



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIDAD AJUSCO

**SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES Y EL USO DE
SUS CONOCIMIENTOS COMO FACTOR PROTECTOR
ANTE ITS Y EL EMBARAZO NO PLANEADO**

TESIS EN MODALIDAD

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

PRESENTAN:

CECILIA AIDÉE SÁNCHEZ ROCHA

GUILLERMINA GRISEL GARCÍA ZAMORA

Asesor de Tesis: Cuauhtémoc Gerardo Pérez López

Ciudad de México

Junio2016

ÍNDICE

Agradecimientos

Introducción 1

1. CAPÍTULO I

1.1. Adolescencia 5

1.1.1. Socialización 6

1.2. Sexualidad 7

1.3. Embarazo adolescente 8

1.3.1. Aborto 11

1.4. Salud sexual en la etapa adolescente 12

1.4.1. Infecciones de transmisión sexual (ITS) 14

1.5. Métodos anticonceptivos 18

1.5.1. Accesibilidad a métodos anticonceptivos 21

1.5.2. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos 21

1.6. Factores de iniciación de vida sexual activa 24

1.6.1. Edad de iniciación de vida sexual activa 25

1.6.2. Medios de información acerca de sexualidad 26

1.6.3. Influencia del contexto en el desarrollo de la sexualidad
de los adolescentes 27

1.6.4. Asociación de la escolaridad con la sexualidad en la
adolescencia 28

1.7. Conducta sexual 29

1.8. Conductas sexuales de riesgo 30

1.8.1. Parejas sexuales 33

1.9. Importancia de la educación sexual 34

1.10. Mitos, creencias y tabúes en la sexualidad 37

1.11.	Vinculación de la sexualidad en la adolescencia con la psicología educativa	38
2.	CAPÍTULO II	
2.1.	Método.....	40
2.1.1.	Objetivo de la investigación	40
2.1.1.1.	Objetivo específico de la investigación	40
2.1.2.	Participantes	40
2.1.3.	Instrumento	42
2.1.4.	Procedimiento	43
3.	CAPITULO III	
3.1.	Resultados.....	44
3.1.1.	Sección 1, Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	46
3.1.2.	Sección 2. Deseo y planeación del embarazo	51
3.1.3.	Sección 3.Exposición al riesgo de embarazo y el uso de la anticoncepción	52
3.1.4.	Sección 4. Sintomatología de las infecciones de transmisión sexual	58
3.1.5.	Sección 5.Comunicación con la pareja y la familia	60
4.	CAPITULO IV	
4.1.	Discusión	67
4.2.	Conclusiones	72
	Referencias.....	74
	Anexos	
	Anexo 1.Programasde estudio.	79
	Anexo 2. Instrumento.....	84

Agradecimientos

A mi papá por ser mi apoyo incondicional y por mostrarme que la vida es maravillosa con su ejemplo de vida.

A mi mamá por confiar plenamente en mi e impulsar mi desarrollo personal y profesional siempre.

A Mony por ser mi hermana, compañera, cómplice, amiga y confidente.

A Bibi, que desde donde está sé que sigue mis logros compartiendo mis alegrías y que su amor permanece en mi recuerdo eternamente.

Los amo profundamente.

A mis amigos y familiares que me han acompañado en el camino, que desde lejos creyeron en mi y me animaron, en especial a Griss por ser impulso mutuo para lograr esta meta.

Por último a mis profesores, que con su ejemplo, paciencia y confianza me mostraron que con perseverancia se llega a los objetivos, con especial cariño a nuestro asesor Cuauhtémoc, a la maestra Yanalte y Minoa.

Cecilia Aidée Sánchez Rocha

A mi mamá: por ser un apoyo incondicional en mi vida, y estar siempre presente.

A mi hija: por apoyarme y ser ese motor que me impulsa y motiva a seguir adelante.

A Jaime: por ser un gran apoyo y una gran figura paterna

A mis profesores: por guiar mis conocimientos, todos y cada uno me enseñó no solo los contenidos escolares que he tenido a lo largo de mi vida académica si no también me dejaron grandes experiencias de vida y aunque todos han sido de suma importancia mencionaré a los que más han marcado mi vida, María del Carmen Lozada, Héctor Alejandro López Segovia, Víctor Hurtado, Nena Minoa Resendiz y Gabriela de la Cruz...a ustedes muchas gracias.

Al asesor de tesis: por transmitirnos sus conocimientos, por guiarnos con tanta sabiduría y tolerancia.

Guillermina Grissel García Zamora

Introducción

La sexualidad se encuentra presente en todas las etapas de desarrollo del ser humano, desde que nace hasta que muere. En este trabajo se aborda la sexualidad en la etapa adolescente, cuyo rango de edad es comprendido de los 10 a los 19 años y se caracteriza por ser un proceso de ruptura y transformación del individuo, Organización Mundial de la Salud (2015).

Al respecto, Rodríguez, Cosentino, Rosseto, Maia, Paitz & Silva (2010) hacen mención que al dar inicio a dicha etapa, los adolescentes entran en una serie de procesos en los que se incluyen diversos aspectos de su vida, de este modo se toma a la adolescencia como un camino hacia la adultez, durante este periodo se enfrentan a desafíos, descubrimientos y expectativas que van modificando su actuar.

Es muy común que los jóvenes en esta etapa comiencen a experimentar su vida sexual, sin embargo no siempre cuentan con información fidedigna y confiable respecto a qué método anticonceptivo es el más adecuado para ellos, en algunas ocasiones toman como certeras las opiniones y referencias de sus pares, esto sumado a la falta de confianza hacia personas que podrían brindarles orientación correcta respecto al tema, deja en mayor riesgo a los jóvenes de contraer una infección de transmisión sexual o de tener embarazos no planeados (Pérez & Pick, 2006).

La información que se brinde a los jóvenes debe estar adecuada a los intereses y situaciones que las condiciones de desarrollo representan respecto a temas de sexualidad, brindar datos sobre métodos anticonceptivos de barrera y hormonales para evitar el contagio de ITS y embarazo no planeado promover conocimientos direccionados hacia la toma de decisiones responsables y en busca de establecer una relación entre la información brindada y el uso que se le da a la misma.

Es importante mencionar que la educación sexual en México es un tema que se aborda desde los últimos grados de primaria (de 4° a 6° año) hasta la educación media superior, en cada grado con distinto nivel de carga curricular.

La educación sexual, con especial hincapié en la adolescencia, debe ser un punto de apoyo que respalde a la conducta sexual, éste refiere a cualquier actividad

que propicie erotismo de manera personal o en pareja; se plantea a la educación y a la debida orientación como punto de apoyo ya que es dentro de la conducta sexual donde surge la posibilidad de tener conductas sexuales de riesgo, las cuales representan la exposición de la persona a sufrir algún tipo de daño físico o emocional.

Cuando los adolescentes no toman las precauciones necesarias al iniciar su vida sexual, aumentan su probabilidad de tener un embarazo no planeado, de acuerdo con Llanes et al. (2009) los principales factores de riesgo que tiene como consecuencia un embarazo adolescente son: vida sexual prematrimonial, comunicación familiar deficiente, así como la falta de conocimiento de métodos anticonceptivos.

Si se tiene un embarazo a una edad temprana, las adolescentes no solo ponen en riesgo la vida del feto, también la suya, ya que su cuerpo no está biológicamente preparado y corren más riesgo padecer preeclamsia, eclampsia, tener parto prematuro, entre otros OMS (2014). Las jóvenes en ocasiones toman la decisión de abortar, lo cual puede traerles graves consecuencias físicas sino se tiene las atenciones correctas, además de poder sufrir daño emocional; según datos de Menéndez-López et al. (2009) el aborto es una de las principales causas de muerte en adolescentes.

Además del embarazo adolescente, las conductas sexuales de riesgo pueden llevar a contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Teva, Bermúdez & Buela-Casal (2009), mencionan que mantener relaciones sexuales de riesgo (sin la protección de algún método anticonceptivo) y a edades tempranas, elevan considerablemente el riesgo de contagio de ITS. Por otra parte datos de la OMS (2011) arrojan que sólo el 36% de los hombres y el 24% en el caso de las mujeres en la actualidad poseen los conocimientos adecuados para protegerse contra el VIH.

Para prevenir cualquier tipo de riesgo al llevar una vida sexual activa es indispensable el uso de métodos anticonceptivos, de barrera u hormonal, los primeros ayudan a prevenir tanto embarazos no planeados como el contagio de ITS y los segundos sólo previenen el embarazo, además de que el uso de éstos es un indicador de una toma responsable de decisiones, sin embargo en México, de

acuerdo con datos publicados por Martínez (2014), menos de la mitad de la población adolescente utilizó algún método de prevención en su primera relación sexual.

La falta de información y los mitos acerca de los diversos métodos anticonceptivos tienen una relación directa cuando los adolescentes no los usan en sus relaciones sexuales, esto de acuerdo con Pérez & Pick (2006). La mejor persona para resguardar la salud sexual de los adolescentes es cada uno de ellos de manera personal y el uso que le dan a la información que posee como factor protector ante los riesgos existentes.

En la presente investigación empírica se hace un análisis de los temas tales como conocimiento de métodos anticonceptivos, ITS, planificación del embarazo, entre otros, mismos que se consideran relevantes revisar en la etapa adolescente para una mejor comprensión de las situaciones que se sitúan en su contexto y de las propias experiencias que están por vivir y que en algunos casos ya han tenido. Así mismo se pretende analizar la relación entre el conocimiento que tienen los jóvenes sobre sexualidad y el uso que le dan al mismo como factor protector ante embarazos no planeados e infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Para tal fin se aplicó un cuestionario proporcionado por Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MEXFAM), a 300 jóvenes mexicanos, alumnos pertenecientes a un Colegio de Bachilleres al sur de la Ciudad de México: los criterios de inclusión fueron que ya hubieran cursado los programas de estudio correspondientes al sistema de educación básica mexicana previos a la educación media superior (primaria y secundaria) en los cuales se abordan contenidos de sexualidad humana: conocimiento de su cuerpo, toma de decisiones, así como temas generales de ITS y algunas consecuencias de tener una vida sexual a temprana edad. (Anexos 1 y 2)

Se presenta el objetivo de este trabajo el cual se centra en identificar conocimiento y uso de métodos de protección ante los factores de riesgo a los que se enfrentan los adolescentes al iniciar su vida sexual activa y su vinculación con la Psicología Educativa.

Una vez aplicado el instrumento se realizó el análisis de resultados en los cuales se aprecia el poco conocimiento que los jóvenes poseen acerca de métodos

anticonceptivos, sumado a que la información que tienen no es del todo clara, manifiestan también la nula planeación sobre el cuándo o cómo iniciar su vida sexual activa y ésta falta de planeación los pone en riesgo de embarazos no planeados y de enfrentarse al contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Se pudo observar que la mayoría de la población encuestada tuvo el primer encuentro sexual con su novio o novia, otro dato relevante es que no existe confianza suficiente a nivel familiar para poder hablar de temas de sexualidad con los padres, por lo que queda en duda la fiabilidad de las fuentes dónde los adolescentes obtienen información que pudiera servirles como factor protector ante los riesgos de llevar una vida sexual activa sin las debidas precauciones.

CAPÍTULO I

1.1. Adolescencia

Los estudiantes de bachillerato con los cuales se realizó la presente investigación se encuentran en su mayoría en etapa adolescente, por lo cual es indispensable conocer desde diversas perspectivas de la vida del adolescente más allá de las edades que abarca.

La adolescencia es el periodo de la vida de los seres humanos entre los 10 y 19 años de edad, en esta etapa existen cambios biológicos, psíquicos y sociales, estos varían según el contexto cultural y socioeconómico en el que se desarrollen los individuos (Menéndez-López, L., Rodríguez-Romero, G., Salabarría, M. & Izquierdo-Casino, 2008). Así mismo se concibe a la adolescencia como un momento vital en el que ocurren diversos cambios que afectan en distintos aspectos de la persona, en esta etapa se transforman cuerpo, mente, relaciones familiares y sociales. Los jóvenes sufren con estas transformaciones y de igual manera las disfrutan, esto debido a que implica situaciones de inquietud y tensión como de esperanza y placer (Del Barrio y Moreno, 2000).

Estas mismas autoras en su trabajo, *La experiencia adolescente, la búsqueda de un lugar en el mundo*, definen adolescencia como un periodo de transición de la niñez a la adultez, entre los 11-12 años y los 18-20, en el cual se identifica a la adolescencia temprana entre los 11 y 14 años, adolescencia media de los 15 a los 18 y por último la adolescencia tardía de los 18 años de edad en adelante. Por otro lado, Nicolson & Ayers (2002) la definen como un periodo de desarrollo en los ámbitos biológico, social, emocional y cognitivo, consideran que esta etapa comienza entre los 10 y 13 años y termina entre los 18 y 22 años y que este periodo se subdivide en adolescencia temprana y tardía.

En palabras de Rivera (2007) el concepto de adolescencia es una etapa en la cual los individuos empiezan a definirse como seres humanos diferenciados de otros, lo que incluye la transformación de la personalidad, el desarrollo de su identidad, así como la concepción de ser individual dentro de una colectividad. OMS (2015) la clasifica de la siguiente manera: adolescencia temprana que va de los (10-13 años de edad), adolescencia media de los (14-16) años y la tardía de (17-19 años) y se caracteriza por ser un proceso de ruptura y transformación del individuo.

Para Mercado (2012) la adolescencia es la transición de la infancia a la edad adulta, en la que hay una separación entre el núcleo familiar de origen y se pasa a buscar la propia identidad intentando encontrar el lugar al que se corresponde. La imagen que el adolescente tiene de sí mismo y de su sexualidad es de suma importancia para la elaboración de su identidad, ya que ésta a su vez es formada por la aceptación de su desarrollo físico y de las respuestas frente a los parámetros impuestos por una sociedad en la cual se prefieren determinadas cualidades físicas (Rivera, 2007).

En la actualidad la adolescencia constituye una fase del ciclo vital, así mismo es considerada una construcción social que además de incluir los factores biológicos, integra condiciones de tipo cultural e histórica; siguiendo esta línea, la adolescencia se define como un proceso biológico, mental y cultural, en el cual sucede un proceso de desarrollo corporal, emocional y de las capacidades del joven para la construcción de su personalidad, concluye la autora.

Rodríguez et al. (2010) comentan que al empezar la adolescencia, los jóvenes entran en una etapa de transformación en más de un aspecto de su vida al prepararse hacia la vida adulta; en este lapso experimentan descubrimientos, desafíos y expectativas que van teniendo influencia en su modo de actuar.

En esta etapa se viven muchos cambios ya que el adolescente tiene que asumir una nueva imagen de sí mismo, el joven atraviesa momentos de tensión, de sentimientos vacilantes y ambivalentes (Caricote, 2009). Holguín (2013) define la adolescencia como una etapa de cambios hormonales y emocionales en la cual entran en juego la transición de la niñez hacia la madurez intelectual, física, psicológica, afectiva y social.

1.1.1. Socialización

En la adolescencia la necesidad de tener buenos amigos se vuelve fundamental, comienzan a generar cierta dependencia con sus iguales, en esto influye la maduración sexual por la que se atraviesa en esta etapa, en donde surgen nuevas necesidades emocionales, búsqueda de identidad así como ser

independientes de sus padres y tener el apoyo que antes encontraban en ellos y su familia en sus amigos (Rice, 1999).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2013) menciona que los jóvenes en su etapa adolescente experimentan cambios con respecto al ejercicio de su libertad, así como el de su autonomía al momento de elegir a las personas que conforman su grupo social de referencia, en estas decisiones se encuentra el círculo de amigos y de las personas con las cuales deciden relacionarse en el ámbito sentimental.

1.2. Sexualidad

Al hablar de éste tema debemos tener claro que la sexualidad es algo que todos tenemos y vivimos, pero que hay ciertas características que se tienen en esta etapa adolescente las cuales se abordarán desde la perspectiva de varios autores.

De acuerdo con Caricote (2009) la sexualidad se refiere al papel que desempeñan tanto hombres como mujeres dentro de la sociedad mediante las relaciones sociales, al ser un vehículo de comunicación, el placer y la expresión del amor y en esto se incluye lo que se hace pero principalmente el cómo se es. Al respecto, Rodríguez, Oliva & Gil (2007) dicen que la sexualidad puede ser expresada en función de su cultura como una expresión de amor, de violencia, alegría, placer y des-estrés; sin embargo, la respuesta varía de acuerdo con la edad, el ejercicio de la sexualidad convertido en un acto de comunicar, cambia de sentido. Por otro lado Chávez (2003) dice que dentro de la sexualidad la familia juega un papel muy importante, ya que en ella se construyen valores y principios de su sexualidad, sobre la importancia de la formación de una familia y se conceptualizan y valoran como hombres y mujeres.

En el estudio realizado por García-Vega, Menéndez, Fernández & Cuesta (2012) mencionan que la sexualidad es una de las piezas del ciclo vital, la cual va cambiando según el momento evolutivo en que se encuentre el individuo en relación con diversas características. Así, agregan los autores que es en la adolescencia cuando tiene una notoriedad particular ya que entran en juego diversos factores, tales como la aceptación de la imagen corporal, el desarrollo de la personalidad, el

aprendizaje respecto a las relaciones sexuales, así como el establecimiento de normas y un sistema de valores entorno a la sexualidad; todo esto sumado a la presión de sus pares. Por otro lado, Rivera (2007) dice que la sexualidad debe ser concebida como una construcción histórica que reconoce más allá del hecho biológico, a un cuerpo unificado y edificado por influencias culturales externas

Cuando se hace referencia a la conducta sexual se habla de todas aquellas actividades que tienden a propiciar el erotismo tanto personal como de la pareja, la masturbación, los besos, caricias genitales, sexo oral, anal y vaginal, identificando en este punto que no se refiere a la conducta sexual de riesgo como tal, ésta última indica la exposición de la persona a situaciones que puedan llevarlo a tener perjuicios en cuestión de salud, ya sea propia o de terceros, como es el caso de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), García-Vega, et al. (2012).

Un adulto tiene la capacidad de distinguir los deseos y sentimientos sexuales de otros sentimientos, mientras que los niños y las niñas adquieren este aprendizaje de modo gradual; en cuanto a la adolescencia, existe una fuerte repercusión en los sentimientos sexuales, ya que la actividad de sus genitales suele ser algo abrupta o involuntaria por lo que intentan saber si es así como continuarán y desconocen que con el paso del tiempo lograrán regular la voluntad hasta establecer un equilibrio entre sus deseos, sentimientos de afecto y las respuestas que por el momento son involuntarias de su organismo, esto en palabra de Rodríguez y colaboradores (2007).

En la adolescencia tardía la sexualidad se manifiesta de forma más elaborada, se actúa con mayor responsabilidad ante la perspectiva de adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual y hay mejor conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos (Caricote, 2009).

1.3. Embarazo adolescente

Al hablar de prevención de embarazo adolescente, es pertinente mencionar sus implicaciones y consecuencias para las jóvenes que se encuentran en esta situación en los ámbitos físico, biológico y contextual, así como abordar el tema del aborto en esta etapa de la vida. El embarazo adolescente o también llamado

embarazo precoz, es aquel que ocurre dentro del cuerpo de una mujer que aún no ha completado su desarrollo físico ni psicológico (García, 2004).

Según el Centro de Información y Fecundidad Adolescente en Washington, a nivel mundial 1,3 millones adolescentes se embarazan anualmente, esto produce repercusiones sociales desfavorables, como son deserción escolar, falta de madurez para poder educar y atender a su hijo, falta de estabilidad económica, de un hogar seguro y una vida estable emocionalmente (Llanes, Quevedo, Ferrer, de la Paz, & Sardiñas, 2009). Por otro lado, en datos tomados de la OMS (2014) se encontró que 16 millones de jóvenes de 15 a 19 años de edad dan a luz por año; esto representa el 11% del registro de todos los nacimientos a nivel mundial.

Starr (1986) afirma que el embarazo adolescente es reflejo de la falta de reconocimiento hacia su persona y de conocimientos respecto a las consecuencias que un embarazo implica, ya que muchas veces desean el embarazo porque éste representa una posibilidad de amar a alguien, llamar la atención o crear independencia.

Llanes, et al. (2009) menciona que el embarazo en la adolescencia es multifactorial ya que influyen desde factores de riesgo biológicos como son vida sexual precoz, aumento de relaciones prematrimoniales y falta de conocimiento de métodos anticonceptivos y factores psicosociales como poca comunicación familiar. Se entiende como precoz al proceso que aparece antes de lo habitual o que se realiza en las etapas tempranas de un proceso orgánico (RAE, 2014). En tanto, Quiroz, Atienzo, Campero & Suarez-López (2013) consideran la situación como un problema multidimensional, cuya prevalencia es mayor en países menos desarrollados principalmente entre la población socialmente vulnerable, es decir, con bajo nivel de escolaridad, de escasos recursos económicos, etc. Lo cual concuerda con la OMS (2011), esta instancia menciona que la mayoría de los nacimientos de se da en países en proceso de desarrollo.

En México existen aproximadamente 400,000 madres adolescentes, la mayoría de ellas con un embarazo no deseado (Torres, Walker, Gutiérrez & Bertozzi, 2006). Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), 52% de adolescentes (12-19 años) con vida sexual han estado alguna vez embarazadas. Mientras que en América Latina y el Caribe la tasa de fecundidad

adolescente es la segunda más elevada del mundo con 80 nacimientos por cada mil mujeres entre 15-19 años (Quiroz, et al., 2013)..

Esto representa consecuencias negativas para las jóvenes que son madres solteras y sus hijos, tanto salud física: al no tener el útero suficientemente maduro para ser madres, social: en algunos casos las oportunidades de trabajo disminuyen ya que al ser madres jóvenes se reduce la posibilidades de terminar sus estudios, y psicológicamente: al verse modificado su plan de vida cuando su idea inicial no era serlo, o no al menos en esa edad, (Torres et al. 2006). De acuerdo con los datos encontrados por Núñez-Urquiza, Hernández-Prado, García-Barrios, González y Walker (2003) en su estudio realizado en dos municipios de Morelos, casi 2 tercios de las adolescentes embarazadas tenían entre 18 y 19 años y un tercio de las embarazadas eran menores de 18 años.

