17%), de los 15 a 16 años de edad 46 adolescentes (46%) y de los 17 a los 19 años 23 adolescentes (23%). Gráfica 1



Fuente: Conocimiento de métodos de planificación familiar y ETS

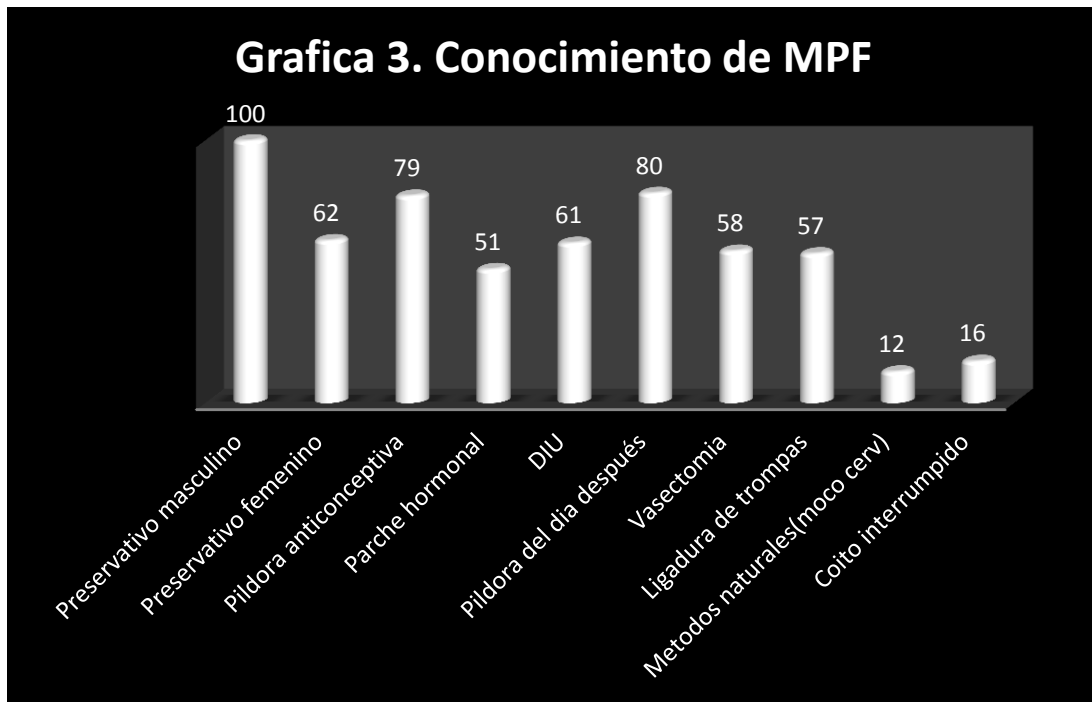
Se presentaron 54 mujeres adolescentes (54%) y 46 hombres adolescentes (46%). Gráfica 2



Fuente: Conocimiento de métodos de planificación familiar y ETS

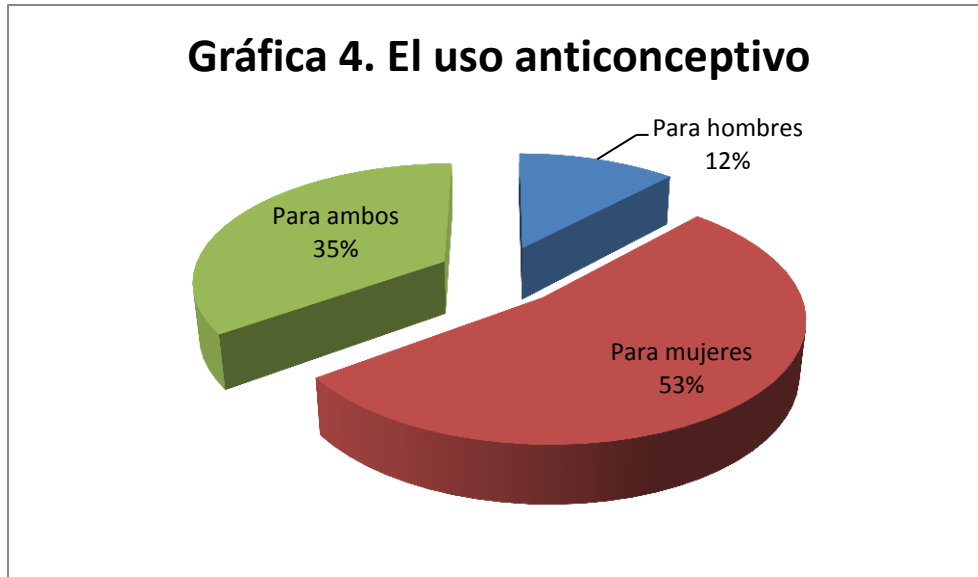
Durante la entrevista se observó que el 100% de los adolescentes tienen el conocimiento de algún método de planificación familiar dentro de todos los rangos de edad.