El embarazo en la adolescencia favorece el abandono escolar. Stern (1995) sostiene que el abandono temprano de la escuela y otras condiciones asociadas a la pobreza dejan a la mujer adolescente ante pocas alternativas de desarrollo y esto a su vez, favorece la maternidad temprana. En palabras de Menéndez-López, et al. (2008), el embarazo en la adolescencia limita y destruye esperanzas y proyectos de vida.

De acuerdo con Martínez (2014), uno de los principales factores que influyentes en que más adolescentes queden embarazadas es el bajo impacto de los programas de planificación familiar, así como la iniciación cada vez más temprana de vida sexual activa. Es importante mencionar que aunque la tasa de fecundidad a nivel general ha disminuido, el aporte que hacen las adolescentes a la fecundidad sigue en aumento, por lo cual se requiere dar mayor importancia en este sector (ISNP, 2012).

En los países de ingresos bajos y medianos las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte entre las niñas de 15 a 19 años, los bebés de madres adolescentes tienen más probabilidades de tener bajo peso al nacer. Así mismo los mortinatos (fetos que se esperaba que nacieran) y muertes de recién nacidos son un 50% más alto entre los bebés de madres adolescentes de acuerdo con datos tomados de la OMS (2014).

Holguín y colaboradores (2013) encontraron en su estudio realizado en Colombia, que el 86% de los adolescentes encuestados reconoce que el embarazo en la adolescencia puede traer problemas de tipo emocional, para la salud, económicos, escolares y de trabajo para la joven y su hijo.

La manifestación sobre el deseo de un embarazo se ve determinada por diversos factores como el contexto social, escolar, psicológico y cultural de los adolescentes (Núñez-Urquiza et al. 2003). Estos autores también mencionan que la respuesta de si el embarazo es deseado o no se ve influida por las experiencias agradables o desagradables durante y después del parto, así como la satisfacción de las fantasías que tienen los progenitores sobre su hijo, maternidad y paternidad.

Por otra parte es importante hacer la distinción entre el deseo de estar embarazada y tener un hijo ya que no es lo mismo, en este sentido se hace hincapié que para algunos adolescentes el embarazo representa la forma de salir de una situación familiar conflictiva (Vives & Lartigue, 1991).

En datos publicados por Martínez (2014) se indica que el 40% de los embarazos registrados en México no fueron planeados. Dentro de los embarazos no deseados se cree que sólo ocurre con mujeres solteras, y a pesar de esto la promoción de planificación familiar se hace primordialmente en mujeres que viven con su pareja (Núñez-Urquiza et al. 2003).

1.3.1. Aborto

En cuanto a legislación, la normatividad de algunos países como México, estipula un rango permitido respecto a la edad para contraer matrimonio (en dicho país al cumplir la mayoría de edad, que corresponde a los 18 años), programas comunitarios que apoyan a los jóvenes con una mayor accesibilidad de la información de métodos anticonceptivos y de servicios necesarios que pretenden disminuir las estadísticas de embarazos adolescentes. Cuando una joven queda embarazada, es pertinente brindarle atención prenatal de calidad, así como atención adecuada en el parto, las adolescentes que decidan abortar deben tener acceso a servicios de interrupción del embarazo seguros (OMS, 2011).

Menéndez-López et al. (2008) mencionan que diariamente se practican 55,000 abortos en el mundo en condiciones riesgosas, el 95% de éstos se da en países en vías de desarrollo; este hecho conduce a la muerte a más de 20,000 mujeres al día. En 2005 a nivel mundial, eran practicados aproximadamente 4.4 millones de abortos al año a jóvenes entre 10 a 24 años, es por esto que el aborto clandestino es una de las principales causas de muerte en adolescentes. Urbina & Pacheco (2006) encontraron que la mayoría eran practicados en condiciones de riesgo.

En la actualidad, la OMS (2014) estima que tres millones de niñas de 15-19 años se someten a abortos inseguros cada año, lo cual provoca que 1 de cada 3 hospitalizaciones sea por complicaciones asociadas y cada 5 minutos hay un suicidio por problemas irreversibles en su salud sexual o reproductiva. De acuerdo con lo reportado por Torres, et al. (2006), aproximadamente el 14% de embarazos de adolescentes en México termina en aborto.

Una vez revisado los datos de los anteriores autores, es importante resaltar que si bien el aborto clandestino es riesgoso para la salud de las adolescentes, debe considerarse que el llevarlo a cabo de manera legal: reduce los riesgos de mortandad en las adolescentes y permite que las jóvenes decidan sobre su cuerpo y su plan de vida respecto a la temporalidad en la cual desean ser madres y no en la cual quedaron embarazadas ya sea por falta de planificación o por alguna situación de abuso sexual.

1.4. Salud sexual en la etapa adolescente

La salud sexual debe procurarse en todas la etapas del desarrollo en la vida del ser humano, sin importar su género o estado civil, para fines de ésta investigación se mencionan sólo datos de estadísticas correspondientes al rango de edad de la población estudiada.

La salud sexual y reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades relativas al aparato reproductor sus funciones y procesos; en lo que se refiere consultas médicas por infecciones de transmisión sexual, se encontró que del total de adolescentes con vida

sexual activa, solo el 2.3% había recibido atención médica, lo cual puede reflejar una tasa reducida de prácticas sexuales protegidas (INSP, 2012).

El embarazo durante la adolescencia constituye una de las principales preocupaciones a nivel salud, ya que es resultado de la vida sexual precoz no protegida de los jóvenes; del mismo modo, la falta de información y el uso inadecuado de los métodos anticonceptivos incrementan el riesgo de que los adolescentes adquieran alguna enfermedad de transmisión sexual o tengan embarazos no deseados, abortos y partos que ponen en riesgo su vida (Urbina & Pacheco, 2006).

Con el paso de los años se han emparejado las estadísticas en cuestión de género, acerca de quién de los dos toma la iniciativa para comenzar un acto sexual, así como para hacer uso de preservativos y actos relacionados con la sexualidad; sin embargo, los varones siguen teniendo un porcentaje mayor en comparación con las mujeres, además de que el primer grupo mencionado es el que comete más conductas de riesgo, contrario a las estadísticas con respecto a las consecuencias de dichas conductas, ya que es en las mujeres en quienes se registra el aumento de ITS, embarazos adolescente y abortos (García-Vega, et al. 2012).

Para las personas jóvenes, el riesgo en el embarazo es mayor cuando se encuentran fuera del rango comprendido entre los 20 y 34 años de edad; dentro de las complicaciones obstétricas más frecuentes se encuentran: la preclamsia, eclampsia, desnutrición y anemia, además de las enfermedades de transmisión sexual incluidas Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Virus del Papiloma Humano (VPH), así como parto prematuro, anemia, desproporción cefalopélvica, partos prolongados, aumento de la morbilidad infantil y muerte (Martínez, 2014). Los problemas de salud también afectan a los bebés de las madres adolescentes teniendo complicaciones al nacer, al presentar bajo peso por nacimiento prematuro, muerte fetal, entre otros (Urbina y Pacheco, 2006).

Niñas de entre 15 y 19 años de edad al dar a luz sitúan al embarazo, sus complicaciones y parto como una de las principales causas de muerte en adolescentes (Menéndez-López, et al. 2008). Esto muchas veces se debe a que al ser embarazos no deseados las adolescentes no acuden a revisión prenatal, poniéndose en riesgo ya que aún no completan la madurez fisiológica, provocando

fallecimiento por complicaciones en el parto, las adolescentes con la llegada de la menarca son fértiles biológicamente; sin embargo, no están aptas para un embarazo, además de que éste rompe los procesos propios de la adolescencia tanto socioeconómicos como culturales (Llanes, et al. 2009). De acuerdo con Urbina y Pacheco, (2006) el 10% de partos adolescentes desencadena en una mortandad de 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en aquellas mayores de 20 a 29 años.

En una publicación posterior, Teva, Bermúdez & Buela-Casal, (2011) encontraron que entre 1997 y 2007 se han elaborado estudios con jóvenes de 10 a 19 años, los cuales arrojan índices de morbilidad por consumo y abuso de sustancias, los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH han ido en paulatino crecimiento; entre los factores que afectan estos datos, según los especialistas, se encuentran: los estilos de afrontamiento, las tasas de desempleo, pobreza, nivel educativo propio y de los padres, calidad de relaciones familiares afectivas, conocimiento acerca de las ITS, características de la relación que tiene con sus parejas, entre otras.

1.4.1. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual como su nombre lo dice se transmiten predominantemente por contacto sexual, ya sea pene-vagina, pene-ano, buco-vaginal, buco-peneano, o vagina-vagina, dentro de este grupo de entidades infecciosas se integra a una amplia variedad de protozoos, bacterias, virus y hongos las cuales son transmitidas por las membranas del pene y la vulva y en ocasiones por la boca, algunas otras por contacto de piel a piel o transfusiones de sangre. Cabe aclarar que éstas infecciones se transmiten mediante la actividad sexual pero no son consecuencia de tener dicha actividad y estas enfermedades infecciosas pueden estar o no localizadas en los genitales (Mercado, 2012).

Estas enfermedades no son exclusivas de los adolescentes y entre las consecuencias para ambos sexos y los hijos están: sífilis congénita y tardía, que puede tener compromiso vascular y del sistema nervioso; hepatitis B, que genera hepatitis crónica y carcinoma hepatocelular; herpes, debido a que son ulceraciones presenta recurrencias y riesgo de infección fetal, prenatal o neonatal; virus del

papiloma, es precursor del cáncer cérvicouterino, que también puede producir infección neonatal; gonorrea, la cual se asocia la inflamación de la pelvis y riesgo de embarazo ectópico; y clamidia, que se asocia a infertilidad e infección en el embarazo y parto (Oyarzún, 2007).

La iniciación cada vez más temprana de las relaciones sexuales, la falta de conocimiento sobre las consecuencias reales, el pensamiento de inmunidad ante las diferentes consecuencias así como la carencia de habilidades, sociales, falta de habilidades afectivas, actitudes permisivas entre otras, facilitan el incremento de las ITS. Se ha detectado en investigaciones que entre los factores de riesgo asociados con el contagio de las ITS están la edad inferior a los 25 años, el estado civil de casado, el uso de drogas, las relaciones con drogadictos, el tener múltiples compañeros sexuales, la prostitución, el sexo anal, la baja escolaridad, el uso poco frecuente de los condones y la diferencia de edad entre el hombre y la mujer, (Menéndez-López, et al. 2008).

Estos autores mencionan que la epidemia del VIH no es sólo un problema de salud, sino un complejo médico, social, económico, político, cultural y de derechos humanos que toca a todos los sectores de la sociedad. La iniciación de relaciones sexuales precoces se relaciona con diversos casos de ITS ya que contraen relaciones de forma irresponsable. Tener relaciones sexuales sin protección y a edades tempranas aumenta significativamente el riesgo de contagio (Teva, Bermúdez & Buela-Casal, 2009).

La OMS (2011) informa que en 2009 entre los adolescentes de 15 a 24 años existe el 40% de los nuevos casos de infección por VIH, diariamente se contagian 2400 jóvenes, y hay más de 5 millones de ellos afectados por el VIH y SIDA en el mundo.

Existen 11 millones de casos nuevos de ITS curables en jóvenes menores de 25 años, más de 7000 casos de VIH por día detectados en este rango de edad, Urbina y Pacheco (2006). En relación con lo anterior, Espada, Morales y Orgilés (2014) dicen que el debut sexual antes de los 13 años incrementa dos veces la probabilidad de adquirir una infección de VIH en comparación con quienes inician su vida sexual después de los 17 años. Por lo tanto el inicio de actividad sexual temprano se ve muy relacionado con el riesgo de contraer una ITS.

En 2006 aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones a nivel mundial se detectaron en jóvenes de entre 15 y 24 años de edad (Teva, et al.2009). Por otro lado la OMS (2015) estima un millón de contagios de ITS al día a nivel mundial. Lo cual pone a las enfermedades causadas por dichas infecciones como la más devastadoras de la humanidad comprometiendo a más de 14,000 millones de hombres, mujeres y niños contagiados en todo el mundo siendo los adolescentes los más vulnerables (Menéndez-López, et al. 2008).

De acuerdo con el estudio Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes (2009), el 94.7% de los estudiantes españoles entrevistados indicó no haber tenido ninguna ITS, mientras que el 2.8% aceptó haber tenido alguna y 2.5% desconocía qué eran las ITS. En México la Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) 2012, informó que el 3.5 % del total de adolescentes con actividad sexual se ha realizado alguna vez la prueba para detectar VIH. Teva y colaboradores (2009), mencionan que para poder desarrollar programas preventivos de la propagación de las ITS y el VIH, es necesario conocer las conductas sexuales de los individuos a estudiar, si dichos programas pretenden ser dirigidos a la población juvenil..

A continuación se mencionan algunas de las ITS con sus características.

Tabla 1.1

Infecciones de Trasmisión Sexual más comunes		
ITS	Descripción	Síntomas
Sífilis	Ocasionada por la bacteria <i>Treponema pallidum</i> , los lugares húmedos y tibios de membrana así como la mucosa de los genitales. Puede tener como consecuencia, problemas circulatorios, neuronales, demencia mental o la muerte.	Se describe cuatro etapas: <i>Primaria</i> : Formación de llagas en el área contagiada por lo general no hay dolor. <i>Secundaria</i> : Entre 3 y 6 semanas después del contagio, se presentan erupciones en todo el cuerpo, fiebre leve, caída del cabello, inflamación de ganglios. <i>Latente</i> : Si no es diagnosticada y tratada pasa a un estado latente

		<p>donde los síntomas se minimizan así como el contagio, con el riesgo de pasar a la cuarta etapa.</p> <p><i>Terciaria:</i> Se presentan trastornos neurológicos, mentales, problemas cardíacos y en el sistema circulatorio y muerte.</p>
Papiloma Humano (VPH)	<p>Vía de contagio sexual y se manifiesta por verrugas en la piel del área genital y son observables a simple vista.</p>	<p>Durante el acto sexual hay dolor y sensación de ardor, hay presencia de pequeñas verrugas en el área ano-genital.</p>
Herpes genital	<p>Puede causar llagas en el área genital o rectal, nalgas y muslos. Se puede contagiar al tener relaciones sexuales, incluso sexo oral. El virus puede contagiarse aun cuando las llagas no están presentes. Las madres pueden infectar a sus bebés durante el parto.</p>	<p>Pueden aparecer llagas cerca del área donde el virus ingresó al cuerpo. Se convierten en ampollas que pican y duelen y luego sanan. A veces las personas no saben que tienen herpes porque no presentan síntomas o éstos son muy leves. El virus puede ser más grave en recién nacidos o en personas con un sistema inmune debilitado.</p>
Gonorrea	<p>Es originada por la bacteria <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, que se multiplica con mucha facilidad en ambientes húmedos.</p>	<p>Dolor al orinar, secreción uretral purulenta, secreción vaginal inusual, Dolor en el abdomen bajo, puede ser asintomático.</p>
VIH	<p>Responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), por lo que disminuye la capacidad del organismo para defenderse de cualquier hongo, bacteria, virus, infección etc. No es mortal de forma</p>	<p>Puede no presentar ningún cambio o molestia en algunas personas pero en otra pueden presentarse síntomas similares a una gripa durante uno o dos meses después del contagio, dentro de los</p>

inmediata, pueden pasar hasta 10 años de haber sido infectado para ser diagnosticado.

síntomas son: fiebre, dolor de cabeza, malestar general, diarrea, depresión, vomito, infertilidad.

Datos tomados de Mercado, 2012.

1.5. Métodos anticonceptivos

Para reconocer las nociones que los adolescentes de la presente investigación tienen acerca del uso de métodos anticonceptivos es indispensable tener claridad sobre sus características, eficacia, modo de uso, si son aptos o no para prevenir el contagio de ITS y su accesibilidad para los jóvenes, además de complementar esta información con hallazgos de otros autores.

A continuación se mencionan algunos métodos anticonceptivos y sus características que estimadas por la Secretaria de Salud Publica.

Tabla 1.2

Métodos anticonceptivos más comunes y utilizados				
Método	Descripción	Forma de uso	Efectividad	Protección ITS
Condón masculino	Funda o cubierta de látex que contiene un receptáculo para almacenar el semen eyaculado.	Se desenrolla sobre el pene erecto hasta la base antes del coito, generalmente viene lubricado. El hombre eyacula dentro del condón. Una vez usado debe quitarse y ser desechado.	85-97%	si
	Funda de poliuterano, con dos anillos, el extremo cerrado	Colocar el condón femenino dentro de la vagina inmediatamente antes del sexo, tomar la	79-98%	si

Condón femenino	es para mantener el condón pegado al cuello uterino y el extremo abierto y más ancho permanece fuera de la vagina cubriendo la pelvis.	fundas e identificar el anillo del extremo cerrado, Presionar dicho anillo flexible e introducir el condón por la vagina tanto como sea posible hacia el cérvix. El extremo cerrado del condón femenino cubre el cérvix y el extremo abierto debe sobresalir una pulgada (2.5 cm) de la vagina. Una vez terminada la actividad sexual, tomar el extremo abierto, girarlo para cerrarlo, tirar suavemente para evitar derrames del contenido. Usarlo solo una vez y tíralo.		
Implante subdérmico	Es una varilla de plástico pequeña que libera lentamente una hormona que evita la ovulación.	La varilla se inserta debajo de la piel del brazo de la mujer. Su aplicación y retiro deben realizarse por personal capacitado.	99%	NO
DIU	Es un pequeño armazón de plástico, flexible, con un alambre o manguitas de cobre que impide que el espermatozoide alcance el ovulo y lo fecunde.	Se inserta en el útero de la mujer, generalmente durante la menstruación.	99%	NO
Pastillas anticonceptivas	Contienen hormonas que detienen la ovulación. Son de dos tipos: las que	Se toma una tableta diaria, de preferencia a la misma hora todos los días	90-99%	NO

	tienen estrógenos y progestina y las que tienen sólo progestina			
Pastillas de emergencia	Permite evitar un embarazo dentro de los primeros 3 días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección.	Según el ciclo menstrual, detiene la liberación de los óvulos o impide la fecundación	95%	NO
Inyectables	Contiene hormonas que previenen la ovulación. Hay dos tipos: los que contienen estrógenos y progestina y los que tienen sólo progestina.	Según el tipo se aplica una inyección cada mes, dos o 3 meses.	99%	NO

Métodos anticonceptivos, Recuperado de

http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf

Teva, et al. (2009) dicen que las mujeres manifiestan no usar preservativo en un porcentaje mayor a los hombres cuando se encuentran con una pareja estable. El INSP (2012) informa que entre los métodos anticonceptivos más utilizados en adolescentes se encuentran principalmente el condón con un 80% y el uso de los hormonales con un 6.2%. Lo cual concuerda con Andrade, Betancourt y Palacios, (2006), quienes informan que el condón es el método más utilizado en ambos sexos, así como en la primera relación sexual.

A mayor edad, disminuye el uso del preservativo en los adolescentes según lo encontrado por Teva y colaboradores (2009). El uso de métodos anticonceptivos aumenta después de la primera experiencia sexual (Andrade, et al. 2006).

Asimismo, se menciona que cuando el uso de preservativos disminuye aumenta la probabilidad de contraer alguna ITS (Gonçalves, Castellá y Carlotto, 2007).

1.5.1. Accesibilidad a métodos anticonceptivos

Torres, et al. (2006) encontraron que en los jóvenes activos e inactivos sexualmente el 82.8% de las mujeres indicó tener la seguridad para obtener un condón, mientras que el porcentaje en hombres fue del 93.6%. Lo cual concuerda con lo reportado por el INSP (2012) en la Encuesta Nacional de Salud, en la cual se menciona que los adolescentes recibieron un promedio de 7.7 condones gratuitos en el último año (2011 -2012) provenientes de diferentes instituciones (ISSSTE, IMSS, Pemex, Sedena, Centros de salud).

Datos encontrados por Gonçalves y colaboradores (2007) en su estudio realizado en Brasil con estudiantes de 15 a 25 años muestran que en los jóvenes con vida sexual activa la frecuencia del uso de método anticonceptivos corresponde al 9.7% nunca, 8.9% algunas veces, 9.3% la mayoría de las veces y siempre al 72.8% utilizando en un 19.1% la píldora y en algunos casos, ésta última con algún otro método usado simultáneamente.

1.5.2. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

La conducta sexual de los adolescentes ha experimentado un incremento con el paso de los años, al igual que el uso de métodos anticonceptivos, (Teva, et al. 2011). En México, la comparación entre varones y mujeres adolescentes muestra que ellos poseen mayor conocimiento sobre anticonceptivos, principalmente condón, así como mayor frecuencia de uso en la primera relación sexual, Quiroz y colaboradores. (2013). Muchas veces los adolescentes tienen conocimientos generales, sin embargo no utilizan dichos saberes para tomar decisiones responsables con respecto a su sexualidad (Chávez, 2003).

En la publicación de Martínez, (2014) se muestran datos que indican que en México sólo el 37% de los adolescentes utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual. Holguín, et al. (2013), en su investigación realizada en Colombia, refieren que el 88.6% de los adolescente con actividad sexual usa algún método anticonceptivo, 84.8% reportan uso de condón, inyectables 14.5%, orales 4.6%, anticonceptivos de implante 4.1% y 0.3% otros. Esto sin importar la frecuencia

con la que los usen, sólo se toma en cuenta el tipo de método empleado durante sus relaciones sexuales, el comienzo de uso de métodos anticonceptivos registra una media en mujeres de 16 años de edad.

En el estudio Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos (2006) se encontró que el 65% de las mujeres y el 85% de los hombres sexualmente activos muestran habilidad para usar un condón mientras que el 16.4% de las mujeres y un 52.3% de los hombre sin vida sexual activa indican tener alguna habilidad para el uso del mismo.

Pérez & Pick (2006) dicen que existe una relación entre el escaso nivel de conocimientos sobre los anticonceptivos con su bajo o nulo uso, muchas veces por los mitos o creencias falsas o negativas acerca de ellos, además de la falta de habilidades necesarias para poder hacer un uso adecuado de mientras que las creencias conductuales positivas sobre los métodos anticonceptivos aumentan su uso como factor de relaciones sexuales protegidas.

Al momento de negociar el uso del condón en una relación sexual, tanto las personas activas como las inactivas declaran poder hacerlo, en el caso de las mujeres un 93.7% y del 86.6% en el caso de los hombres; así también el 87.4% de las mujeres y el 77.4% de los hombres indica tener la capacidad de condicionar o de interrumpir la relación sexual para usar condón (Torres, et al. 2006). En la investigación realizada por Teva y colaboradores (2011) se encontró que el 23% de las mujeres informó que usaron preservativo durante su primera relación sexual, mientras que en los hombres fue el 51%. En un estudio realizado por García-Vega (2012) con adolescentes españoles el 82.8% refirieron haber usado preservativo en su primera relación sexual, el 5.1% indicó haber empleado coito interrumpido y sólo el 10.5% de estos jóvenes españoles no utilizó ningún método anticonceptivo; el 66.9% de las chicas y el 54% de los chicos han renunciado a tener relaciones sexuales por falta de preservativos.

En el estudio Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual (2003) se encontró que el 41.4% de las mujeres y el 57.2% de los hombres indicaron que fue el varón quien tomó la decisión sobre el uso del preservativo para el primer encuentro sexual. En

las mujeres se identifica un 13% de reportes de rotura de condón y 19% en hombres, 22% zafadura de condón en mujeres y hombres un 31%. El 50% de los participantes reportan haber utilizado condón en su última relación sexual (Torres, et al. 2006).

La anticoncepción de emergencia es aquella que se emplea después de haber tenido relaciones sexuales sin protección, también referida como postcoital con la toma no mayor a 72 horas después del acto sexual de una o dos pastillas (según la presentación adquirida) con una carga hormonal que impiden la fecundación del óvulo. Respecto a este método, a pesar de que el 60% de los estudiantes, sin diferencias entre los activos sexualmente con los inactivos, había escuchado acerca de ello, sólo el 34.4% de las mujeres y el 37.5% de los hombres sabían con exactitud qué es y cómo funciona; así, el 4.1% de las chicas y el 6.2% de los hombres lo considera como un método abortivo. Entre las jóvenes con vida sexual activa el 66% indicó estar dispuesta a utilizar dicho método en caso de ser necesario y el 66.1% de los chicos, la cifra disminuye ante el mismo aspecto con los adolescentes inactivos sexualmente con un 44.8% en el caso de las mujeres y en el de los hombres con un 52.7% (Torres, et al. 2006).

Se encuentran diferencias en el estudio de estos autores entre el conocimiento y la disposición del uso del condón; así de acuerdo con los resultados obtenidos en la encuesta, se muestra que la vida sexual que llevan los jóvenes ocurre en situaciones de riesgo, tales como las ocurridas bajo el efecto de alguna sustancia nociva para la salud (drogas), presión de pares, relaciones sexuales desprotegidas, entre otras, lo cual facilita las condiciones de contagio de ITS y VIH, así como de embarazos no planeados. Aunque el porcentaje del uso del condón va en aumento, la mitad de la población se expone a situaciones de riesgo al no utilizar el preservativo.

Se debe tener claro que si bien es eficaz la implementación de los anticonceptivos de emergencia, esto no es un método de prevención ante el contagio de ITS ni del VIH, no obstante comienza a jugar un papel importante en cuestión de prevención del embarazo no planeado, pese a la presencia de grupos más conservadores (Torres, et al. 2006).

1.6. Factores de inicio de vida sexual activa

Las razones que motivan al adolescente a tener su primer encuentro sexual varían dependiendo de cada persona, es por ello que se revisan posturas de autores en diversos países.. En la actualidad, muchas veces se cree que al posponerse la edad de matrimonio, el inicio de las relaciones sexuales es de igual forma pospuesto; sin embargo la realidad es otra ya que el inicio de la vida sexual es cada vez a más temprana edad, esto en palabras de los mexicanos Núñez-Urquiza y colaboradores (2003).

Según lo encontrado en población brasileña por Gonçalves et al. (2007) la presión social hacia los varones aumenta la probabilidad del debut sexual riesgoso (en ausencia de factores de protección como el uso de algún método anticonceptivo) sin que con ello se presente necesariamente una satisfacción esperada. Por otra parte en el estudio Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá (2013) en Colombia se encontró que algunos factores que favorecen las actitudes permisivas ante el inicio de las actividades sexuales son: el no vivir con los padres, compartir poco o ningún tiempo con alguno de ellos, el no recibir información por parte de la madre en específico y enfrentar en casa una situación de embarazo adolescente previo, como en algún hermano o hermana.

Las chicas que no han tenido relaciones sexuales muestran mayor apego, comunicación con ambos padres, menor rechazo y una mejor comunicación acerca de temas de sexualidad con la madre, en comparación con las chicas que ya han tenido relaciones sexuales. En el caso de los chicos, aquellos que son sexualmente activos, perciben más comunicación sobre sexualidad y padres más permisivos, se informa un mayor rechazo por parte de la madre en chicos que ya han tenido relaciones sexuales, comparado con los jóvenes que aún no comienzan su vida sexual.

Los autores concluyen que los factores familiares afectan a ambos sexos de manera inversa, en el caso de las mujeres el apego y la buena comunicación fungen como factores protectores y a los hombres como factor de riesgo al manifestarse esta comunicación como permisiva ante el inicio de una vida sexual precoz, lo cual, como se ha reportado en otros artículos, aumenta la probabilidad de embarazos no

planeados, aborto e infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA (Andrade, et al. 2006).

En el estudio Entre contradicciones y riesgos: opiniones de varones adolescentes mexicanos sobre el embarazo temprano y su asociación con el comportamiento sexual (2006) la mitad de los adolescentes entrevistados opinan que la edad ideal para iniciar relaciones sexuales es entre los 16 y 19 años; sólo 12% considera que debe ser antes de los 16. El 80% percibe que los adolescentes inician las relaciones sexuales por aventura, experimentación, placer o necesidad sexual y sólo 14% por amor.

En la investigación realizada en España por Teva y colaboradores (2011) se encontró que se da una mayor importancia en el estudio de la conducta sexual adolescente, ya que adquiere especial relevancia la consideración del contexto social y cultural en el que estos se desenvuelven, por ejemplo, en países europeos empiezan la vida sexual activa en el periodo de los 15 años aproximadamente. Sin embargo, agregan los autores, la edad de inicio en cada país es diferente dependiendo del contexto social, la edad en la que experimentan la iniciación de experiencias sexuales va variando; mismas que incluyen la práctica sexual con dos o más personas al año, sexo oral, sexo anal, vaginal y masturbación.

1.6.1. Edad de inicio de vida sexual activa

Las relaciones sexuales comienzan cada vez a edades más tempranas en todos los países del mundo (Menéndez-López, et al. 2008). Es regularmente en la adolescencia cuando se comienzan con una vida sexual activa, esto de acuerdo con el estudio realizado por Teva y colaboradores (2009), en el que se encontró que en España la edad media de inicio en ambos sexos oscila en los 15 años. Al respecto en la investigación La adolescencia y su importancia para la vida (2008) se encontró que en Cuba el promedio en que inician una vida sexual los adolescentes es a los 15 años las mujeres y a los 12 los hombres, lo cual es indicador de una vida sexual precoz. Mientras que en México, Martínez (2014) encontró que la edad promedio de inicio en la primera relación sexual es aproximadamente a los 15.2 años en hombres y de 15.3 años en mujeres.

Lo anterior concuerda con lo encontrado en otras encuestas (Andrade, et al. 2006) en donde se informa que el promedio de inicio de la vida sexual en los adolescentes mexicanos oscila en los 15 años. Por su parte el INSP (2012) reporta que el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que ha iniciado vida sexual es de 23% - 25.5% de hombres y 20.5% mujeres. Este porcentaje es mayor al reportado en la Encuesta Nacional de Salud 2006, referida por el INSP (2012), en donde se informa que el 15% de adolescentes que habían iniciado una vida sexual el 17% eran hombres y el 14% mujeres. De acuerdo con los hallazgos del estudio Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes (2009) en España no se encuentran diferencias significativas entre los centros educativos públicos y privados a los que asisten los adolescentes en cuanto a la edad del inicio de las relaciones sexuales, alrededor de los 15 años.

Según Urbina y Pacheco, (2006) las jóvenes peruanas que indican tener un inicio de vida sexual activa de 13 y 14 años informan que fue por situaciones de violación o incesto. Esto es similar a lo dicho por UNICEF (2015) exponen que cerca de los 15 años de edad, los embarazos suelen ser resultado de violencia sexual, además se informó que del 60% de los embarazos en adolescentes de 12 a 14 años son producto de violaciones o incesto; estos datos se corroboran en un estudio realizado por Pathfinder (1998, citado en Urbina y Pacheco, 2006) quien encuentra que el 90% de embarazos en niñas de 12 a 16 años atendidas en Lima fueron consecuencia de violaciones, muchas de ellas por parte de algún familiar.

1.6.2. Medios de información acerca de sexualidad

El comportamiento y la práctica hacia la sexualidad y el cuerpo del adolescente está delimitada por los mensajes transmitidos por el medio que lo rodea: familia, escuela y sociedad (Rivera, 2007). Los datos epidemiológicos hallados en un estudio realizado por Rodríguez, et al. (2007) muestran respecto a los medios por los cuales se recibe educación sexual que 29 de los 42 jóvenes encuestados, indicaron que son sus padres uno de los medios que les brindan dicha información. Sin embargo casi a la par se encuentra la televisión con 27 menciones, con una disminución considerable los libros 16, los profesores 11, amistades 6 y el médico de la familia sólo 5.

En tanto, los resultados de Holguín y colaboradores (2013) indican que en el 67.5% de los adolescentes encuestados, la madre habló con ellos de temas relacionados con anticoncepción, el padre lo hizo en 27.2%, sin diferencia entre los que habían y no iniciado actividad sexual.

1.6.3. Influencia del contexto en el desarrollo de la sexualidad de los adolescentes

La importancia del tema sobre el uso correcto del condón y de la existencia de métodos anticonceptivos post-coitales y anticoncepción de emergencia tienen como foco principal la prevención del embarazo no deseado antes que el contagio de VIH, debido a su baja prevalencia en población mexicana, si un condón falla, por probabilidad, hay mucho más riesgo de un embarazo que de un contagio. En México existen según cifras del propio gobierno, aproximadamente 400,000 madres adolescentes, la mayoría de ellas por un embarazo no deseado (Torres, et al. 2006). De acuerdo con datos de la investigación Entre contradicciones y riesgos: opiniones de varones adolescentes mexicanos sobre el embarazo temprano y su asociación con el comportamiento sexual (2013), en América Latina y el Caribe, el embarazo adolescente está generalmente determinado por condiciones de desventaja social como: pobreza, baja escolaridad, ruralidad y etnicidad; esto configura un problema social y de salud pública.

El embarazo a temprana edad, sobre todo antes de los 18 años pone en riesgo tanto la salud de la madre como la de su hijo y en circunstancias de pobreza y desnutrición, tienen mayor riesgo de adquirir alguna enfermedad comparándolos con los hijos de madres mayores a 20 años que viven en las mismas circunstancias sociales (Núñez-Urquiza, et al. 2003).

De acuerdo con Román (2000) en el contexto urbano está la expectativa de que las mujeres jóvenes estudien y pospongan la maternidad hasta después de los 24 años, por lo que es normal que se manifieste el no desear un embarazo, mientras que en las zonas rurales las mujeres quieren tener hijos a temprana edad para cubrir “el ciclo vital”. Esto hace suponer que ellas consideran tener pocas posibilidades de “ser alguien” fuera de la maternidad.

En las familias donde se espera que la mujer se case, ayude con el cuidado de los hijos menores y quehaceres domésticos es más aceptado si la hija se

embaraza a edad temprana o que el hijo lleve a casa a su mujer adolescente. Esto comparándolo con zonas urbanas donde la mayoría de las familias son nucleares y existen altas expectativas de que se postergue la maternidad y paternidad, lo que provoca el frecuente rechazo por las familias de ambos, así como la de los propios adolescentes, Núñez-Urquiza y colaboradores (2003).

En datos de Holguín, et al. (2013) existe evidencia respecto al nivel socio-cultural, los estratos socioeconómicos más bajos son los que tuvieron mayor asociación con la actividad sexual temprana. En esta misma investigación se halló que la aprobación de las relaciones sexuales en la etapa adolescente se ve influenciada directamente por el contexto y el ambiente en el que el joven se desenvuelve. Las variables relacionadas con el inicio de la actividad sexual a una edad precoz son diversas y están interrelacionadas; sin embargo hay factores que se ven reflejados en este estudio como las familias con un solo padre, bajo nivel educativo, bajos ingresos, supervisión insuficiente de padres ante mensajes ambientales relacionados con la actividad sexual.

1.6.4. Asociación de la escolaridad con la sexualidad en la adolescencia

Con base en los datos de Núñez-Urquiza y colaboradores (2003) se ha observado una amplia asociación estadística entre la baja escolaridad y la maternidad temprana, ya que en los grupos de menor escolaridad y en zonas rurales hay mayores embarazos en mujeres jóvenes. Así mismo se documenta que la maternidad en etapa escolar propicia el abandono de ésta y a su vez es proporcional que el abandono de la escuela por situaciones económicas desfavorables condicione una maternidad precoz.

De acuerdo con estos autores, hace 10 años solía asociarse a la población rural con un riesgo mayor a tener una fecundidad no planeada; sin embargo, en estudios recientes realizados en zonas urbanas de América Latina, ocurren mayor número de embarazos no deseados en zonas periféricas a las grandes colonias urbanas, sobre todo donde hay inmigración acelerada y en asentamientos marginados periurbanos.

El contexto y las situaciones cercanas a él pueden ser factores de riesgo ante un embarazo precoz, Quiroz, et al. (2006) encontraron que el 75% de los adolescentes que participaron en su estudio viven en casa de sus padres, de los cuales el 63% cuentan con escolaridad preparatoria o más y de la misma muestra el 5% tienen antecedentes de embarazo adolescente en su familia y el 69% en algún conocido o amigo.

1.7. Conducta sexual

Para tener claridad de qué información podría ser adecuada comunicarle a los jóvenes, es importante conocer la generalidad de cómo es su comportamiento con lo referente a su sexualidad al llegar a la etapa adolescente, sus implicaciones y mencionar algunos datos al respecto.

Rodríguez, et al. (2010) comentan en su investigación realizada en Brasil que en cuestión de iniciación sexual, ésta exige responsabilidad y seguridad, de no ser así los adolescentes quedan vulnerables a embarazos no deseados y corren mayor riesgo de contagio de ITS y el virus de VIH.

De acuerdo con el estudio español realizado por Teva y colaboradores (2007) en relación con las experiencias sexuales con penetración, 95% de los jóvenes indicó tener relaciones heterosexuales, 2.4% homosexuales y 2.6% bisexuales. La identidad sexual se va gestando desde el nacimiento teniendo como medio los contextos sociales, así como las vivencias personales y surge como el rasgo de mayor peso a la hora de configurar la vida de cada persona (Chávez, 2003).

En una encuesta realizada por García-Vega, et al. (2012) con adolescentes españoles de 13 a 19 años se encontró que:

- 65% de la población total ha practicado la masturbación.
- 84.8% ha referido haber tenido besos.
- 46.9% aceptó haber practicado caricias genitales.
- 27.1% ha practicado sexo oral.

- 32.3% hasta el momento del estudio ha tenido relaciones sexuales con penetración vaginal.
- 8.3% de la población practicó sexo anal.
- 15.2% indicó no haber tenido ningún tipo de experiencia sexual.
- Los hombres llevan la ventaja porcentual sin diferencias significativas con las mujeres respecto al inicio de conductas sexuales.
- Sin diferencia de sexo, el 53% de los adolescentes de la muestra no tenía planeada su primera relación sexual.
- 50.4% en hombres y 22.2% de las mujeres reconoce haber mantenido relaciones con penetración en la primera cita.

1.8. Conductas sexuales de riesgo

Como se ha visto las practicas sexuales que mantienen los jóvenes son diversas y aunque los estudios presentados en esta investigación son de distintos países se encuentran similitudes, como en su edad de inicio, o las circunstancias que los motivan a tener su primer encuentro sexual, sin embargo hay situaciones que podrían ponerlos en más riesgo que otras, algunos de esos ejemplos son los siguientes.

La vida sexual activa tiene su debut en la adolescencia, este dato no es sólo en México, sino en la mayoría del mundo. El comienzo temprano de la conducta sexual sumada al mal y nulo uso de métodos anticonceptivos, prácticas sexuales de riesgo, poco responsables: no protegidas o bajo el efecto de alguna droga, se asocian directamente con el embarazo adolescente no planeado y no deseado, así como el contagio las ITS, incluyendo el VIH. (Pérez & Pick, 2006).

En ocasiones, los adolescentes consideran tener relaciones sexuales por presión o influencia de sus pares, esto sin considerar el uso de métodos de protección o anticonceptivos (García, 2004). Espada, Morales & Orgiles (2014) comentan que cuando el adolescente comienza a tener relaciones sexuales empieza a generar una exposición a la posibilidad de adquirir una infección sexual.

Las situaciones de riesgo son diversas, una de las que llaman la atención es que al parecer el hecho de tener una pareja estable, sobre todo en el caso de las

mujeres, les genera una falsa expectativa de que los riesgos ante las conductas sexuales no protegidas disminuyen, como si al mantener relaciones sólo con su pareja no se corriera riesgo de contagio (Teva, et al. 2007). Cabe mencionar que una relación sexual sin uso de preservativo o cualquier otro método anticonceptivo puede ser considerada una relación sexual de riesgo, esto de acuerdo con Gonçalves, et al. (2007).

En la búsqueda de nuevas sensaciones, el adolescente mantiene una visión positiva acerca de afrontar riesgos; cuando lo pasa sin consecuencias es probable que exista una repetición del riesgo. Lo mismo sucede ante las relaciones sexuales sin protección, siempre y cuando no se contagien o no exista un embarazo adolescente, la probabilidad de que los jóvenes sigan teniendo este tipo de relaciones sexuales aumenta; otro factor que favorece situaciones de sexo sin protección es la desinhibición obtenida por el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, ya que el juicio racional y la pérdida del control se hacen presentes (Gonçalves, et al. 2007).

Aún con información sobre los riesgos de contagio de ITS y VIH, los jóvenes encuestados por dicho autor que inciden en conductas sexuales de riesgo, llega al 61.4%; como ejemplo se encontró que los chicos con mayor número de parejas sexuales dentro de los últimos 12 meses manifiestan a su vez un consumo de alcohol más elevado. Sin embargo, las conductas sexuales de riesgo no presentan una variable grupal generalizada, por lo cual los factores se consideran de tipo individual.

Caricote (2009) refiere que los adolescentes en etapa tardía son muy influenciados por su grupo de pares o adultos, esto los puede llevar a tener conductas riesgosas. Como menciona Erickson (1965, citado por esta última autora), en la adolescencia se tiene como necesidad primordial adquirir una identidad, satisfacer el sentido de pertenencia y ser aceptado socialmente por sus iguales, es por esto que se pueden seguir ejemplos o conductas riesgosas de otros, aumentan la probabilidad de consumo de alcohol o drogas, tener parejas sexuales ocasionales, o relaciones sexuales sin protección. Lo cual concuerda con Burak (1999) quien expresa que la presión grupal entre pares es un factor de riesgo, lo

cual puede orillar a relaciones sexuales desprotegidas y terminar con algún embarazo no planeado, abortos o ITS.

Por otro lado, Caricote (2009) menciona que el estado de invulnerabilidad en el que viven los jóvenes, al creer que no pueden ser dañados física o moralmente, podría ser la razón por la que se expongan a relaciones sexuales de riesgo, sin protección, restricciones o límites. Para sustentar esto la autora cita a Blos (1968), quien informa que los adolescentes viven en una etapa en la que se sienten inmunes, sensación que les lleva a pensar que nada les ocurrirá.

Dentro de los resultados obtenidos en una muestra por Holguín y colaboradores. (2013), los adolescentes con actividad sexual en comparación con los que no la tienen, tuvieron una mayor proporción de consumo de diversas sustancias: 89.7% en consumo de licor, 33.3% son fumadores y 19% consumidores de drogas psicoactivas; los autores concluyen que se encuentra una preocupante relación con el consumo de licor y sustancias psicoactivas con conductas de alto riesgo, incluidas relaciones sexuales poco responsables.

Al respecto, Teva, et al. (2011) encontraron en diversos estudios que los adolescentes de diferentes nacionalidades llevan a cabo conductas que suponen mayor riesgo en la adquisición de ITS y embarazos no deseados.

En la encuesta realizada para la investigación Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes (2012) con jóvenes españoles, estos refirieron respecto a las conductas de riesgo:

- 10.2% en el caso de los chicos y el 3.9% de las chicas declaró que la mayoría de sus relaciones sexuales habían sido bajo el efecto del alcohol.
- 23.8% aceptó haber persuadido a su pareja para mantener relaciones sin preservativo en el caso de los hombres y un 6.3% de las mujeres.
- 21.4% de los jóvenes y 3.9% de las jóvenes afirman: competí alguna vez a ver quién tenía más relaciones en una noche.
- 14.1% de las mujeres y el 11.1% de los hombres manifestó que suelen arrepentirse de las relaciones amorosas al día siguiente tras una noche de fiesta.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 253 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos publicada en el Diario Oficial de la Federación (2012), las personas que están en riesgo de contagio de alguna ITS son aquellas que tienen relaciones sexuales con personas infectadas por medio de practicas sexuales de riesgo (sin protección de algún método anticonceptivo de barrera), violación y con el uso compartido de juguetes sexuales contaminados con sangre o secreciones genitales tales como el moco cervical, semen o alguna supuración por infección.