En base al anterior el conocimiento de métodos de planificación familiar en los adolescentes se obtuvo que el 100% conocía el preservativo como uno de ellos, seguido en el 80% de la píldora del día después (píldora de emergencia), el 79% conocimiento de la píldora anticonceptiva, los adolescentes identificaban el preservativo femenino en el 62%, el DIU en el 61%, la vasectomía en el 58% la conocían los adolescentes como método de planificación familiar, 57% la ligadura de trompas uterinas, el parche en el 51%, y como métodos no seguros el coito interrumpido en el 16% y como método natural 12%. Grafica 3



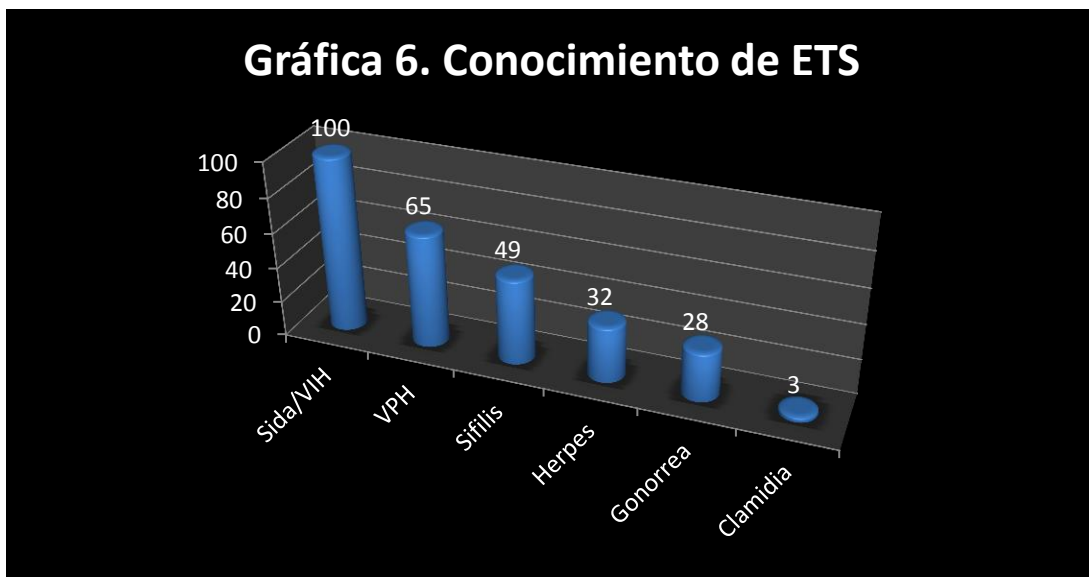
Fuente: Conocimiento de métodos de planificación familiar y ETS

Al ítem sobre si el uso de métodos de anticoncepción era exclusivo para las mujeres, el hombre o ambos, se observó que el 53% pensaba que era de las mujeres y solo el 12% para los hombre, en cambio el 35% pensaba que ambos. Grafica 4



Fuente: Conocimiento de métodos de planificación familiar y ETS

Y por último sobre el conocimiento de alguna enfermedad de trasmisión sexual (ETS), el 100% de los adolescentes identificaba al VIH/SIDA, el Virus del papiloma humano (VPH) 65%, sífilis en el 49%, herpes genital 32%, gonorrea 28% y solos 3% mencionaron Clamidia. Grafica 6



Fuente: Conocimiento de métodos de planificación familiar y ETS

8.- ANALISIS DE RESULTADOS

Realizando un análisis de los resultados obtenidos destaca la frecuencia de predominancia de edad entre los 15 a 16 años de edad con 46 adolescentes (46%) y de los 17 a los 19 años con 23 adolescentes (23%). Concuerta con el estudio de J. Silva Fhon sobre el nivel de conocimientos y comportamiento de riesgos relacionados con infecciones de trasmisión sexual entre adolescentes en donde predominaron aquellas que tienen entre 14 y 16 años.

En la situación de conocimientos de los métodos de planificación familiar destaca que el 100 por ciento tenga un conocimiento de algún(os) de ellos, pero destaca que el creen que el uso de métodos de anticoncepción sea solo responsabilidad de las mujeres e incluso como respuesta de las adolescentes mujeres con un total del 53%.