1.8.1. Parejas sexuales

Los adolescentes viven la sexualidad como un modo de pasarla bien, sin límites, sin restricciones, sentir solo placer, en donde la competencia con sus pares en cuanto a quién tiene más experiencias sexuales y quién logra más es lo importante (Caricote, 2009).

En el estudio brasileño realizado por Gonçalves, et al. (2007) el 31.8% de los adolescentes de la muestra tenía una pareja estable sin vivir juntos, 20.8% mantenía una relación pasajera y 42.3% no tenía ninguna relación de pareja.

De acuerdo con datos de Pérez & Pick (2006) la comunicación asertiva permite tener una mejor comunicación y acuerdos sobre que método anticonceptivo utilizar, esta situación es más frecuente cuando se tiene una pareja sexual regular y se disminuye con parejas sexuales ocasionales. El 62% de la muestra encuestada en la investigación de estas dos autoras indicó tener relaciones con una pareja sexual regular.

De acuerdo con Holguín y colaboradores (2013) la edad del comienzo de la vida sexual ha disminuido con el paso del tiempo. Por esta razón, ha aumentado el número de parejas sexuales que tienen tanto los hombres como las mujeres a lo largo de su vida, así mismo, se observa un incremento en el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Dentro del estudio realizado Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual (2014) se encontró que entre los participantes que iniciaron su vida

sexual antes de los 15 años hay más variaciones (sexo oral, anal) en sus prácticas sexuales y a su vez muestran un mayor número de parejas sexuales.

Las chicas de la capital mexicana encuestadas por Andrade y colaboradores (2006) reportan en su mayoría haber tenido su primera experiencia sexual con su novio; en el caso de los chicos, sólo la mitad indicó que fue con su novia con quien experimentaron su primera vez, seguido por las amigas y parejas ocasionales

En un estudio epidemiológico realizado con adolescentes (Holguín, et al. 2013) se observa que:

- El 45.8% de los jóvenes que indicaron haber iniciado la actividad sexual, reportan tener compañero o compañera sexual en la actualidad (esposo, esposa, familiar, novio, novia, otro).
- Los hombres tienen una mediana de 3 parejas sexuales al año y las mujeres una mediana de 2.
- Con un 46.4% los hombres indican que su primera pareja sexual fue su novia, 42,2% una amiga, 6.1% un familiar y 5.3% otro. En el caso de las mujeres el 84% fue su novio, 14.8% un amigo y 1.2% otro.

1.9. Importancia de la educación sexual

Conocer para qué sirve y cuándo (edad de la persona) es pertinente hablar con los jóvenes de temáticas de sexualidad, da la pauta hacia la valoración de la educación sexual. Se debe tener en consideración que la adolescencia es un proceso de búsqueda y comprensión de valores, mismos que el contexto moldea y proporciona, ya sea por parte de la familia, educadores o amigos, a la par que el joven decide cuál concuerda más con su modo de pensar de acuerdo con lo que es y lo que le gustaría ser (Rivera, 2007).

Esta última autora comenta que la educación sexual debe impartirse a los niños desde la escuela primaria con temáticas que les permitan el conocimiento del cuerpo, esto se refiere a la confianza para tocar sus genitales sin temor a un regaño, además de conocer sus funciones, cómo conocerse y valorarse mejor, abordar temas de prevención de embarazo, ITS, abuso sexual y toma de decisiones,

eliminación de pensamientos machistas y cómo mejorar la comunicación en casa con los padres.

Cuando se es adolescente y niño, la escuela es el lugar en el que se pasa la mayor parte de la vida, misma que proporciona un contexto social apto para esclarecer dudas acerca de la sexualidad, además proporciona al adolescente la posibilidad de formar su identidad más allá de la familia (Rodríguez et al, 2010).

Estos mismos autores menciona que la adolescencia es una etapa caracterizada por ser un proceso de ruptura y transformación del individuo, lo cual puede traer efectos negativos, de ahí la importancia de un adecuado acompañamiento en los diversos contextos en los cuales se desenvuelve: la familia, la escuela y la comunidad, como medios formadores de opinión.

Por su parte Teva y colaboradores (2007) sugieren que se presente la educación sexual que promueve conductas de protección para evitar riesgos de contagio de las ITS incluyendo VIH y los embarazos no deseados, a edades tempranas y antes del debut sexual, sobre todo con penetración, para que llegado el momento procuren buscar métodos de protección.

Además de la promoción de programas de educación sexual informativos, es conveniente estimular hábitos de vida saludables que no se limiten a los comportamientos sexuales, esto incluye la promoción entre adolescentes escolarizados mexicanos de vías afectivas y que se consideren temáticas respecto al consumo de alcohol. Éstas son sólo sugerencias de acción y las posibilidades quedan abiertas (Gonçalves et al. 2007).

Martínez (2014) comenta que el embarazo en las adolescentes tiene muchas repercusiones sobre todo en el desarrollo de las mujeres ya que generalmente interrumpen su formación escolar en el caso de las jóvenes que se embarazan mientras están cursando la escuela, provocando a su vez dificultades para su inserción en el ámbito laboral además de las problemáticas a nivel socioeconómico, sociales y familiares.

A pesar del problema de salud a la que se enfrenta la población con los actuales casos de contagios de ITS, en especial los adolescentes, estos no disponen de una adecuada información sobre cómo evitar el embarazo, tampoco

saben acerca de las enfermedades, sus mecanismos de contagio y las posibles formas de evitarlo, es por esto que se piensa en la información preventiva como forma en la que se podrían disminuir los casos de infecciones, Menéndez-López y colaboradores (2008).

Estos autores comentan que la salud sexual y reproductiva incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear con la libertad para decidir con quién hacerlo, cuando y con qué frecuencia.

Se considera que la información que tienen los adolescentes en etapa tardía es insuficiente y distorsionada, ya que perciben la sexualidad únicamente como sexo y ésta con genitalidad y placer, dejando de lado el amor, la comunicación, el compromiso, y la responsabilidad (Caricote, 2009).

Chávez (2003) en su investigación realizada en Costa Rica, menciona que la sexualidad debería ser integrada a las personas por medio de una educación más allá de la formación funcional pasando a ser una formación integral, en la que se manifiesten el carácter, los temperamentos, hábitos y conocimientos. También sugiere que cuando se aborda la educación sexual debe realizarse de forma integral desde una perspectiva biopsicosocial, desarrollar acciones dirigidas a la promoción de conductas saludables e integradoras, considerar al sexo como una acción natural, mismo que se ve muy influenciado por las pautas y valores socioculturales; además, comenta que muchas veces los medios de comunicación llegan a presentar la sexualidad de forma distorsionada cayendo en la exhibición de comportamientos sexuales alejados de la realidad y acercándose a la violencia. Así mismo, propone que los programas de educación sexual deberían estar enfocados no sólo a los adolescentes sino también a los padres de familia y profesores, ya que muchas veces éstos muestran poca apertura hacia estos temas.

Es necesaria una adecuada educación sexual para preparar a los jóvenes respecto al amor, familia, establecimiento de una vida en pareja con principios de equidad de género y respeto mutuo, además de información clara acerca del uso del condón no solo para prevenir ITS, también como método anticonceptivos; al prevenir el embarazo adolescente no planeado se puede reducir el abandono escolar causado por este motivo (Rodríguez, et al. 2007).

De acuerdo con los resultados de su investigación, estos autores infieren que existe un conflicto entre la madurez mental de un adolescente y los cambios que presenta su cuerpo, por lo que se muestran inseguros ante las conductas sexuales adecuadas; de ahí la importancia de una educación sexual con información clara, ya que de lo contrario la probabilidad de una conducta sexual poco responsable en los adolescentes aumenta y con ella sus respectivos riesgos en cuestiones sociales y de salud.

1.10. Mitos, creencias y tabúes en la sexualidad

Se tiene conocimiento de la relación existente entre el nivel de conocimiento de los chicos respecto a métodos anticonceptivos, mitos, falsas creencias de su efectividad y su uso, sumado a ello, se encuentra deficiencia de habilidades necesarias para su correcto uso, ya que éstas funcionan como factores de protección ante los riesgos en cuanto a salud sexual respecta; algunas de esas habilidades son la toma de decisiones propias, comunicación asertiva, expresión de sentimientos. Como ejemplo: en una investigación realizada con estudiantes de bachillerato en México, se concluye que el mejor predictor ante una relación sexual protegida es la comunicación asertiva con la pareja (Pérez & Pick, 2006).

Con base en los resultados del estudio de dichas investigadoras, se infiere como necesidad el desarrollo de programas educativos de sexualidad que den prioridad a la formación de habilidades para la vida como la comunicación asertiva con la pareja sexual; así mismo, que mediante la información detallada, objetiva y de conocimiento práctico que elimine tabúes acerca de las temáticas de sexualidad, embarazo y el uso de métodos anticonceptivos.

Cada cultura tiene necesidad de encontrar respuestas y explicaciones a todo lo que le rodea. Es esta una fuente que posibilita el surgimiento de los mitos, por lo tanto, éstos forman parte de la construcción del conocimiento del ser humano y sus iguales en conjunto en cuanto a la interacción con su medio (Rivera, 2007).

Esta autora comenta que las habitualmente las percepciones hacia la propia sexualidad son distintas según el sexo. En el caso de la identidad femenina, se percibe como referente a la maternidad, de tal manera que la sexualidad está ligada

con la reproducción, no así al placer ni al erotismo que otorgue y reciba placer. A diferencia de la sexualidad masculina la cual socialmente tiene un reconocimiento de tipo biológico, natural y de instinto, además de ser considerada como inevitable y hasta incontrolable por pertenecer al orden del deseo y su ejercicio implica hombría, lo que conlleva a su identidad genérica. Es por ello que se dice que los hombres cuentan con el permiso social para ejercer su sexualidad, y llegada la adolescencia, incluso se les incita a hacerlo.

Es indispensable que las estrategias del cuidado adolescente estén libres de mitos, conceptos e ideas falsas que enmascaren las temáticas de sexualidad, ignorando así emociones, sentimientos y deseos (Rodríguez et al. 2010)

Los datos de un estudio realizado por Quiroz, et al. (2013) reflejan que la construcción social de la masculinidad implica una mayor apertura hacia temas sexuales y la constante autoafirmación de la identidad masculina, en la que “los varones de verdad” deben ser sabios en el terreno sexual. Para ellos, en comparación con las mujeres, existe mayor aceptación de prácticas sexuales sin fines reproductivos. Los adolescentes perciben y viven la sexualidad como genitalidad, es decir como sexo, únicamente placer por placer y muchos de ellos la viven con miedo, temor y prohibición (Caricote, 2009).

La misma autora comenta que aun cuando la sexualidad es muy importante para los seres humanos, sobre todo dentro de la sociedad, la mayoría de las personas que estuvo en los talleres (adolescentes, padres y maestros) mostraron tener sentimientos confusos, dudas y sintieron temor e inseguridad al abordar el tema de sexualidad con los adolescentes.

Ante esta evidencia, las creencias negativas y de poca efectividad acerca de los métodos anticonceptivos disminuyen su uso según resultados de Pérez & Pick (2006).

1.11. Vinculación con la psicología educativa

Al revisar los planes y programas de estudio de nivel básico y medio superior, se encuentra que sólo en los siguiente grados se plantean en la malla curricular temas relacionados con la sexualidad: primaria 4°, 5° y 6° año, secundaria 2° y 3° y

en el nivel medio superior del sistema Colegio de Bachilleres en el último año durante el 5° semestre dentro de las materias optativas (Anexo 1), esta situación permite ver una falta de continuidad ante dicha temática.

Si bien los aprendizajes esperados planteados para nivel básico en temas de sexualidad son pertinentes, considerar que los aprendizajes alcanzan a ser significativos en esta etapa, queda con cierta brecha respecto a la realidad.

En la adolescencia, los jóvenes presentan procesos de maduración físicos y mentales en los cuales se modifica su razonamiento, perciben lo que aprenden desde otra perspectiva al alcanzar conciencia de las consecuencias respecto sus acciones. A sí mismo, los adolescentes representan su conocimiento como resultado de la interacción entre nueva información y la propia experiencia que adquieren al relacionarse de forma distinta con el contexto que le rodea (Carretero y León, 1994).

En la infancia no se tiene pleno interés por los temas de sexualidad, sin embargo, tal como se hace en la actualidad dentro de los programas oficiales, es importante que se aborden. En la adolescencia y a finales de ella, más allá de ser solamente importante, es fundamental que se hable con los jóvenes de sexualidad, ya que es la etapa en la cual se sitúa la edad de inicio de vida sexual activa, podría interesarles más tener conocimientos respecto al tema y hacer uso de esa información, por lo tanto se promueve de mejor manera el aprendizaje significativo, además de que la información proporcionada la internalizan de manera más consiente al estar cercana a sus vivencias.

En la sección de Anexo 1 se presentan las tablas de cada grado escolar con las materias en la que se encontró contenido de sexualidad, los objetivos de las mismas así como los aprendizajes esperados.

2. CAPITULO II

2.1. MÉTODO

2.1.1. Objetivo de la investigación

Reconocer los conocimientos acerca de los factores de riesgo y protección, respecto a su vida sexual y el uso de métodos anticonceptivos y de prevención ante las ITS en una muestra no representativa de estudiantes de bachillerato.

2.1.1.1 Objetivo específico de la investigación

Identificar el uso de métodos anticonceptivos y de prevención de ITS revisando los conocimientos previos que tienen acerca de ellos en una muestra no representativa de estudiantes de bachillerato.

2.1.2. Participantes

Se aplicó un cuestionario a 300 alumnos de un Colegio de Bachilleres, en un plantel ubicado al sur de la Ciudad de México, se nos permitió el acceso a las aulas de cuatro grupos de 1° semestre (156 alumnos), un grupo de 3° semestre (59 alumnos). Es importante mencionar que en dicho salón habían dos grupos juntos por la ausencia del profesor de uno de ellos, y tres grupos de 5° (85 alumnos), las características de la muestra se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1. *Porcentajes y frecuencia por sexo, de edad y semestre de la muestra*

Datos generales de alumnos encuestados						
Variable	Rango	Hombres	Mujeres	No contestaron sexo	Total	Porcentaje
Edad	13 – 14 años	5	5	0	10	3.3 %
	15 – 16 años	75	68	5	148	49.3 %
	17 – 18 años	57	48	3	108	36.0%
	19 o más años	18	13	1	32	10.7%
	No contestaron edad	--	--	2	2	0.7%
Total		155	134	11	300	100%
Semestre	1° semestre	74	76	6	161	52.0 %
	3° semestre	36	22	1	59	19.7 %
	5° semestre	45	36	4	85	28.3 %
Total		155	134	11	300	100%

La adolescencia se estima entre los 10 y 19 años de edad (OMS, 2015), sólo el 4.7% de los participantes rebasa el rango de edad estipulado por la OMS con edades de 20 a 23 años. El porcentaje de los alumnos es más alto entre 15 y 17 años, ya que la mayoría de estos cursan el primer semestre.

El porcentaje general entre hombres y mujeres a nivel global de los Colegios de Bachilleres del Distrito Federal corresponde al 52% en el caso de las mujeres y 48% para los hombres y 51% y 49% respectivamente en el plantel donde se llevó a cabo el presente estudio, se observa que difieren por mínimas cantidades con el porcentaje de los alumnos encuestados mostrado en la tabla 1, esto respecto a los datos publicados en la última estadística disponible en página oficial del Colegio de Bachilleres. En consecuencia, la distribución por sexo de los participantes en este trabajo es similar a los de la población general en el Colegio y en el plantel.

Al momento de la realización de la encuesta se permitió el acceso principalmente en los grupos de 1° semestre, contrastando el porcentaje de la muestra encuestada es muy similar con la población global del Plantel ya que el 49% de la población total corresponde a alumnos de 1° semestre, 30% a alumnos de 3° y 21% a 5° semestre correspondiente al ciclo escolar 2012-B.

2.3.2. Instrumento

Se solicitó a MEXFAM (Fundación Mexicana para la Planificación Familiar) un instrumento que permitiera identificar el conocimiento acerca de temas de sexualidad y fuera válido, confiable y adecuado para su aplicación en adolescentes mexicanos. Se pidió que con la aplicación del cuestionario se obtuviera información sobre el uso de métodos anticonceptivos, edad de inicio de vida sexual, frecuencia de actividad sexual, entre otros. La institución envió un cuestionario estructurado con reactivos de opción múltiple y, su aplicación es en formato de entrevista individualizada o de manera colectiva. MEXFAM envió un cuestionario que ha sido aplicado, en coordinación con la Secretaría de Gobernación, en los estados de Jalisco y Tamaulipas.

El cuestionario consta de las siguientes secciones:

1. Características sociodemográficas
2. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos
3. Deseo y planeación del embarazo
4. Exposición al riesgo de embarazo y el uso de la anticoncepción
5. Sintomatología de las infecciones de transmisión sexual
6. Comunicación con la pareja o familia
7. Cuidado de la salud de la adolescente y su hijo
8. Factores de empoderamiento y expectativas de vida

El cuestionario proporcionado por MEXFAM está diseñado para aplicarse en entrevista directa individualizada y se adaptó a un cuestionario de opción múltiple para responderse de forma autónoma y para poder ser aplicado en grupo con uno o dos aplicadores; las secciones 1, 7 y 8 se omitieron y las demás se redujeron al no responder al objetivo de investigación del presente trabajo; en la versión entregada a los alumnos sólo se indicaron estos apartados con número, esto debido a que en el estudio piloto se observó que tener explícito el nombre de cada sección, predisponía a los estudiantes al momento de responderla.

Las 5 secciones que se tomaron del cuestionario de MEXFAM fueron las siguientes:

- Conocimiento sobre métodos anticonceptivos (19 reactivos)
- Deseo y planeación del embarazo (7 reactivos)
- Exposición al riesgo de embarazo y el uso de la anticoncepción (12 reactivos)
- Sintomatología de las infecciones de transmisión sexual (8 reactivos)
- Comunicación con la pareja o familia (18 reactivos).

2.3.3. Procedimiento

Se solicitó el acceso a las aulas directamente con los profesores de la clase en curso. Se brindó una breve explicación del objetivo del estudio y la finalidad de la aplicación de los cuestionarios; la mayoría de los profesores aceptaron de inmediato la solicitud; uno de ellos sugirió regresar al inicio de su siguiente clase para no interrumpir el avance de su exposición, situación que no fue necesaria pues se encontró otro grupo disponible; debe comentarse que dos profesores negaron el apoyo.

Una vez dentro de las aulas se dio a los alumnos las instrucciones para responder los cuestionarios; se les pidió honestidad y claridad en sus respuestas. Así mismo se les comentó de la confidencialidad total de los datos obtenidos al no solicitar nombre, grupo o número de lista. Se repartió uno a uno el instrumento y se dejó abierta la posibilidad de aclarar cualquier duda que surgiera por falta de comprensión en alguna pregunta, instrucción o término; los alumnos alzaban la mano y cualquiera de las dos apacadoras nos acercamos para dar solución a los cuestionamientos.

Los grupos de 1° y 3° semestres tuvieron un promedio de 40 a 50 alumnos, mientras que los de 5° eran más reducidos y sólo contaban con 30 alumnos como máximo.

Desde la entrada al grupo hasta la finalización de la aplicación con la entrega del último cuestionario resuelto, se agradeció la participación y el apoyo a alumnos y profesores, respectivamente, cada aplicación duró aproximadamente 15 minutos.

CAPITULO III

3.1. RESULTADOS

Para la descripción de los hallazgos, se presenta el análisis de los resultados en tablas o figuras de frecuencia y porcentaje para las distintas preguntas según corresponda para su mayor comprensión.

Tabla 2.1

Razón principal por la que no se cuidaron	Hombres	Mujeres	No contestó sexo	Total	Porcentaje
No planeaba tener relaciones sexuales					
No me atrevía decirle a mi pareja					
Pensé que no me podía embarazar/ que mi pareja no se podía embarazar					
No estaba de acuerdo en usar método anticonceptivo					
Mi pareja se opuso					
Deseaba embarazarme/ que mi pareja se embarazara					
Otro					
Total					

Existen preguntas en las que sólo la población con conocimiento o experiencia sobre determinada temática pudo responder cuestionamientos al respecto, esta población se consideró como "n" y el total de la muestra estudiada como "N", equivalente a 300 alumnos

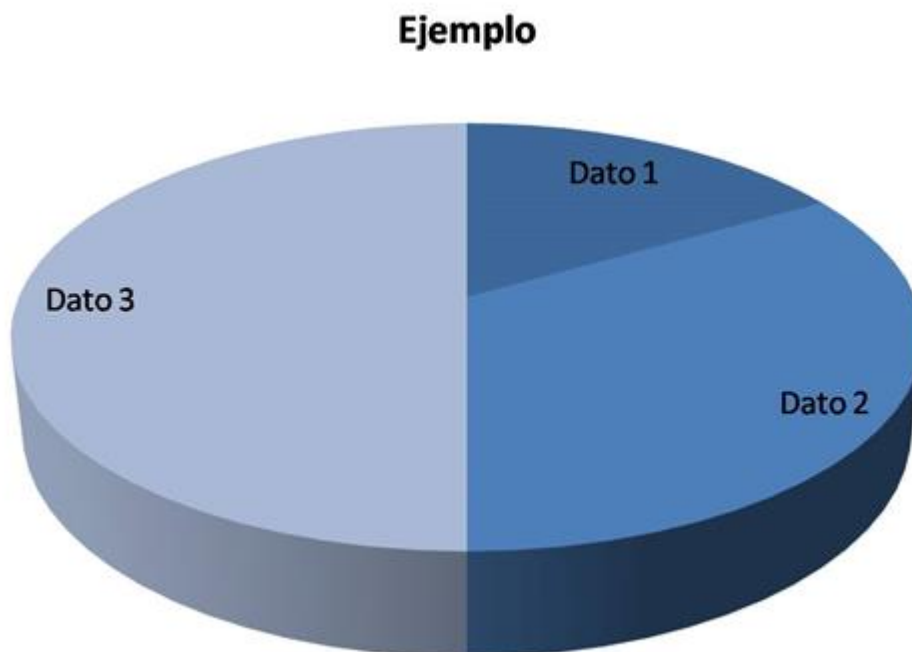
La Tabla 2.1 se utiliza para mostrar las frecuencias de las respuestas diferenciadas por sexo y el porcentaje que representan, también muestra el total respecto a 100% de las personas que sí respondieron a la pregunta en cuestión (n). Es importante resaltar que este tipo de tablas incluye las columnas "total" (derecho e inferior), el total inferior equivale a la sumatoria de frecuencias por sexo, mientras que el total derecho hace referencia a la sumatoria de las respuestas.

Tabla 2.2

Cuándo usar anticoncepción de emergencia	Frecuencia	Porcentaje
Cuando se tuvo relaciones sin usar condón		
Cuando falló el condón		
Cuando fue una violación		
No sé		
Otra		

La Tabla 2.3 muestra las frecuencias de los datos respecto a preguntas dentro del instrumento con la opción de respuesta "puedes elegir más de una opción", se omiten los totales ya que sobrepasan las 300 respuestas. La figura también presenta el porcentaje que alcanza cada respuesta respecto al 100% de la muestra (N).

Figura 1



La figura 1 se emplea para mostrar de una manera más gráfica datos respecto a preguntas con muestra "n" que no requieren la especificidad de una tabla para representar los resultados que se analizan.

A continuación, dividido por secciones, se muestran los datos más representativos obtenidos en la aplicación del instrumento.

Sección 1. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos

Tabla 3.1 *Frecuencia y porcentaje de los métodos anticonceptivos que la muestra ha escuchado hablar.*

Métodos escuchados	Frecuencia	Porcentaje
Condón masculino	289	96.3%
Condón femenino	58	19.3%
DIU/ T de cobre/Diafragma	159	53.0%
Pastillas anticonceptivas	170	56.7%
Implante, varilla, chip	18	6.0%
Inyecciones	22	7.3%
Pastilla de emergencia	69	23.0%
Parche	91	30.3%
Vasectomía	9	3.0%
Espermicida	16	5.3%
Otros	36	12.0%

En la Tabla 3.1 se observa el número de veces que se mencionó cada método anticonceptivo de los 300 alumnos encuestados, entre los menos mencionados indicados como "otros" se encuentran: el anillo vaginal, ritmo, jaleas o geles anticonceptivos, moco, esponjas y otros menos específicos como hormonales, esterilización, naturales y quirúrgicos. Algunos de los alumnos respondieron el mismo método anticonceptivo con los distintos nombres con los que se conoce como son los casos del Chip/Varilla/Implante o el Diu/T de Cobre/Diafragma, por lo que se infiere que hay falta claridad en la distinción de cada método.

Tabla 3.2 Frecuencia y porcentaje del conocimiento acerca del modo de empleo de las pastillas anticonceptivas.

Uso pastillas anticonceptivas	Frecuencia	Porcentaje
Una diaria	149	49.7 %
No sé	76	25.3 %
Otra	71	23.7 %
No contesto	4	1.3 %
Total	300	100.0 %

Tabla 3.3. Frecuencia y porcentaje acerca del conocimiento de la población muestra acerca del tiempo límite que se tiene para tomar la pastilla de anticoncepción de emergencia y que esta sea efectiva

Efectividad de pastilla de emergencia	Frecuencia	Porcentaje
72 hrs. después de tener relaciones sexuales	277	92.3 %
No sé	17	5.7 %
Otra	4	1.3 %
No contestó	2	07 %
Total	300	100.0 %

En la Tabla 3.2 se observa que existe el registro de 71 respuestas indicadas con el término "otra", revisando las respuestas textuales escritas por los jóvenes, el 90% de éstas hacían referencia a que las pastillas anticonceptivas se debían tomar después de haber tenido relaciones sexuales, lo cual permite observar que al hacer referencia en general al término "pastillas anticonceptivas" no hay claridad suficiente para diferenciar las pastillas anticonceptivas de uso diario con la pastilla de anticoncepción de emergencia (frecuencia de conocimiento de uso registrada en la Tabla 3.3)

Tabla 3.4. *Frecuencia y porcentaje de la opinión acerca de los casos en los cuales se debe utilizar la pastilla de anticoncepción de emergencia.*

Cuándo usar anticoncepción de emergencia	Frecuencia	Porcentaje
Cuando se tuvo relaciones sin usar condón	243	82.3%
Cuando falló el condón	153	53.0 %
Cuando fue una violación	123	41.0 %
No sé	4	1.3 %
Otra	13	4.3 %

En la tabla 3.4 se observa que en un porcentaje considerable los jóvenes saben que el uso de estas pastillas es posterior a una relación sexual no protegida o de riesgo. Debe tenerse en consideración que este método sólo previene el embarazo no planeado, sin embargo deja totalmente desprotegidos a sus usuarios ante enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 3.5. *Frecuencia y porcentaje acerca de si los participantes han visto un condón masculino.*

Has visto un condón masculino	Frecuencia	Porcentaje
Sí	291	92 %
No	7	2.7 %
No sé	2	2 %
Total	300	100.0 %

El condón masculino por su bajo costo, es común que lo regalen a la población en general en los centros de salud, exposiciones, pláticas de sexualidad, ferias de la salud, etc., esto indica que el acceso a este método anticonceptivo- es fácil para los jóvenes, motivo por el cual es entendible que la mayoría de los estudiantes de la muestra lo hayan visto alguna vez.

Tabla 3.6. Frecuencia y porcentaje del conocimiento de la muestra acerca de las veces que se puede utilizar un mismo condón masculino.

Veces que se puede usar un mismo condón masculino	Frecuencia	Porcentaje
Una sola vez	295	98.3 %
No sé	2	0.7 %
Otra	1	0.3 %
No contestó	2	0.7 %
Total	300	100.0 %

Tabla 3.7. Frecuencia y porcentaje del conocimiento acerca de la posibilidad de utilizar varias veces el mismo condón femenino.

Se puede usar varias veces el condón femenino	Frecuencia	Porcentaje
Sí	24	8.0 %
No	235	79.7 %
No sé	34	11.3 %
No contestó	3	1.0 %
Total	300	100.0 %

El condón masculino es el método anticonceptivo más utilizado entre la población encuestada, esto permite tener más conocimiento acerca de su uso (Tabla 3.6): el caso difiere con el condón femenino. Debe mencionarse que éste tiene un costo más elevado y es menos común su uso, es por ello que se infiere que el 8% de los jóvenes encuestados que responden que si puede utilizarse más de una vez y el 11.3% que responden "no sé". desconocen que el condón femenino al igual que el masculino puede utilizarse una sola vez y después debe ser desechado, esto para asegurar la esterilidad, lubricación y efectividad del condón (Tabla 3.7), además de que se considera más seguro que el masculino en relación con el contagio de las ITS al proteger también el área de la pelvis y la base de los testículos, debe tomarse en cuenta que el condón masculino tiene una efectividad

del 85 al 97%, mientras que el femenino del 79 al 98% en temática de anticoncepción.

Tabla 3.8. *Frecuencia y porcentaje del conocimiento acerca de la posibilidad del usar simultáneamente el condón masculino y femenino.*

Uso simultaneo del condón masculino y femenino	Frecuencia	Porcentaje
Sí	82	27.3 %
No	157	52.3 %
No sé	57	19 %
No contestó	4	1.3 %
Total	300	100.0 %

Poco menos de la mitad de los adolescentes encuestados indican no tener el conocimiento correcto sobre el uso de estos método anticonceptivos, sobre todo los 82 jóvenes que contestaron que sí pueden usarse simultáneamente, al utilizarlos de esta manera, los jóvenes se exponen a que ambos condones se rompan por causa de la fricción y queden desprotegidas las áreas genitales ante ITS y embarazo no planeado..

Sección 2. Deseo y planeación del embarazo

Tabla 4.1 Frecuencia y porcentaje acerca de si la muestra alguna vez ha estado embarazada o alguna vez ha embrazado a su pareja.

Embarazo previo	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9	3.0 %
No	288	96.0 %
No contestó	3	1.0 %
Total	300	100.0 %

Al preguntar a los alumnos si se habían embarazado alguna vez o habían embarazado a su pareja, como es visible en la Tabla 4.1. el 3% de la población respondió que sí, de los cuales, tres son mujeres y una de ellas omitió responder a qué edad se embarazó, y las otras dos jóvenes respondieron haberse embarazado a la edad 14 y 17 años respectivamente, cabe resaltar que esta última alumna de 17 años de edad indicó estar embarazada en el momento en que se aplicó el instrumento; de los seis hombres, dos de ellos indicaron haber embarazado a su pareja cuando tenían 15, otros dos a los 16, y los últimos dos a los 17 y 18 años respectivamente.

De los nueve chicos que indicaron haber estado embarazadas o haber embarazado a su pareja, seis de ellos no estaban utilizando ningún método anticonceptivo para prevenirlo, lo cual representa un 66.7%, el resto respondió si haberse cuidado con algún método anticonceptivo: uno de ellos indicó haber usado condón, otro DIU y uno no respondió a dicho cuestionamiento

De acuerdo con la literatura revisada, el embarazo en la adolescencia favorece el abandono escolar. Stern (1995) menciona que el abandono temprano de la escuela y otras condiciones asociadas a la pobreza dejan a la mujer adolescente ante pocas alternativas de desarrollo y esto, a su vez, favorece la maternidad temprana. En otras palabras, Menéndez-López, Rodríguez-Romero, Salabarría, Izquierdo-Casino (2008), el embarazo en la adolescencia limita y destruye esperanzas y proyectos de vida. Sin embargo en la encuesta realizada para la

presente investigación, de los nueve embarazos que se registraron, sólo 1 varón deserto de la escuela y la retomo dos años después, de los 8 restantes ninguno llegó a tal resultado, al menos hasta el momento de la aplicación del instrumento.

Sección 3. Exposición al riesgo de embarazo y el uso de la anticoncepción

Tabla 5.1 *Relación por edad y sexo acerca de con quién se tuvo la primera relación sexual.*

Edad de 1° relación sexual	Hombres	Con quién					Mujeres	Con quién					No contestaron sexo	Con quién					Total	
		N	A	C	V	O		N	A	C	V	O		N	A	C	V	O		
9 años	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
11 años	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
12 años	3	2	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
13 años	9	5	2	1	1	-	6	4	1	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	16
14 años	17	10	3	2	2	-	11	10	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	29
15 años	36	19	13	3	1	-	20	19	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	57
16 años	18	10	5	1	-	2	17	16	1	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	37
17 años	8	7	1	-	-	-	10	7	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
18 años	6	4	2	-	-	-	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
20 años	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Subtotal	-	59	27	7	5	2	-	66	7	2	-	-	-	-	4	1	-	-	-	
Total	100						75							5						180

N-Novio(a), A-Amigo (a), C-Conocido(a), V-Violación, O-Otra persona.

De acuerdo con Martínez (2014), En México se encontró que la edad promedio de la primera relación sexual es aproximadamente a los 15.2 años en hombres y de 15.3 años en mujeres. Lo anterior concuerda con lo encontrado en encuestas publicadas por Andrade et al. (2006) en donde se informa que el promedio de inicio de la vida sexual en los adolescentes mexicanos oscila en los 15 años. El INSP 2012 reporta que el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que ha iniciado vida sexual es de 23% - 25.5% de hombres y 20.5% mujeres.

En el presente estudio la media de edad de inicio de los hombres se encuentra en 15 años mientras que en las mujeres en 15.5, situación que por una mínima variante concuerda con el estudio mexicano llevado a cabo por Martínez (2014), sin embargo respetando el rango del INSP 2012 de 12 a 19 años, los

hallazgos del presente estudio muestran que el 55.2% de las mujeres y el 62.6% de los hombres han iniciado vida sexual activa, lo cual representa más del 50% en ambos sexos de los jóvenes que participaron en dicha encuesta.

Así mismo, 182 de los 300 alumnos encuestados indicaron que han iniciado su vida sexual activa, lo cual representa un 60.7% de la muestra, de los cuales 45 personas no han vuelto a tener relaciones sexuales. Cabe resaltar que en el primer dato aparecen dos alumnos más respecto al total mostrado en la Tabla 5.1 esto debido a que dichos alumnos, aunque dijeron ya haber tenido relaciones sexuales, no indicaron la edad en la cual tuvieron su primera experiencia.

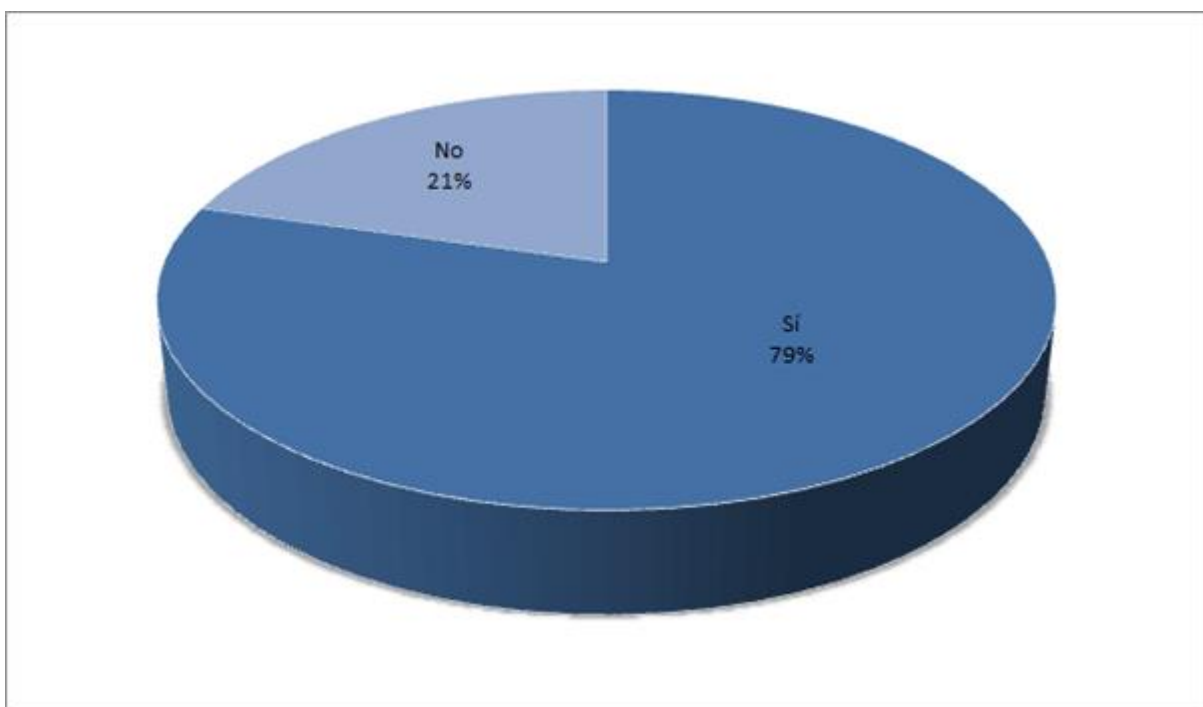
En un estudio realizado en Brasil por Gonçalves et al. (2007) el 31.8% de los adolescentes de la muestra tenía una pareja estable sin vivir juntos, 20.8% mantenía una relación pasajera y 42.3% no tenía ninguna relación de pareja. En la Tabla 5.1 se identifica que el 59% en el caso de los hombres y el 88% en el de las mujeres, indican que su primera relación sexual fue con su novio(a), este último considerado como pareja estable, mientras que el 31% de hombres y el 22% de mujeres restantes, lo hicieron con un amigo(o), conocido u otra persona de acuerdo con los datos de la presente encuesta realizada con jóvenes mexicanos.

Otro dato que es observable en la tabla Tabla 5.1 es el número de alumnos que expresan haber sido violados, para conocer esto se realizó el cuestionamiento: ¿con quién tuviste tu primera relación sexual?, en el cual las respuestas fueron de opción múltiple: novio(a), amigo(a), conocido(a), violación, otra persona (Anexo 2, inciso 3.2). Dentro de la teoría revisada tanto Urbina y Pacheco (2006) y UNICEF (1993) hablan de violaciones hacia el sexo femenino, en donde el 60% de los embarazos en adolescentes de 12 a 14 años es a consecuencias de estos mismos hechos, sin embargo dentro de nuestra encuesta ninguna mujer exprese haber sido víctima de dichos actos y de los hombres en el que se registraron 5 casos.

De acuerdo con el estudio de realizado en México por Chávez, et al. (2009) respecto al abuso sexual, se encontró que de los adolescentes encuestados, 3.6% de mujeres y 1.9% de los hombres fueron víctimas de abuso sexual. En contraste, en los hallazgos del presente estudio, como ya se ha mencionado, de las jóvenes que ya habían tenido su primer encuentro sexual, ninguna manifestó ser abusada sexualmente, mientras que el 5% de los varones dijo que sí a este cuestionamiento.

Otro dato que complementa esta información pertenece a los datos de Chávez y colaboradores en el cual se menciona que el principal agresor de las mujeres fue su pareja sentimental y en el caso de los hombres un desconocido, la edad promedio en la que se presenta el abuso sexual resultó ser los 12 años en ambos sexos, además de que la mayoría de las víctimas no realiza denuncia alguna.

Tabla 5.2. *Uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual*



La muestra con la que se elaboró la gráfica es únicamente del 60.7% que corresponde a 182 alumnos de los 300 a los que se aplicó el instrumento, de los cuales el 79% que utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, 77 son hombres y 63 mujeres, del 21% restante que no se cuidó: 23 son hombres y 13 mujeres.

En datos tomados del INEGI (2015) se encontró que sólo el 37% de los adolescentes utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual. Mientras que en los hallazgos del presente trabajo, el porcentaje es mayor con un 79% lo cual representa un dato positivo respecto a la responsabilidad que toman los jóvenes al protegerse desde su primera relación sexual.

Tabla 5.3. *Frecuencia y porcentaje respecto a la razón principal por la que la muestra no uso algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.*

Razón principal por la que no se cuidaron	Hombres	Mujeres	No contestó sexo	Total	Porcentaje
No planeaba tener relaciones sexuales	22	13	1	36	81.8%
No me atrevía decirle a mi pareja	0	1	--	1	2.3%
Pensé que no me podía embarazar/ que mi pareja no se podía embarazar	2	1	--	3	6.8%
No estaba de acuerdo en usar método anticonceptivo	1	--	--	1	2.3%
Mi pareja se opuso	0	--	--	0	0.0%
Deseaba embarazarme/ que mi pareja se embarazara	1	--	--	1	2.3%
Otro	1	1	--	2	4.5%
Total	27	16	1	44	100.0%

La falta de planificación al momento de tener relaciones sexuales se encuentra como un factor de riesgo que tiene como consecuencia no protegerse debidamente, un dato positivo respecto a la presente muestra es que el porcentaje de los jóvenes que no planearon su primera relación sexual, si tomamos en cuenta los 182 alumnos que ya han dado inicio a su vida sexual activa, los 37 que indicaron no haber planeado su primera vez equivale a solo un 20.3%.

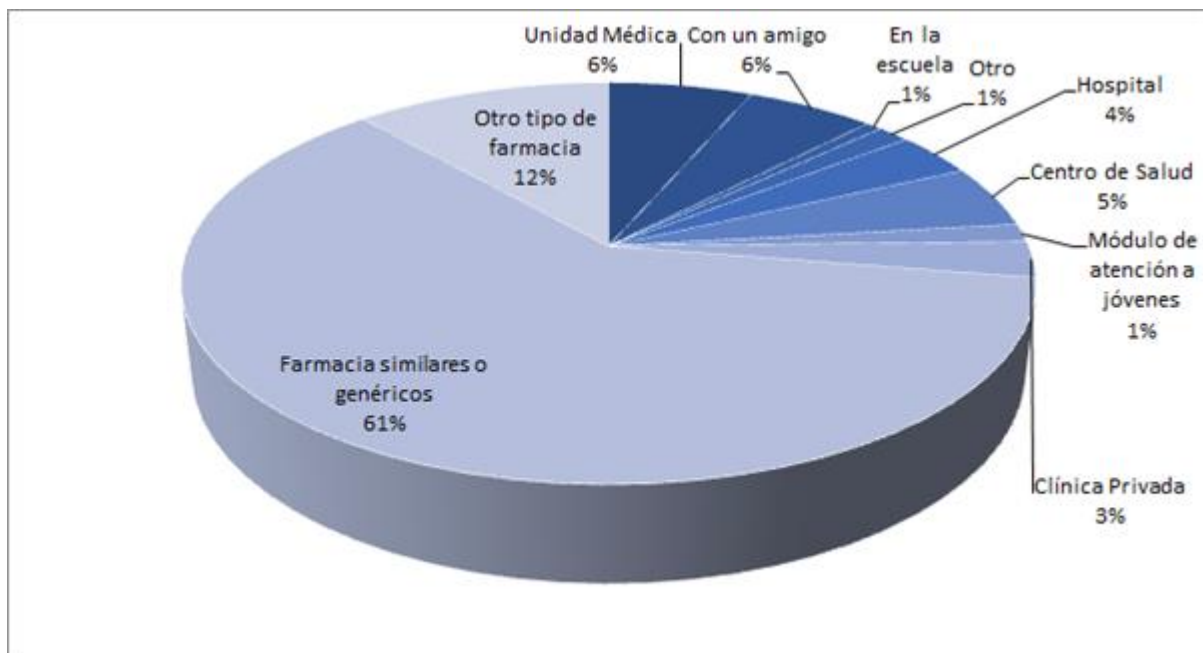
Bajo el mismo parámetro de los 182 participantes mencionados, ver la Tabla 5.3 se consideraron únicamente a los alumnos que no se cuidaron con ningún método anticonceptivo al momento de tener su primera relación sexual, 37 alumnos dijeron no haberlo hecho, sin embargo al preguntar la razón del porqué no se protegieron, los resultados muestran 44 personas que exponen los motivos por los cuales no se habían cuidado, de las cuales el 81.8% indicó no haber planeado tener relaciones sexuales.