Ya en el conocimiento más común de los métodos de planificación en el 100% es conocido el preservativo masculino. En el estudio de la Dra. Adela Montero en su estudio de anticoncepción en la adolescencia muestra que los métodos anticonceptivos utilizados más frecuentemente fueron el preservativo masculino (85,7%) y anticonceptivos orales (19,1%). En la última relación sexual se observa una fuerte disminución en el uso de condón masculino (44,2%) y aumento en la utilización de anticonceptivos orales a 44,2%. Los jóvenes cuando están utilizando un método diferente al condón tienden a abandonar éste, pues su uso está fundamentado principalmente en la idea de prevención de embarazo y no como una forma de prevención de ITS/VIH. Un estudio realizado sobre el uso del preservativo en 205 adolescentes sexualmente activas, consultantes por anticoncepción, mostró que sólo un 7,3 % lo utilizaba “siempre”, un 42,9% lo usaba “a veces” y 49,7% no lo utilizaba. La principal razón de uso del condón fue para prevención de embarazo (28,7%), para prevención de embarazo e ITS (31%) y para prevenir específicamente ITS (17%). La principal razón de no uso fue por estar utilizando otro método (25,8%); por tener pareja única (17,5%); “porque no le gusta” (16,5%) o por incomodidad (14,4%). Sólo un 3% no lo utiliza por falta de acceso.

En otro estudio de Silvia Saura Sanjaume sobre percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven, el conocimiento que tienen, las creencias y la posibilidad de acceso a los anticonceptivos marcaran también las actitudes. Creen que el preservativo es uno de los métodos más seguro, barato, cómodo, sano, no necesitan ir a ningún médico para usarlo y sobre todo consideran que es el mejor cuando no se tiene pareja estable.

En el riesgo de ETS se percibe como bajo y construido por los conocimientos que tienen, sobre todo del sida, las otras ETS suelen ser desconocidas para la mayoría de ellos y, además, suponen que ninguna es demasiado grave.

Se observó que predominó el nivel de conocimiento regular sobre ETS en todas las fases de la adolescencia; si se considera este porcentaje, aunado con los que tienen conocimiento deficiente, el 85% de esta población no tienen un conocimiento adecuado sobre las ETS. Algo que debe preocupar es que solo el 65% conocen métodos para prevenir las ETS, en cambio, el 90% sabe sobre una ETS y sobre las formas de contagio. En relación con los comportamientos de riesgo, la mayoría tuvo su primera relación sexual en la adolescencia media (14 a 16 años).

9.- CONCLUSIONES

En México, el artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce los derechos humanos de todas las personas establecidos en el texto constitucional y en las normas contenidas en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano que se presentan más adelante.

Este reconocimiento implica la obligación del Estado mexicano de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos aplicando la norma más favorable para la protección de los derechos de las personas.

El matrimonio forzado, la violencia sexual, la falta de información en SSR y de acceso a métodos anticonceptivos son determinantes de riesgo de embarazos no deseados en niñas y adolescentes los cuales, a su vez, tienen implicaciones negativas en su salud y vida por las complicaciones médicas propias de un embarazo a temprana edad. El enfrentar éste, como ya lo hemos señalado, limita el desarrollo integral de niñas y adolescentes al truncar muchas de las actividades propias de la niñez de acuerdo a sus contextos y también al modificar su trayecto de formación escolar, asunto que comúnmente agrava la situación de pobreza y marginación en la que viven un número importante de adolescentes madres y adolescentes embarazadas, y también sus parejas. El embarazo en la adolescencia es consecuencia de la violación a los derechos de ellas y ellos; en particular del derecho a la vida, el derecho al acceso a la información, el derecho a la salud, el derecho al libre desarrollo, el derecho a la educación y el derecho a vivir una vida libre de violencia

Los derechos reproductivos están reconocidos en el artículo 4 de la Constitución, el cual establece que “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.” Estos derechos han sido definidos como “aquellos derechos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el

derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. El Estado debe proporcionar a las y los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de las y los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

Que toca al médico familiar tener el conocimiento pleno de realizar una consejería adecuada, plena y sobre todo en armonía sobre el uso de los métodos de planificación familiar en el adolescente, de tal forma que se debe hacer el proceso mediante el cual el adolescente toma una decisión sobre el uso de un método anticonceptivo, basada en la comprensión completa de la información necesaria sobre las diferentes opciones, incluyendo riesgos y beneficios, libre de estrés, presión, coerción o incentivos. Para apoyar la decisión del método de planificación a utilizar es necesario que los prestadores de servicios realicen lo siguiente:

- Apoyar la toma de decisiones de los adolescentes.
- Informar al adolescente de manera sencilla y correcta sobre la gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo sus beneficios y riesgos.
- Enfrentar a los adolescentes a escenarios reales.
- Aclarar las dudas y creencias erróneas.
- Promover la confianza en las instituciones de salud.