Tabla 5.4. *Frecuencia y porcentaje de la población que respondió ya haber tenido su primera experiencia sexual respecto a lo que hicieron o usaron como método anticonceptivo en su primera relación sexual.*

Método utilizado en la primera relación sexual	Frecuencia	Porcentaje
Pastillas anticonceptivas de uso diario	8	2.7 %
Pastillas anticonceptivas de emergencia	28	9.3 %
Inyecciones anticonceptivas	0	0.0 %
Dispositivo	2	7.0 %
Implante	1	0.3 %
Condón masculino	131	43.7 %
Ritmo	6	2.0 %
Retiro o Coito Interrumpido	25	8.3 %
Otro	4	1.3 %

En los datos encontrados en la población mexicana del presente estudio, los 205 jóvenes con actividad sexual reflejan que en su primera relación sexual utilizaron algún método anticonceptivo, de los cuales como se muestra en la tabla 3.4, 43.7% refiere haber usado condón masculino lo cual difiere en un 20.9% con el estudio realizado por Holguín et al. (2013) en Colombia, diferencia que también existe en inyectables ya que la muestra encuestada arroja un 0.0% en el uso de éste método con una diferencia de 14.5% en la muestra de Holguín et al., para el método de implante la población Colombiana expresa que tiene un uso de 4.1% mientras que en la mexicana solo es del 0.3% y en cuanto a los métodos orales que Holguín et al. encontraron en su población estudiada que tienen un uso del 4.6%, en la presente muestra mexicana se cuenta con las variables: pastillas de consumo diario con un uso del 2.7% y pastillas de emergencia con un 9.3%, mismas que son métodos anticonceptivos de subministro vía oral.

Figura 1. Lugar dónde obtuvieron el método



El método más utilizado por los jóvenes y el lugar en el cual lo consiguen es el condón masculino y las farmacias de productos similares o genéricos respectivamente, por lo que se infiere una relación directa con la accesibilidad en costo de dicho método ante las posibilidades económicas y adquisitivas que puede tener un estudiante de bachillerato, además de que su colocación no requiere de un especialista, cabe resaltar que éste método al igual que el implante, DIU, inyectables, pastillas anticonceptivas, entre otros se pueden obtener de forma gratuita en los centros de salud y clínicas del IMSS O ISSSTE.

Sección 4. Sintomatología de las infecciones de transmisión sexual

Tabla 6.1. *Frecuencia y porcentaje de las Infecciones de Transmisión Sexual de las que la población muestra ha oído hablar.*

Haber escuchado de Infecciones de transmisión sexual	Frecuencia	Porcentaje
Sida	226	75.3%
Sífilis	117	39.0%
Gonorrea	151	50.3%
Herpes	114	38.0%
VIH	119	39.7%
Chancro	30	10.0%
VPH	60	20.0%
Clamidia	9	3.0%
Hepatitis B	14	4.7%
Otras	19	6.3%

En la Tabla 6.1. Se observa el número de veces que se mencionó cada enfermedad de transmisión sexual de los 300 alumnos encuestados, entre las menos mencionadas indicadas como "otras" se encuentran: ladillas, vaginitis, úlceras, flor de Vietnam, candidiasis y algunas menos específicas en las que sólo se indicó la palabras "infecciones" u "hongos".

Tabla 6.2. *Frecuencia y porcentaje del conocimiento acerca de los medios de transmisión del virus que causa el SIDA*

Qué causa el SIDA	Frecuencia	Porcentaje
Contacto sexual	266	88.7%
Transfusión de sangre	234	78.0%
Usar agujas o jeringas sin esterilizar	200	66.7%
Durante el embarazo si la madre está infectada del virus	175	58.3%
Usar baños públicos	20	6.7%
Por contacto diario con una persona con SIDA	22	7.3%
A través del aire	3	1.0%
Por un piquete de insecto	29	9.7%
No sé	2	0.7%
Otro	3	1.0%

Los presentes hallazgos coinciden con la información mencionados en campañas informativas, televisión y medios electrónicos de los medios por los cuales se trasmite esta enfermedad los cuales son: por contacto sexual, vía sanguínea, de la madre a su feto durante el embarazo si no reciben tratamiento médico, ni estén en constante monitoreo y por falta de higiene en el uso de jeringas, de acuerdo con datos de Rodríguez et al. (2007) la televisión es el segundo medio de información acerca de sexualidad mencionado después de sus padres.

Tabla 6.3. *Frecuencia y porcentaje respecto al conocimiento de lo que puede hacer una persona para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual*

Medios de prevención de infecciones de transmisión sexual	Frecuencia	Porcentaje
Usar condón	268	89.3 %
Usar óvulos	12	4.0 %
Tener relaciones sexuales sólo con tu pareja	114	38.0 %
Pedirle fidelidad a tu pareja	43	14.3 %
No tener relaciones sexuales	53	17.7%
No se puede hacer nada	3	1.0 %
No sé cómo evitar la transmisión	7	1.7 %
Otro	2	7.0 %

Los jóvenes de la muestra tienen el conocimiento que usando condón pueden evitar el contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual, esto concuerda con el estudio realizado por Torres, et al. (2006) con alumnos mexicanos de bachillerato, dónde encontró que el 84.4% de ellos tenía conocimiento acerca de VIH.

Sección 5. Comunicación con la pareja o familia

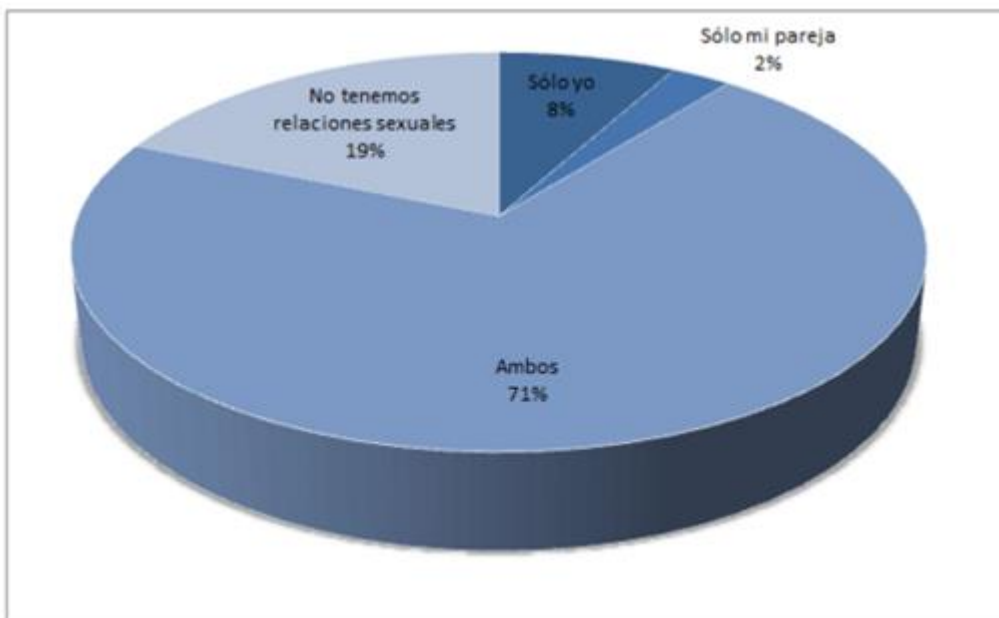
Tabla 7.1. *Frecuencia y porcentaje del tipo de relación que la muestra mantuvo al momento de la aplicación del instrumento.*

Tipo de Relación que mantienes actualmente	Frecuencia	Porcentaje
Tengo novio(a)	126	42.0 %
Mantengo una unión informal con mi pareja	33	11.0 %
No u otra situación	128	42.7 %
No contestó	13	4.3 %
Total	300	100.0 %

Como se muestra en la Tabla 7.1, 5 de cada 10 alumnos mantienen una relación afectiva con alguien ya sea novio, novia o relación informal lo cual podría

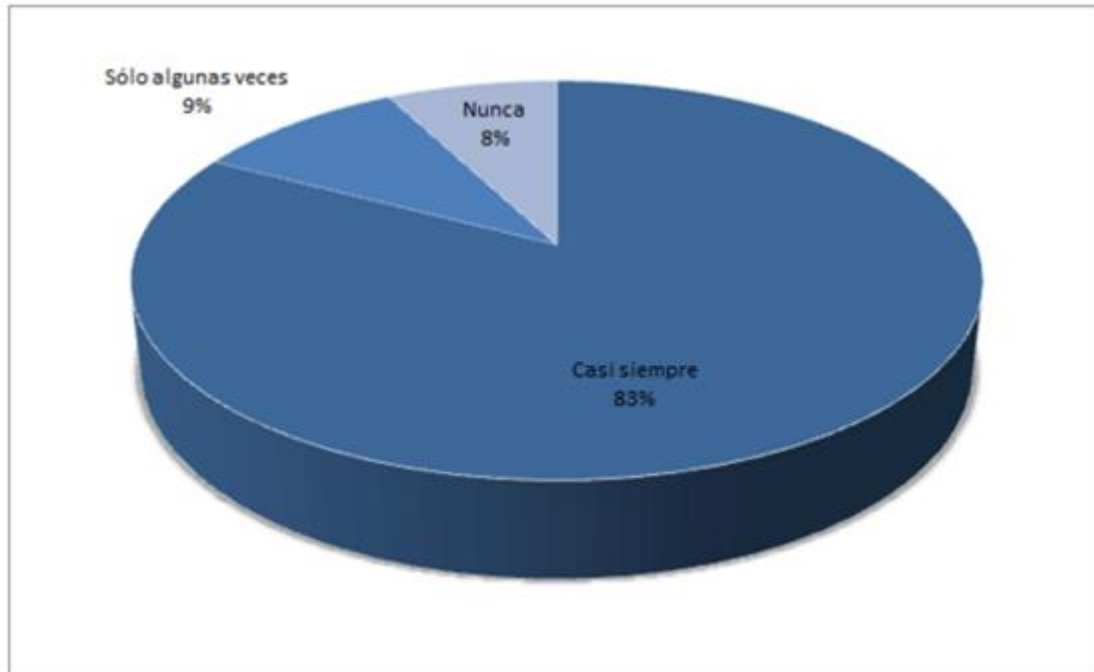
llevar a tener mayor confianza para hablar de temas de sexualidad y el cuidado durante el acto sexual en comparación con relaciones ocasionales o con desconocidos. De acuerdo con datos de Pérez & Pick (2006), la comunicación asertiva es mayor cuando se tiene una pareja sexual regular y se disminuye con parejas sexuales ocasionales.

Figura 2. *Porcentajes de la población que indica ser activos sexualmente respecto a quién decide cada cuándo tener relaciones sexuales entre la persona encuestada y su pareja.*



Un dato positivo respecto a los presentes hallazgos es que la mayoría de las jóvenes parejas toman en acuerdo mutuo la decisión de cuando tener relaciones sexuales, el planearlo juntos les brinda la posibilidad de buscar un método anticonceptivo previo al acto; esto es un hecho que parece corroborar lo que concluyeron Pérez & Pick (2006): el mejor factor preventivo ante una relación sexual protegida es una adecuada comunicación con la pareja.

Figura 3. *Porcentaje respecto a si la población que indicó tener una pareja novio(a) siente que puede dialogar con su pareja sobre el uso del condón para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual.*



Los alumnos de la muestra que mantienen relaciones sexuales expresan que en un 83% pueden dialogar con su pareja acerca del uso del condón, de los cuales 40% son hombres y 43% mujeres, del 9% de los alumnos que indicaron sólo algunas veces poder hacerlo 6% son hombres y 3% mujeres, y entre los que nunca pueden hacerlo 3% corresponde a hombres y 4% a mujeres. Si se toman en cuenta los datos de Torres et al. (2006), en los cuales el 94% de las mujeres y el 87% de los hombres pueden condicionar el uso del condón, el 87% de las mujeres y el 77% de los hombres pueden interrumpir la relación sexual para usar condón, se puede apreciar la coincidencia que en ambos estudios el porcentaje para hablar acerca del uso del condón es mayor en el sexo femenino.

Tabla 7.2. Frecuencia y porcentaje acerca de si pueden platicar con mamá o suegra temas de sexualidad.

Platicar temas de sexualidad con mamá o suegra	Frecuencia	Porcentaje
No vivo con mi mamá o suegra	18	6.0%
Casi siempre	115	38.3%
Sólo algunas veces	83	27.7%
Nunca	54	18.0%

Tabla 7.3. Frecuencia y porcentaje de los motivos por los cuales nunca o sólo algunas veces sienten confianza para platicar temas de sexualidad con su mamá.

Motivos por los que nunca o sólo algunas veces puedes platicar con mamá o suegra	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre está ocupada	31	10.3 %
Trabaja	42	14.0 %
Me da miedo que me regañe	21	7.0 %
Me da pena contarle mis cosas	83	27.7 %
Otro	21	7.0 %

Los alumnos que manifestaron que con poca frecuencia sentían confianza para platicar con su madre de sexualidad, indicaron las razones anteriormente expuestas en la Tabla 7.3 como las principales ante su falta de comunicación. Esto sumado a la variable "otro" que hace referencia a las respuestas con menos menciones, entre las que se encuentran: la falta de ganas, evade el tema, no quiero, son mis cosas, soy reservado y no es pena.

Tabla 7.4. *Frecuencia y porcentaje de poder platicar con papá o suegro temas de sexualidad.*

Platicar temas de sexualidad con papá o suegro	Frecuencia	Porcentaje
No vivo con mi papá o suegro	53	17.7%
Casi siempre	73	24.3%
Sólo algunas veces	65	21.7%
Nunca	73	24.3%

Tabla 7.5. *Frecuencia y porcentaje de los motivos por los cuales nunca o sólo algunas veces sienten confianza para platicar temas de sexualidad con su papá.*

Motivos por los que nunca o sólo algunas veces puedes platicar con papá o suegro	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre está ocupado	34	11.3%
Trabaja	38	12.7%
Me da miedo que me regañe	21	7.0%
Me da pena contarle mis cosas	73	24.3%
Otro	19	6.3%

La confianza para hablar temas de sexualidad con su papá, se reduce a menos de la mitad en comparación con la expresada hacia la madre, es decir, sólo el 17.7% de los alumnos manifiestan que casi siempre logran hablar a cerca de dichos temas con su padre (Tabla 7.2 y 7.4), en contraparte, en la Tabla 5.5 se muestran las principales causas para no realizar esta acción, en la variable "otras" se especificaron: *no suelo hablar con él de nada, son mis cosas, porque no quiero, evade el tema, no sabe escuchar y no es pena, soy muy reservado.*

Se relaciona este bajo porcentaje con el 28.2% de los alumnos que expresan vivir sólo con la madre.

Los párrafos previos están relacionados con la muestra total, sin embargo, cuando se toman las frecuencias diferenciadas por sexo, encontramos que los alumnos con respuesta "casi siempre" tienen la confianza para hablar de sexualidad con su mamá, 47 son hombres y 66 mujeres, mientras que al calificar la confianza hacia el padre con la misma variable 44 son hombres y sólo 28 son mujeres.

Tabla 7.6. *Frecuencia y porcentaje acerca de la principal fuente respecto de la cual muestra los alumnos obtienen información en temas de sexualidad.*

Principal fuente de información en temas de sexualidad	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	83	27.7%
Papá	31	10.3%
Personal de Salud (medico, enfermero, trabajador)	40	13.3%
Maestros	33	11.0%
Otros familiares, tíos (as), primos (as), etc.	16	5.3%
Amigos (as)	24	8.0%
Internet	47	15.6%
Otros	8	2.6%

Andrade et al. (2006) mencionan que los factores familiares afectan a ambos sexos de manera inversa, en el caso de las mujeres el apego y la buena comunicación fungen como factores protectores y a los hombres como factor de riesgo al manifestarse esta comunicación como permisiva ante el inicio de una vida sexual precoz.

Los hallazgos del presente estudio muestran que de la población que ha iniciado su actividad sexual, 23% de los hombres y 49% de las mujeres casi siempre confían es su mamá para platicar temas de sexualidad, mientras que los porcentajes respecto a la confianza hacia el padre, el 30% de los hombres y sólo el 12% de las mujeres respondieron que casi siempre pueden platicar de dicha temática con ellos.

Tabla 7.7. *Frecuencia y porcentaje respecto a que persona les daría más confianza para platicarle dudas sobre sexualidad.*

Confianza para platicar dudas sobre sexualidad	Frecuencia	Porcentaje
Pareja	109	36.3%
Mamá	130	43.3%
Papá	71	23.7%
Personal de Salud (medico, enfermero, trabajador)	78	26.0%
Maestros	28	9.3%
Otros familiares, tíos (as), primos (as), etc.	55	18.3%
Amigos (as)	78	26.0%
Otros	3	1.0%

Es pertinente marcar la diferencia entre la principal fuente de información y la persona a la que la población muestra siente más confianza para resolver sus dudas en temas sobre sexualidad, si se diferencia este último dato por sexo, en cuanto a su pareja, se encuentra que 64 hombres y 44 mujeres la mencionan como persona confiable ante estas dudas.

CAPITULO IV

4.1. Discusión

Es importante, con el fin de organizar la presente sección del trabajo, volver a citar el objetivo del mismo. Éste se menciona de la siguiente manera: *Identificar los conocimientos acerca de los factores de riesgo y protección, respecto a su vida sexual y el uso de métodos anticonceptivos y de prevención ante las ITS en una muestra no representativa de estudiantes de bachillerato*

Los hallazgos aquí presentados, si bien por las características del estudio al ser una investigación empírica, no pueden ser conclusivos, al menos si se pueden decir algunos aspectos relevantes. Así, en primera instancia, es conveniente mencionar que se logran identificar a los conocimientos respecto a temáticas de sexualidad y uso de métodos anticonceptivos como factor de prevención ante las ITS en los adolescentes, ya que los jóvenes utilizan con significativa mayoría de porcentaje los métodos de los cuales tienen nociones (condón masculino 63.9% en contraste con el 13.6% del uso de las pastillas anticonceptivas).

También los resultados permiten resaltar la importancia de proporcionar estos conocimientos específicamente en dicha etapa de la vida, debido a que las fuentes de información que tienen al alcance no siempre son fidedignas ni las más confiables, si bien los conocimientos no cambian conductas, los presentes hallazgos permiten inferir que cuando los jóvenes cuentan con información acerca del uso de métodos de prevención de embarazo e ITS es más fácil que hagan uso de ella para poder protegerse a sí mismos y a su pareja al momento de decidir tener relaciones sexuales.

La formación acerca de temas de sexualidad se brinda a los alumnos desde los últimos años de la educación primaria y de manera intermitente en secundaria, sin embargo al llegar al nivel medio superior se deja de plantear en las mallas curriculares, cuando es en esta etapa en la cual los adolescentes podrían tener más dudas, ya que según datos de Quiroz et al. (2013) y los encontrados en el presente estudio, la vida sexual activa comienza al rededor de los 15 años de edad, por lo tanto sería cuando más requirieren fuentes confiables de información respecto a la sexualidad, uso y eficacia de métodos anticonceptivos, los alumnos que empiezan la educación preparatoria tienen un rango de edad de 14 a 15 años.

Dentro del estudio realizado por Caricote (2009) se encontró que los adolescentes prefieren y prestan más atención cuando ellos mismos van eligiendo los temas de sexualidad conforme van surgiendo sus dudas y no siguiendo el orden de los temas que se encuentran en los diferentes manuales. Por otro lado los adolescentes tienen una gran necesidad de ser escuchados y entendidos por los adultos donde sus padres y maestros son los más cercanos a ellos, en datos del presente estudio 130 alumnos de los 300 encuestados indicaron tener confianza para platicar temas de sexualidad con su madre y sólo 71 con su padre. Las y los adolescentes muestran tener información diferente, deformada e insuficiente con respecto al tema de la sexualidad provocando en ellos miedo, inseguridad y dudas (Caricote, 2009).

El experimentar su debut sexual o que sus pares hablen de ello, puede genera dudas al respecto en los adolescentes, lo cual es una forma de generar interés y que hagan del conocimiento brindado algo significativo al no quedarse sólo a nivel teórico. Es por ello que debería tener mayor importancia seguir tomando en cuenta la materia de sexualidad en los primeros años de bachillerato y no sólo de manera optativa en un área específica (Ciencias de la Salud) de las cuatro probables, esta situación deja fuera a las tres áreas académicas restantes (Humanidades, Económico Administrativa y Físico Matemático), cuando la información acerca de dicha temática es necesaria para todos y cada uno de los adolescentes, ya que están pasando por procesos de desarrollo físicos y mentales similares.

En el estudio realizado por Teva, et al. (2009) con jóvenes de bachillerato, se sugiere que la información para promover conductas de protección que eviten riesgos de contagio de las ITS y embarazos no planeados debe ser proporcionada antes del debut sexual con la finalidad de que llegada la situación tengan los conocimientos necesarios para buscar protección; en México se hace de esa manera, se brindan temas de sexualidad desde la educación básica, una vez revisados ambos casos y de acuerdo con los presentes hallazgos puede concluir que es necesaria dicha información antes de que tengas su primer encuentro sexual para facilitar el uso de ese conocimiento y después de dicho encuentro ya que es en este momento donde la información podría serles significativa, resolver posibles

dudas he hayan surgido y/o mejorar técnicas de uso de métodos anticonceptivos, para encuentros posteriores. .

Son mínimas variaciones en la edad del debut sexual de los participantes en el presente con los hallazgos de otros estudios mexicanos y españoles de Quiroz, et. al. (2013), y Teva et al. (2009) respectivamente, siendo los 15 años la edad promedio para ambos sexos, sin embargo en países como Cuba la edad de inicio llega a disminuir hasta los 12 años de edad en hombres y se mantiene en 15 años para las mujeres, Menéndez-López et al. (2008); en el mismo sentido de comparativas aun cuando la edad es prácticamente la misma, también se encuentra que los jóvenes del Colegio de Bachilleres en el cual se realizó esta investigación, es mayor el número de varones que de mujeres los cuales ya han tenido su primera relación sexual.