10. INSTRUMENTO

Este cuestionario forma parte de un estudio para investigar los conocimientos sobre relaciones con uso de anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual en los Adolescentes

Marca con una "X" la casilla o casillas que se adecuen a tu respuesta. Recuerda, debes responder con sinceridad, los resultados formarán parte del estudio arriba indicado.

Edad:.....

Sexo: Hombre
 Mujer

1.- ¿Conoces algún método anticonceptivo?

- Si
- No

2.- ¿Cuáles?

- Preservativo masculino
- Preservativo femenino
- Píldora anticonceptiva
- Parches hormonales
- Anillo vaginal
- Diafragma
- DIU
- "Píldora del día después"
- Coito interrumpido ("Marcha atrás")
- Vasectomía
- Ligadura de trompas
- Métodos naturales (Ogino, Temperatura...)
- Otros.....

3.- El uso anticonceptivo es

- Para hombres
- Para mujeres
- Para ambos

4.- ¿Hay algún método anticonceptivo que prevenga las enfermedades de transmisión sexual?

- Preservativo masculino
- Preservativo femenino
- Píldora anticonceptiva
- Parches hormonales
- Anillo vaginal
- Diafragma
- DIU
- "Píldora del día después"
- Coito interrumpido ("Marcha atrás")
- Vasectomía
- Ligadura de trompas

5.- Conoces alguna (s) enfermedades de transmisión sexual (ETS):

11. BIBLIOGRAFIA

1. Rivera G. Arango MC. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes Cuaderno de Trabajo No.3 Pathfinder, México, 1999.
2. SSA Dirección General de Planificación Familiar. Informe sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del área Metropolitana de la Ciudad de México. México 1998.
3. Cannoni B. Gigliola, González María Isabel, Conero Carolina. Sexualidad en la adolescente. Rev. Med. Clin. Condes. 2015; 26(1):81-87.
4. Saura Sanjaume Silvia, Fernández de Sanmamed María José, Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. Aten Primaria. 2010; 42(3): 143-148
5. Gonzalez A. Electra, Molina Temistocles, Luttges Carolina. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes. Rev Chil Obstet Ginecol. 2015 80(1): 24-32.
6. Secretaria de Desarrollo Social. Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescente. Familia y anticoncepción. 2013.
7. Teva Inmaculada, Bermúdez María Paz, Teresa Ramiro María. Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. Rev. Latinoam Psicol. 2014; 46(2): 127-136.
8. Gallardo Mesa M. Barella Balboa José Luis. Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. Aten Primaria. 2004; 33 (7):374-380.
9. Silva Fhon Jose, Andrade Iraola, Palacios Vallejos E. Nivel de conocimientos y comportamiento de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. Enfermería Universitaria. 2014; 11(4): 139-144.
10. Organización Mundial de la Salud. Necesidad de salud de los adolescentes. Serie Informes Técnicos. Ginebra: OMS; p. 107.

11. Declaración del IMAP sobre anticoncepción y protección contra ITS/VIH para adolescentes. Boletín Médico de IPPF 2000; 34-6.
12. Guillén Antón MV, Guillén Antón J, Adán Gil F. Adolescencia y anticoncepción. Aten Primaria 1994; 14:853.
13. Romero de Castilla RJ, Lora Cerezo MN, Cañete Estrada R. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. Aten Primaria 2001; 27:12-7.
14. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva N. °110. Noviembre de 2013 [Consultado 2 octubre 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1sd47I6>
15. ONUSIDA. Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. Organización Mundial de la Salud 1997. Disponible en: <http://bit.ly/1rNG6rb>
16. Cueto S, Saldarriaga V, Muñoz IG. Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal. En: Salud, interculturalidad y comportamiento de riesgo. Lima: GRADE; 2011. p. 119-58.
17. Ministerio de Salud. Situación del embarazo en adolescente. Avances y desafíos en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Perú: Ministerio de Salud 2012 [Consultado 2 octubre 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1typcPz>
18. Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la Salud de los jóvenes. Nota descriptiva. N.º 345, Agosto 2011 [Consultado 12 enero 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1B9NMX3>
19. Pataki C. Adolescence. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Saddock Comprehensive Textbook of Psychiatry. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2009. p. 143-57.