En este trabajo se encontró que el 88% de las mujeres y el 59% de los hombres tuvieron su primer encuentro sexual con su novio/novia; de acuerdo con Quiroz et al. (2013), los hombres tienen un mayor índice de aceptación para tener relaciones sexuales sin que conlleven fines de reproducción y por una constante autoafirmación de su propia masculinidad, al regresar a los datos antes mencionados en los cuales las mujeres tienen un porcentaje mayor al de los varones, puede inferirse que existe dicha variación al verse involucrados más sentimientos en las mujeres hacia su pareja para decidir tener un primer encuentro sexual.

El 42% de los encuestados indicó sostener una relación estable al momento de la aplicación del instrumento y el 11% tener una relación informal, estos datos permiten inferir que para los jóvenes de la muestra mantener una relación estable como el noviazgo tiene importancia dentro de sus prácticas; con el cuestionamiento con quién mantuvieron su primer encuentro sexual el 71.7% de los 180 alumnos que ya habían iniciado su vida sexual, tuvieron su primer encuentro con su novio o novia, sin embargo el dato de que ellos se sitúen con una relación formal o informal no permite conocer si su primera relación sexual fue con su actual pareja, o habían mantenido relaciones sexuales con alguna pareja previa.

El hecho de que la primera relación sexual sea con alguna persona de confianza como lo representa una pareja estable (novio/novia) o un amigo, puede

fungir como factor preventivo ante los riesgos de contraer ITS o concebir un embarazo no planeado, debido a que se tiene mayor confianza como lo indican los resultados ya mostrados de este trabajo para proponer el uso de métodos anticonceptivos al momento de decidir tener relaciones sexuales. El porcentaje de la presente muestra con jóvenes mexicanos es mayor en contraste con el estudio de Gonçalves et al. (2007) en Brasil con respecto al número de jóvenes que mantienen relaciones sexuales con una pareja estable.

La creencia en la fidelidad o de la idea de mantener relaciones sexuales sólo con su pareja como factor protector puede resultar contra productiva, debido a que no se tiene la certeza de que la pareja también cumpla con ese acuerdo o bien, que haya habido algún contagio en una relación anterior, de ahí la importancia de protegerse en cada relación sexual; si bien la abstinencia es el método más efectivo para evitar el contagio de ITS y embarazos no planeados, es indispensable que los jóvenes tengan herramientas necesarias para su prevención, tales como el conocer en qué lugares pueden adquirir métodos anticonceptivos, información sobre su uso y eficacia. Y como se sugiere en Teva, et al. (2009), desarrollar programas preventivos de la propagación de las ITS y el VIH, conociendo e identificando las conductas sexuales de los individuos principalmente si dichos programas pretenden ser dirigidos a la población juvenil.

Dentro de los datos encontrados en esta muestra se observa que tanto hombres como mujeres tienen confianza para hablar de temas de sexualidad con sus madres en un 38.3% y con sus padres un 24.3%. Se puede considerar que es mayor la confianza respecto a la madre si se toma en cuenta el cuestionamiento "con quién vives", en el cual se encontró que del total de la población 55% vive con ambos padres, el 28% sólo con su madre y el 5% únicamente con su padre, como se observa: de los alumnos que viven con uno solo de sus padres, el porcentaje es mayor en los que indicaron vivir sólo con su mamá; aun cuando la confianza es mayor con la madre, cabe resaltar que ninguno de los porcentajes llega al 50%, algunas de las razones expresadas por los alumnos son: por pena, miedo, mentalidad cerrada de los padres o miedo a que se enojen.

Las expectativas hacia la maternidad en los contextos urbanos según datos de Román (2000) queda pospuesta hasta los 24 años para darle prioridad al ámbito

escolar, caso contrario en las zonas urbanas tener hijos a una edad temprana es la manera de cubrir con su ciclo vital a falta de una expectativa de "ser alguien" más allá de la maternidad, la presente muestra fue tomada en la Ciudad de México, lo cual corresponde a lo mencionado en primera instancia por dicho autor, ya que de los 300 jóvenes encuestados sólo 9 de ellos manifestaron haber estado embarazadas o haber embarazado a su pareja, y ninguno de ellos indicó haberlo hecho de manera planificada o por el deseo de ser padres en su etapa adolescente.

En el estudio de Gonçalves, et al. (2007) se comenta que aun cuando los jóvenes tienen información acerca de los riesgos de contagio de ITS y VIH, el 61.4% de ellos inciden en conductas sexuales riesgosas. En los presentes hallazgos se muestra que no sólo es la falta de información lo que pone en riesgo a los adolescentes, la nula planificación en sus relaciones sexuales se presenta como un factor de riesgo importante, ya que deja de lado lo mucho o poco que saben acerca de cómo cuidarse, de los jóvenes encuestados que no se cuidaron en su primera relación sexual más del 80% indicó como causa la falta de planificación,

Una causa por la cual los jóvenes no usen métodos de prevención podría ser el elevado costo de algunos métodos, sin embargo en la actualidad, obtener un preservativo es fácil, son de bajo costo y también pueden obtenerse de manera gratuita en centros de salud, los datos del presente indican que el 61% adquiere preservativos en farmacia similares seguido del 12% que los adquiere en otro tipo de farmacias, 6% con amigos, 5 % en centros de salud; con este recurso, se vuelve a la teoría de que los adolescentes no se protegen debidamente al no planear sus encuentros sexuales.

De los 176 alumnos que indicaron seguir teniendo relaciones sexuales después de haber experimentado su debut sexual sólo el 46.6% indicó utilizar algún método para no embarazarse, este bajo porcentaje contrasta con el estudio brasileño de Gonçalves, et al. (2007) con jóvenes estudiantes de 15 a 25 años en el cual 72.8% de los cuales llevan una vida sexual activa, manifestaron que la mayoría de las veces y siempre utilizan algún método anticonceptivo. Estos datos permiten observar que al menos en la presente muestra independientemente con quién decidan mantener relaciones sexuales, el que se tenga más confianza con sus parejas estables para hablar de temas de sexualidad como lo indican datos ya

revisados, mientras no se tenga una planificación, la precaución de utilizar algún método anticonceptivo queda en segundo término.

4.2. Conclusiones

Los datos encontrados en este estudio no son generalizados a toda la población de Colegio de Bachilleres de la Ciudad de México, sin embargo se considera relevante que los contenidos de temas de sexualidad, que actualmente solo se brindan en la materia de Salud Humana en 5° semestre, pudieran impartirse desde el inicio de la educación media superior. Sumado a esto, sería pertinente que pasara de ser optativa a una materia obligatoria, ya que los adolescentes desde los primeros semestres de este periodo escolar, se encuentran en el rango de la edad de inicio de vida sexual activa, esto acorde a las estadísticas revisadas y de los hallazgos de la presente investigación.

Asimismo brindar a los jóvenes el mayor número herramientas posibles, como lo son la información certera acerca de métodos anticonceptivos, la confianza para preguntar sus inquietudes, favorecer la comunicación asertiva, etc, para que puedan tener una vida sexual saludable y prevenir en mayor medida los embarazos no planeados y las ITS, a la par de tomar en cuenta la responsabilidad implicada en cada joven al decir tener relaciones sexuales. Parte de la responsabilidad en la decisión de utilizar o no cualquier tipo de método anticonceptivo también puede depender de las creencias y necesidades de cada persona y de los acuerdos a los que lleguen en pareja.

Como educadores es importante informarse adecuadamente acerca de las temáticas de sexualidad y tener la apertura suficiente para ser una fuente confiable para los jóvenes, con capacitación constante, procurando dejar de lado ideas subjetivas que pudieran caer en una visión limitada o cargada de mitos, con el fin de favorecer la comunicación asertiva maestro-alumno.

Debe considerarse también que muchas veces, ni siquiera en la vida adulta, se "planean" los momentos en los cuales se va a tener relaciones sexuales, sin embargo conociendo métodos de protección ante embarazos no deseados e ITS se debe concientizar a la población en general para buscar opciones de métodos

adecuadas a las necesidades de cada persona, como tener condones en casa, hacer uso de métodos anticonceptivos hormonales en cualquiera de sus presentaciones, etc. Como sugerencia para próximas investigaciones, valdría la pena diferenciar o hacer una relación entre planear una relación sexual y planificación familiar.

Respecto al instrumento, se considera pertinente, si se desea profundizar en la indagación acerca del tema, añadir algunas preguntas en la sección “Deseo y planeación del embarazo”; en particular para ahondar más acerca del proyecto de vida en relación con los estudios en el caso de los jóvenes que manifestaron si haber estado embarazadas o haber embarazado a su pareja alguna vez, indagar qué pasó con dicho embarazo, y conocer qué decisiones se tomaron, como aborto, adopción, o tener al bebé.

Del mismo modo en la sección “Exposición al riesgo de embarazo y uso de la anticoncepción” para el cuestionamiento acerca de la edad de inicio, además de conocer dicha edad y la persona con la cual tuvieron su debut sexual, sería conveniente indagar los factores que influyeron para iniciar su vida sexual activa con la finalidad de identificar algún riesgo a su salud como lo son el uso de drogas, presión social o si la decisión fue por curiosidad, amor, etc. Además de añadir preguntas para evitar lo mas posible algún sesgo que pueda surgir por dar repuestas que hagan más sentido con la deseabilidad social, que con su realidad, pudiéndose ver modificados los resultados.

Referencias

- Andrade, P., Betancourt, D. y Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, 15(1), 91-101. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3245785>
- Burak, D. (1999). Citado en Caricote, E. (2009). La salud sexual en la adolescencia tardía. *Educeres*, 13(45), 415-425. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35614572016>
- Carretero, M. & León, J. (1994). Desarrollo cognitivo y aprendizaje en la adolescencia (311-326). En: C. Coll, J. Palacios y A. Marchesi (comps.) *Desarrollo psicológico y educación I*.
- Caricote, E. (2009). La salud sexual en la adolescencia tardía. *Educeres*, 13(45), 415-425. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35614572016><http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35614572016>
- Chávez, M. (2003). Perspectiva sexual de los adolescentes. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales*, IV (7), 95-107. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66640707>
- Chávez, R., Rivera-Rivera, L., Angeles-Llerenas, A., Díaz-Cerón, E., Allen-Leigh, B. & Lazcano, E. (2009). Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. *Saúde Pública*, 43(3), 506-514. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/177.pdf>
- Del Barrio, C. & Moreno, A. (2000). *Las concepciones de la adolescencia. La experiencia adolescente, la búsqueda de un lugar en el mundo*. Argentina: Aquique.
- Diario Oficial de la Federación. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5275587&fecha=26/10/2012

- Espada, J., Morales, A. & Orgiles, M. (2014). Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (1), 53-60. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79831197006>
- García, M. (2004). *Nacer y vivir sexualados*. México: Inédito.
- García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P. & Cuesta, M., (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974532>
- Gonçalves, S., Castellá, J. & Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de psicología*. 41(2). 161-166. Recuperado de: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP041a5/RIP04117.pdf>
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L. A. & Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, (45), 632-640. Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342003001100008&script=sci_arttext
- Holguín, Y., Mendoza, L., Esquivel, C., Sánchez, S., Daraviña, A. & Acuña, A. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(3), 209-219. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/260769193_Factores_asociados_al_inicio_de_la_actividad_sexual_en_adolescentes_de_Tulu_Colombia
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Recuperado en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Llanes, A., Quevedo, N., Ferrer, I., de la Paz, A., & Sardiñas, O. (2009). Embarazo en la adolescencia: Intervención educativa. *Archivos Médicos de Camagüey*, 13 (1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116124009>

- Martínez, F. (2014). Embarazo en Adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 19 (4), 403-404. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47333055001>
- Menéndez-López, L., Rodríguez-Romero, G., Salabarría, M. & Izquierdo-Casino. (2008). La adolescencia y su importancia para la vida. *Archivos de Medicina*, 4 (5), 1-7. Recuperado de: <http://archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/la-adolescencia-y-su-importancia-para-la-vida.pdf>
- Mercado, R. (2012). *Riesgos psicosociales*. México: Trillas.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Relaciones Afectivas y sexualidad en la adolescencia, España*. Recuperado de:
<http://www.ligaeducacion.org/documentos/investigaciones/relaciones-afectivas-y-sexualidad-en-la-adolescencia.pdf>
- Nicolson, D., & Ayers, H. (2002). *Problemas de la adolescencia*. Madrid: NARCEA.
- Núñez-Urquiza, R., Hernández-Prado, B., García-Barrios, C., González, D. & Walker D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública de México*, 45 (1), 92-102. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609512>
- OMS (2011). *Salud y desarrollo y desarrollo en los jóvenes*. Recuperado de:
http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=414&pop=1&page=9
- OMS (2014). Adolescent pregnancy: adolescence is a time of opportunity during which a range of actions can be taken to set the stage for healthy adulthood: fact sheet. 1-4. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112320/1/WHO_RHR_14.08_eng.pdf?ua=t
- OMS (2015). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado de:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
- Oyarzún, P. (2007). Importancia de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista biomédica revisada por pares*. 7(2). Recuperado de:
<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1264>

- Pérez, C. & Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(3), 333-340. Recuperado de: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04035.pdf>
- Quiroz, J., Atienzo, E., Campero, L., & Suarez-López, L., (2013). Entre contradicciones y riesgos: opiniones de varones adolescentes mexicanos sobre el embarazo temprano y su asociación con el comportamiento sexual. *Salud pública de México*, 56 (2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10631163005>
- Real Academia Española, consultado el 25 de mayo. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=TwqBjzm>
- Rice, P. (1999). *Desarrollo Social, relaciones, citas amorosas, parejas de hecho y matrimonio, en Adolescencia*. España: Prentice Hall
- Rivera, M. (2007). *La sexualidad y su significación en el cuerpo adolescente*. México: Porrúa.
- Rodríguez, M., Cosentino, S., Rosseto, M. Maia, K. Paitz, M. & Silva, V. (2010). Talleres educativos en sexualidad del adolescente: la escuela como escenario. *Enfermería global*, 20(9),1-8. Recuperado de: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/24470>
- Rodríguez, Y., Oliva, J. & Gil, A. (2007). La sexualidad en los adolescentes: algunas consideraciones. *Archivos médicos de Camagüey*, 11(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117844009>
- Román, R. (2000). *Del primer vals al primer bebé: vivencias del embarazo en las jóvenes*. México: Instituto Mexicano de la Juventud – SEP.
- Stern C. (1995). Embarazo adolescente; significados e implicaciones para distintos grupos sociales. *Demos. Carta demográfica de México*, (8).
- Stern, C. (2003). Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso. *Estudios Sociológicos, septiembre-diciembre*, 725-745. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/598/59806309.pdf>
- Teva, I., Bermúdez, M. & Buena-Casal, G. (2011). Búsqueda de sensaciones sexuales, estilos de afrontamiento, estrés y su relación con la conducta sexual adolescente.

Anales de psicología, 27(1), 35-46. Recuperado de:
<http://revistas.um.es/analesps/article/view/113451/107441>

Teva, I., Bermúdez, M. & Buela-Casal, G. (2009). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. *Revista española salud pública*, 83(2), 309-320. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2990660>

Torres, P., Walker, D., Gutiérrez, J. & Bertozzi, S. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud pública de México*, 48(4), 308-316. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n4/a05v48n4.pdf>

UNICEF. (2015). PLAN y UNICEF: El embarazo adolescente está ligado a la falta de oportunidades y la violencia sexual. Recuperado de http://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias_28872.htm

Urbina, C. & Pacheco, J., (2006). Embarazo en Adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52 (2), 118-123. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428180009>

Vives J, & Lartigue T. (1991). Factores psicológicos del periodo perinatal: bases teóricas. En: Lartigue T. (ed). *Salud Comunitaria: una visión panamericana*. México, D.F.: Universidad Iberoamericana.

ANEXO 1.	TABLA 1. PROGRAMA DE ESTUDIOS DE 4° AÑO DE PRIMARIA			
GRADO	MATERIA	OBJETIVO como materia	CONTENIDO	APRENDIZAJES ESPERADOS
4°	Ciencias Naturales	<p>Reconozcan la ciencia y la tecnología como procesos en actualización permanente, con los alcances y las limitaciones propios de toda construcción humana.</p> <p>Practiquen hábitos saludables para prevenir enfermedades, accidentes y situaciones de riesgo a partir del conocimiento de su cuerpo.</p>	<p>¿Por qué y cómo cambia mi cuerpo?</p> <p>Cambios en el cuerpo generados por el sistema glandular en la pubertad. Participación del sistema glandular en la producción de hormonas: testosterona, estrógenos y progesterona.</p> <p>Aparatos sexuales de la mujer y del hombre: órganos internos, y producción de óvulos y espermatozoides.</p> <p>Toma de decisiones conscientes para fortalecer hábitos de higiene.</p>	<p>Explica los cambios que ocurren en el cuerpo durante la pubertad y su relación con el sistema glandular.</p> <p>Describe las funciones de los aparatos sexuales de la mujer y del hombre, y practica hábitos de higiene para su cuidado.</p>
	Formación Cívica y Ética	<p>Se asuman como sujetos dignos, capaces de desarrollarse plenamente mediante el disfrute y cuidado de su persona, de tomar decisiones responsables y autónomas para orientar la realización de su proyecto de vida y su actuación como sujetos de derechos y deberes que participan en el mejoramiento de la sociedad.</p> <p>Reconozcan la importancia de ejercer su libertad al tomar decisiones con responsabilidad y regular su conducta de manera autónoma para favorecer su actuación apegada a principios éticos, el respeto a los derechos humanos y a los valores democráticos.</p>	<p>Díselo a quien más confianza le tengas.</p> <p>En qué aspectos ha cambiado mi cuerpo.</p> <p>Qué nuevos sentimientos y necesidades experimento.</p> <p>Qué hago cuando identifico algún problema en mi cuerpo; por ejemplo, cuando siento dolor.</p> <p>A qué personas puedo dar información sobre mi persona.</p>	<p>Distingue en qué personas puede confiar para proporcionar información sobre sí mismo.</p> <p>Aprecia sus capacidades y cualidades al relacionarse con otras personas.</p> <p>Reconoce su derecho a ser protegido contra cualquier forma de maltrato, abuso o explotación.</p> <p>Reconoce situaciones de riesgo y utiliza medidas para el cuidado de su salud e integridad personal.</p>

Datos tomados de los programas de estudio 2011.

Disponible en: <https://subjefaturaprimarias.files.wordpress.com/2011/10/prog-4to-primaria.pdf>

TABLA 2. PROGRAMA DE ESTUDIOS DE 5° AÑO DE PRIMARIA				
GRADO	MATERIA	OBJETIVO como materia	CONTENIDO	APRENDIZAJES ESPERADOS
5°	Ciencias Naturales	Reconozcan la ciencia y la tecnología como procesos en actualización permanente, con los alcances y las limitaciones propios de toda construcción humana. Practiquen hábitos saludables para prevenir enfermedades, accidentes y situaciones de riesgo a partir del conocimiento de su cuerpo.	<p>¿Cómo nos reproducimos los seres humanos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciclo menstrual: características generales como duración, periodicidad, cambios en el cuerpo, periodo fértil, y su relación con el embarazo, y medidas de cuidado e higiene de los órganos sexuales de la mujer. • Valoración de la abstinencia y los anticonceptivos, en general, como recursos para prevenir embarazos. • Etapas del proceso de reproducción humana: fecundación, embarazo y parto. • Valoración de los vínculos afectivos entre la pareja y su responsabilidad ante el embarazo y el nacimiento. 	<p>Explica la periodicidad, la duración, los cambios en el cuerpo y el periodo fértil del ciclo menstrual, así como su relación con la concepción y la prevención de embarazos.</p> <p>Describe el proceso general de reproducción en los seres humanos: fecundación, embarazo y parto, valorando los aspectos afectivos y las responsabilidades implicadas.</p>
	Formación Cívica y Ética	<p>Se asuman como sujetos dignos, capaces de desarrollarse plenamente mediante el disfrute y cuidado de su persona, de tomar decisiones responsables y autónomas para orientar la realización de su proyecto de vida y su actuación como sujetos de derechos y deberes que participan en el mejoramiento de la sociedad.</p> <p>Reconozcan la importancia de ejercer su libertad al tomar decisiones con responsabilidad y regular su conducta de manera autónoma para favorecer su actuación apegada a principios éticos, el respeto a los derechos humanos y a los valores democráticos.</p>	<p>Cambios en nuestro cuerpo y en nuestra imagen Qué cambios son propios de la adolescencia y qué cambios son producto de mis experiencias personales. Por qué no todos crecemos al mismo tiempo y de la misma forma. Cómo ha cambiado mi imagen personal. Cómo debemos manifestar nuestro respeto ante la diversidad en los ritmos de crecimiento. Cómo quiero ser de grande Qué asuntos sobre mi persona tienen que ver con mi futuro y sobre cuáles debo responsabilizarme. Qué capacidad tengo de elegir mis actividades cotidianas. Cuáles de mis actividades diarias definen mi forma de ser. De qué manera mis decisiones actuales repercuten en el futuro. Con qué decisiones puedo crearme un proyecto de vida saludable y seguro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valora los cambios en su desarrollo y respeta las diferencias físicas y emocionales. • Define acciones que contribuyen a un proyecto de vida sano y seguro.

Datos tomados de los programas de estudio 2011.

Disponible en: <https://subjefaturaprimarias.files.wordpress.com/2011/10/prog-5to-primaria.pdf>

TABLA 3. PROGRAMA DE ESTUDIOS DE 6° AÑO DE PRIMARIA

GRADO	MATERIA	OBJETIVO como materia	CONTENIDO	APRENDIZAJES ESPERADOS
6°	Ciencias Naturales	Reconozcan la ciencia y la tecnología como procesos en actualización permanente, con los alcances y las limitaciones propios de toda construcción humana. Practiquen hábitos saludables para prevenir enfermedades, accidentes y situaciones de riesgo a partir del conocimiento de su cuerpo.	¿A quién me parezco y cómo contribuyo a mi salud sexual? • Función del óvulo y del espermatozoide en la transmisión de características y la determinación del sexo. • Conductas sexuales responsables: abstinencia, retraso de la edad de inicio de la actividad sexual, uso del condón y reducción del número de parejas sexuales. • Implicaciones personales y sociales de los embarazos, infecciones de transmisión sexual (ITS) –en particular del virus del papiloma humano (VPH) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en la adolescencia.	Describe cómo los progenitores heredan características a sus descendientes en el proceso de la reproducción. • Argumenta en favor de la detección oportuna de cáncer de mama y las conductas sexuales responsables que inciden en su salud: prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS), como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
	Formación Cívica y Ética	Se asuman como sujetos dignos, capaces de desarrollarse plenamente mediante el disfrute y cuidado de su persona, de tomar decisiones responsables y autónomas para orientar la realización de su proyecto de vida y su actuación como sujetos de derechos y deberes que participan en el mejoramiento de la sociedad. Reconozcan la importancia de ejercer su libertad al tomar decisiones con responsabilidad y regular su conducta de manera autónoma para favorecer su actuación apegada a principios éticos, el respeto a los derechos humanos y a los valores democráticos.	Mi crecimiento y desarrollo Cuáles son los cambios de mi cuerpo. Qué afectos, sensaciones y emociones siento ahora. Nuestro derecho a la salud Por qué es importante que los adolescentes ejerzan su derecho a contar con información para el cuidado de su salud en general y en particular de su salud sexual y reproductiva. Por qué los adolescentes son un sector susceptible a enfrentar situaciones de violencia sexual e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida. Qué consecuencias tiene en la vida de los adolescentes el inicio temprano de la vida sexual. Qué importancia tiene en la sexualidad la comunicación, el disfrute, el afecto, la reproducción y la salud. Aprendo a decidir sobre mi persona Cuál es nuestra responsabilidad sobre las acciones personales.Cuál es la importancia de contar con información para tomar decisiones. Cómo limita la maternidad y la paternidad las oportunidades de desarrollo personal de los adolescentes.	Analiza la importancia de la sexualidad y sus diversas manifestaciones en la vida de los seres humanos. Reconoce la importancia de la prevención en el cuidado de la salud y la promoción de medidas que favorezcan el bienestar integral. Consulta distintas fuentes de información para tomar decisiones responsables. Establece relaciones personales basadas en el reconocimiento de la dignidad de las personas y cuestiona estereotipos.

Datos tomados de los programas de estudio 2011.

Disponible en: <https://subjefaturaprimarias.files.wordpress.com/2011/10/prog-6to-primaria.pdf>

TABLA 4. PROGRAMA DE ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

GRADO	MATERIA	OBJETIVO como materia	CONTENIDO	APRENDIZAJES ESPERADOS
2°	Formación Cívica y Ética	Que los alumnos aprendan a conocerse y a valorarse, a adquirir conciencia de sus intereses y sentir, disfrutando de las diferentes etapas de la vida, a regular su comportamiento para cuidar su cuerpo y su integridad personal, a tomar decisiones a enfrentar de manera adecuada los problemas que se le presentan.	<ul style="list-style-type: none"> • Perspectiva de género. • Educación para la salud. • Educación sexual 	<p>Distingue, acepta y aprecia los cambios físicos, afectivos y psicosociales que vive en su adolescencia y comprende que la formación cívica y ética favorece su desarrollo personal y social.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprende la necesidad de ser congruente con lo que piensa, siente, dice y hace en situaciones de la vida cotidiana.
3°				<ul style="list-style-type: none"> • Ejerce sus derechos sexuales y reproductivos de manera responsable e informada, y emplea recursos personales para establecer relaciones de pareja o noviazgo, sanas y placenteras • Toma decisiones que favorecen su calidad de vida y autorrealización, expresando su capacidad para responder asertivamente

Programa de estudio secundaria segundo grado formación cívica y ética, (s.f) Recuperado el 25 de abril de 2015 de <http://www.curriculobasica.sep.gob.mx/index.php/sec-civica-segundo-grado>

Programa de estudios 2011 Guía para el maestro educación básica secundaria Formación Cívica y Ética, (2011). Recuperado el 26 de Abril de 20115, de http://www.curriculobasica.sep.gob.mx/pdf/secundaria/fcye/3ero/Sec_3ero_fcye2011.pdf

TABLA 5. PROGRAMA DE ESTUDIO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR: COLEGIO DE BACHILLERES				
GRADO	MATERIA	PROBLEMÁTICA SITUADA (Enfoque hacia el objetivo)	CONTENIDO	APRENDIZAJES ESPERADOS
5° semestre	Salud Humana 1	<p>Se considera necesario que los alumnos tengan conocimiento de aspectos biopsicosociales relacionados con el ejercicio de su sexualidad, así como de las consecuencias, tomando en cuenta la realidad actual.</p> <p>Es necesario que el alumno tenga conocimiento acerca de las problemáticas tales como infecciones de transmisión sexual, embarazo no deseado, prácticas de riesgo, abortos, diversidad sexual, embarazo en adolescentes, disfunciones sexuales, al considerar esto como resultado de prácticas sexuales poco responsables.</p>	<p>*Adolescencia: sexo, sexualidad y género.</p> <p>*Sistemas reproductores y mecanismos de regulación.</p> <p>*Factores psicosociales</p> <p>*Sexualidad responsable y protegida.</p> <p>*Derechos sexuales y reproductivos</p>	<p>El estudiante será capaz de, tomar decisiones en el ejercicio de su sexualidad con base en criterios biopsicosociales sustentados, valorando las implicaciones y las consecuencias de su comportamiento, promoviendo la equidad de género y el respeto a la diversidad en el marco de su proyecto de vida.</p>
<p><i>Salud Humana I quinto semestre, (2011) Recuperado el 25 de abril de 2015 de http://www.cbachilleres.edu.mx/cb/comunidad/docentes/pdf/Reformacurricular/Documentos/quintosemestre2012/AFE/SaludHumanaI.pdf</i></p>				

ANEXO 2. INSTRUMENTO



Encuesta



Por favor responde las siguientes preguntas de forma honesta, la información proporcionada es confidencial y anónima.

EDAD: _____ años

SEXO: hombre () mujer ()

ESCOLARIDAD: Semestre: _____

SECCIÓN 1

1.1 ¿De qué métodos anticonceptivos has oído hablar?

1.2 ¿Quién se encarga de realizar la ligadura de trompas de Falopio o OTB?

- Ginecólogo.....()
 - Urólogo.....()
 - No sé.....()
 - Otro.....() _____
- Especifica*

1.3 ¿Cuánto tiempo dura la protección de este método?

- Días.....()
- Semanas.....()
- Meses.....()
- Años.....()
- Permanent.e.....()
- No sé.....()

1.4 ¿Quién se encarga de realizar la vasectomía?

- Ginecólogo.....()
 - Urólogo.....()
 - No sé.....()
 - Otro.....() _____
- Especifica*

1.5 ¿Cuánto tiempo dura la protección de este método?

- Días.....()
- Semanas.....()
- Meses.....()
- Años.....()
- Permanente.....()
- No sé.....()

- 1.6 Cada cuando se debe tomar cada pastilla anticonceptiva
 Una diaria.....()
 No sé.....()
 Otra() _____
Especifica
- 1.7 En qué parte del cuerpo se coloca el dispositivo (DIU)
 En el útero o la matriz()
 No sé()
 Otra.....-.....() _____
Especifica
- 1.8 ¿Cada cuando se deben aplicar las inyecciones anticonceptivas?
 Una cada 1, 2 o 3 meses()
 No sé.....()
 Otra.....() _____
Especifica
- 1.9 ¿Has visto alguna vez un condón masculino?
 Sí.....()
 No()
 No sé.....()
- 1.10 ¿En dónde se coloca un condón masculino?
 En el pene, en la parte íntima o miembro del hombre.....()
 No sé.....()
 Otra.....() _____
Especifica
- 1.11 ¿Cuántas veces se puede utilizar un mismo condón masculino?
 Una sola vez.....()
 No sé.....()
 Otra.....() _____
Especifica
- 1.12 ¿En qué casos debe utilizarse la anticoncepción de emergencia (pastilla de emergencia)?
 Cuando se tuvo relaciones sin usar condón.....()
 Cuando falló el condón.....()
 Cuando fue una violación.....()
 No sé.....()
 Otra() _____
Especifica
- 1.13 ¿Cuál es el tiempo límite para poder tomar la anticoncepción de emergencia y que ésta sea efectiva?
 Durante las 72 hrs. después de tener una relación sexual no protegida.....()
 No sé.....()
 Otro() _____
Especifica
- 1.14 ¿Las pastillas de anticoncepción de emergencia son abortivas o no lo son?
 Son abortivas.....()
 No son abortivas.....()
 No sé()

- 1.15 ¿En qué parte del cuerpo se coloca el implante? En el brazo.....()
 No sé.....()
 Otro() _____
Especifica
- 1.16 ¿Cada cuándo se debe sustituir el parche anticonceptivo? Cada semana (cada 8 días).....()
 No sé.....()
 Otro() _____
Especifica
- 1.17 ¿El condón femenino puede usarse varias veces? Sí.....()
 No()
 No sé.....()
- 1.18 ¿El condón femenino puede utilizarse a la vez que el condón masculino? Sí.....()
 No()
 No sé.....()

SECCIÓN 2

- 2.1 ¿Alguna vez has estado embarazada o has embarazado a tu pareja? Sí.....()
 No()
*Si tu respuesta es **NO** pasa a la pregunta 3.1*
- 2.2 ¿A qué edad te embarazaste o embarazaste a tu pareja? Edad _____ años
- 2.3 ¿Qué método estaban usando? _____

- 2.4 ¿Cuándo se embarazaron estaban estudiando? Sí.....()
 No()
- 2.5 ¿A consecuencia de este embarazo dejaste de estudiar? Sí.....()
 No()
- 2.6 ¿Cuánto tiempo después reanudaste tus estudios? Tiempo _____

- 2.7 ¿A qué edad te hubiera gustado tener a tu primer hijo? No quería tener hijos.....()
 Edad _____ años
 No sé.....()

SECCIÓN 3

- 3.1 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? Edad _____ años
 No he tenido relaciones.....()

Si no has tenido relaciones contesta esta sección pensando ¿Cómo te gustaría que fuera?

- 3.2 ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual? Con mi novio(a)()
 Con un amigo(a)()
 Con un conocido(a)()
 Fue una violación()
 Otra persona() _____

Especifica

*Si elegiste **violación** pasa a la pregunta 3.7*

- 3.3 En tu primera relación sexual, ¿tú o tu pareja hicieron o usaron algo para no embarazarse? Sí.....()
 No()

*Si tu respuesta fue **Sí** pasa a la pregunta 3.5*

- 3.4 ¿Cuál es la razón principal por la que tú o tu pareja no hicieron o usaron algo para no embarazarse? No planeaba tener relaciones sexuales()
 No me atreví a decirle a mi pareja()
 Pensé que no me podía embarazarse/ que mi pareja no se podía embarazarse()
 No estaba de acuerdo en usar Métodos anticonceptivos()
 Mi pareja se opuso()
 Deseaba embarazarme/que mi pareja se embarazara()
 Otro() _____

Especifica

3.5 ¿Qué hicieron o usaron?

Puedes elegir más de una opción

- Pastillas anticonceptivas de uso diario()
- Pastillas anticonceptivas de emergencia()
- Inyecciones anticonceptivas()
- Dispositivo()
- Implante()
- Condón masculino()
- Ritmo()
- Retiro o coito interrumpido.....()
- Otro.....() _____

Especifica

*Si elegiste cualquiera de las **tres últimas** opciones pasa a la 3.7*

3.6 ¿Dónde obtuvieron el método?

- Unidad Médica()
- Hospital()
- Centro, módulo o unidad de Salud()
- Módulo de atención a jóvenes en un Hospital()
- Otra institución de gobierno()
- Consultorio, Clínica u Hospital privado()
- Farmacia similares o genéricos()
- Otro tipo de farmacia()
- Tienda()
- Con un amigo(a)()
- En la escuela (con algún maestro)()
- Otro.....() _____

Especifica

3.7 Por lo general, ¿con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?

- Más de una vez a la semana()
- Una vez a la semana()
- Entre una vez al mes y menos de una vez a la semana()
- Esporádicamente (menos de una vez al mes()
- No he vuelto a tener relaciones sexuales()

*Si elegiste la **última opción**, pasa a la pregunta 4.1*

Días.....() _____

- 3.8 ¿Cuándo fue la última vez que tuviste relaciones sexuales? ¿Hace cuánto tiempo?
- Semanas.....() _____
 Meses.....() _____
 Años.....() _____

*Si elegiste la opción **Años**, pasa a la pregunta 4.1*

- 3.9 En los últimos tres meses, ¿cuántas veces has tenido relaciones sexuales? Número de relaciones sexuales _____

- 3.10 ¿Actualmente tú o tu pareja utilizan algo para no embarazarse?
- Sí() _____
 No() _____
 No tengo pareja.....() _____
 Actualmente embarazada.....() _____

*Si elegiste alguna de la **últimas tres opciones** pasa a la pregunta 4.1*

- 3.11 ¿Qué método anticonceptivo usan regularmente?
- Puedes elegir más de una opción, de ser así, enuméralos empezado con el #1 para indicar el método que utilizan con más frecuencia.
- Pastillas anticonceptivas de uso diario(.)____
 Pastillas anticonceptivas de emergencia..(.)____
 Inyecciones anticonceptivas()____
 Dispositivo()____
 Implante()____
 Condón masculino()____
 Ritmo()____
 Retiro o coito interrumpido(.)____
 Otro.....() _____
Especifica

*Si elegiste la **opción ritmo o coito interrumpido**, pasa a la pregunta 4.1*

- 3.12 Por lo general, ¿dónde obtienen el método que utilizan?
- Unidad Médica() _____
 Hospital() _____
 Centro, módulo o unidad de Salud() _____
 Módulo de atención a jóvenes en un Hospital() _____
 Otra institución de gobierno() _____
 Consultorio, Clínica u Hospital privado() _____
 Farmacia similares o genéricos() _____
 Otro tipo de farmacia() _____
 Tienda() _____
 Con un amigo(a)() _____
 En la escuela (con algún maestro)() _____
 Otro () _____
Especifica

SECCIÓN 4

- 4.1 ¿Alguna vez has oído hablar de enfermedades o infecciones que pueden ser transmitidas a través de las relaciones sexuales?

Sí.....()
No.....()

Si tu respuesta es **NO**, pasa a la pregunta 4.6

- 4.2 Menciona cuáles son las infecciones de transmisión sexual de las que has oído hablar

- 4.3 En la **mujer** ¿Con qué reacciones en el cuerpo o en sus genitales podría darse cuenta si tuviera una infección de transmisión sexual?

Puedes marcar más de una opción

Secreciones/supuración.....()
Ulceras o llagas.....()
Ardor.....()
Granos.....()
Fiebre.....()
Comezón.....()
Inflamación, dolor.....()
Mal olor.....()
No sé.....()
Otro() _____

Específica

- 4.4 En el **hombre** ¿Con qué reacciones en el cuerpo o en sus genitales podría darse cuenta si tuviera una infección de transmisión sexual?

Puedes marcar más de una opción

Secreciones/supuración.....()
Ulceras o llagas.....()
Ardor.....()
Granos.....()
Fiebre.....()
Comezón.....()
Inflamación, dolor.....()
Mal olor.....()
No sé.....()
Otro () _____

Específica

4.5 Si tú o tu pareja presentaran síntomas de tener una infección de transmisión sexual, ¿qué deberían hacer? _____

4.6 ¿Has oído hablar del SIDA? Sí.....()
 No.....()
 Si tu respuesta es **No**, pasa a la pregunta 5.1

4.7 ¿Cómo se adquiere el virus que causa el SIDA?
Puedes seleccionar más de una opción

Por contacto sexual.....()
 Por transfusión de sangre.....()
 Por usar agujas/jeringas sin esterilizar.....()
 Durante el embarazo si la madre está infectada del virus del SIDA.....()
 Por usar baños públicos.....()
 Por contacto diario con una persona con SIDA... ..()
 A través del aire.....()
 Por un piquete de insecto.....()
 No sé.....()
 Otro..... () _____
Especifica

4.8 ¿Qué puede hacer una persona para evitar la transmisión de una infección de transmisión sexual?
Puedes seleccionar más de una opción

Usar condón.....()
 Usar óvulos.....()
 Tener relaciones sexuales solo con su pareja.. ..()
 Pedirle fidelidad a su pareja.....()
 No tener relaciones sexuales.....()
 No se puede hacer nada.....()
 No sé cómo evitar la transmisión.....()
 Otro() _____
Especifica

SECCIÓN 5

5.1 Actualmente, ¿mantienes una relación de pareja formal o informal?
 Tengo novio(a).....()
 Mantengo una unión informal con mi pareja..()
 No u otra situación.....()
 Si seleccionaste **No u otra situación** pasa a la pregunta 5.12

- 5.2 En general, ¿cómo te llevas con tu pareja?
 Bien.....()
 Regular.....()
 Mal.....()
- 5.3 Cuando quiere platicar con tu pareja algo que es importante para ti, ¿puedes hacerlo casi siempre, sólo algunas veces o nunca?
 Casi siempre.....()
 Sólo algunas veces.....()
 Nunca.....()
si tu respuesta es casi siempre, pasa a la pregunta 5.5
- 5.4 Cuando quiere platicar con tu pareja algo que es importante para ti, ¿puedes hacerlo casi siempre, sólo algunas veces o nunca?

- 5.5 ¿Entre tú y tu pareja, quién decide cada cuando tener relaciones sexuales?
 Sólo yo.....()
 Sólo mi pareja.....()
 Ambos.....()
 No tenemos relaciones sexuales
- Si elegiste la última opción, pasa a la pregunta 5.7*
- 5.6 ¿Sientes que puedes dialogar con tu pareja sobre el uso del condón para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual?
 Casi siempre.....()
 Sólo algunas veces.....()
 Nunca.....()
- 5.7 ¿Con qué frecuencia tú y tu pareja tiene pleitos o discusiones?
 Con frecuencia()
 De vez en cuando()
 Muy rara vez.....()
 Nunca peleamos.....()
- Si elegiste la última opción, pasa a la pregunta 5.12*
- 5.8 Cuando ocurren estos pleitos o peleas ¿Tú...
 le has gritado?.....()
 le has ofendido (le dices groserías)?.....()
 le has golpeado?.....()
 le has agredido con algún objeto?.....()
 le has agredido con un arma de fuego?.....()
- Puedes elegir más de una opción*
- te ha gritado?()

- 5.9 Durante estos pleitos, ¿tu pareja...
Puedes elegir más de una opción
- te ha ofendido (dicho groserías)?.....()
te ha amenazado con hacerte daño físico?... ()
te ha agredido con algún objeto?.....()
te ha agredido con algún arma de fuego?.....()
- 5.10 ¿Buscaste ayuda de alguien para que te apoyara en esta situación?
- Sí.....()
No.....()
*Si tu respuesta es **No**, pasa a la pregunta 5.12*
- 5.11 ¿De quién buscaste ayuda?
Puedes elegir más de una opción
- Padres.....()
Otros familiares.....()
Médico u otro personal de salud.....()
Amigos(as).....()
Otro () _____
Específica
- Ambos padres.....()
Sólo mama.....()
Solo papá.....()
Con mi pareja en casa sus padres/suegro...()
Con mi pareja.....()
Solo(a).....()
Otro () _____
Específica
*Si seleccionaste alguna de las **últimas tres opciones**, pasa a la pregunta 5.17*
- 5.12 ¿Vives con actualmente?
- 5.13 En general, cuando quieres platicar con tu mamá (o suegra) algo que para ti es importante, por ejemplo algunos temas de sexualidad, ¿puedes hacerlo?
- No vivo con mi mamá o suegra.....()
Casi siempre()
Sólo algunas veces()
Nunca.....()
- Si seleccionaste **la primera o segunda opción**, pasa a la pregunta 5.15*
- 5.14 ¿Por qué nunca o sólo algunas veces puedes platicar con ella sobre esos temas?
Puedes elegir más de una opción
- Porque casi siempre está ocupada()
Porque trabaja()
Porque me da miedo que me regañe()
Porque me da pena contarle mis cosas()
Otro () _____
Específica
- 5.15 Cuando quieres platicar con tu papá (o suegro) algo que es importante para ti, por ejemplo algunos temas de sexualidad, ¿puedes hacerlo casi siempre, sólo
- No vivo con mi papá o suegro.....()
Casi siempre()
Sólo algunas veces()
Nunca.....()

algunas veces o nunca?

Si seleccionaste **la primera o segunda opción**,
pasa a la pregunta 5.17

- 5.16** ¿Por qué nunca o sólo algunas veces puedes platicar con él algo que es importante para ti?
- Porque casi siempre está ocupado()
Porque trabaja()
Porque me da miedo que me regañe()
Porque me da pena contarle mis cosas()
Otro () _____
Especifica
- 5.17** Para ti, ¿cuál ha sido tu principal fuente de información en los temas de sexualidad?
- Mamá()
Papá()
Personal de salud (médico enfermero(a), trabajador(a) social)()
Maestros(as)()
Otros familiares (tíos(as), primos(as))()
Amigos(as)()
Internet()
Otro () _____
Especifica
- 5.18** ¿Quién te daría más confianza para platicarle tus dudas sobre sexualidad?
- Puedes elegir más de una opción, en ese caso, enumera empezando con el #1 la opción con la que sientes más confianza y así hasta llegar a la de menor confianza.*
- Pareja.....() _____
Mamá() _____
Papá() _____
Personal de salud (médico(a) enfermero(a), trabajador(a) social)() _____
Maestros(as)() _____
Otros familiares (tíos(as), primos(as))... () _____
Amigas() _____
Otro () _____
Especifica

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!