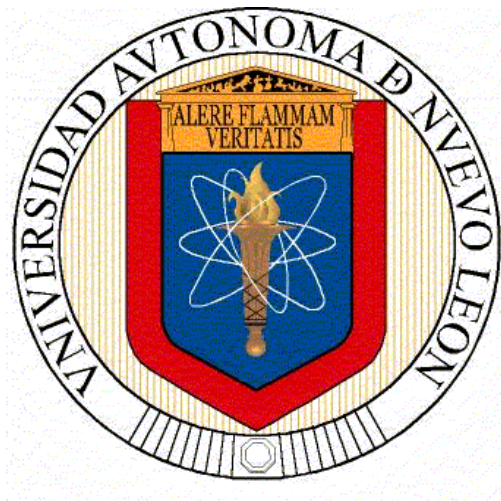


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**



**TESIS**

**CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN  
ESTUDIANTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS Y PREPARATORIAS  
PÚBLICAS DE NUEVO LEÓN**

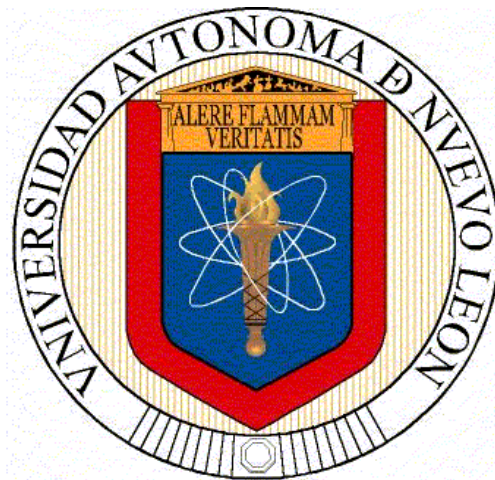
**PRESENTA**

**ESMERALDA GONZÁLEZ ALMONTES**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON  
ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL**

**MARZO, 2016**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**



**CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN  
ESTUDIANTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS Y PREPARATORIAS  
PÚBLICAS DE NUEVO LEÓN**

COMISIÓN DE TESIS

**DR. DAVID DE JESÚS REYES**  
DIRECTOR DE TESIS

**DRA. CATHERINE MENKES BENCET**  
CODIRECTORA

**DRA. SAGRARIO GARAY VILLEGAS**  
LECTORA

SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, NUEVO LEÓN, MÉXICO

7 DE MARZO DE 2016

## DEDICATORIA

### *Primeramente a Dios*

Por permitirme la maravillosa oportunidad de emprender  
este proyecto y verlo culminar.

### *A mis padres*

*Erasmó González González y*

*Esther Almontes Suarez*

Por su infinito amor y apoyo en cada meta que me propongo.

### *A mis abuelos*

*José Marcos González Guerrero (QEPD) y*

*Ma. de Jesús González Valladares (QEPD)*

Los cuales se adelantaron en el camino dejando un vacío en mi corazón y a los cuales  
recordare por su infinito amor y cariño, brindándome siempre sus brazos para consolarme  
en los momentos de desesperación, se que desde el cielo me cuidaran y guiaran.

### *A David De Jesús Reyes*

Porque nunca dejo de creen en mí, pues siempre me oriento y guío en el camino  
con sus constantes revisiones de tesis,  
alentándome a continuar en el mundo académico.

### *A Jesús Armando Mendoza Carrizales*

Por aguantar mis momentos de histeria y desesperación,  
porque me alentó a continuar cuando me cansaba y me brindaba su hombro en los  
momentos de tristeza.

## AGRADECIMIENTOS

Existen algunos trabajos que no logran concluirse o simplemente nunca comienzan, éste podría haber sido uno de ellos.

Sin la paciencia, guía y dedicación del **Dr. David De Jesús Reyes** este trabajo no habría sido una realidad. Gracias por exhortarme a realizar esta tesis, por creer siempre en mí nunca dejarme abandonar, ayudándome a crecer en lo profesionalmente y personal. Estoy en deuda con usted y espero algún día poder saldar dicha deuda.

A la **Dra. Catherine Menkes Bencet**, por asesorarme siempre que necesitaba orientación, por todas esas largas horas vía Skype que me dedicaba, hasta que comprendiera bien todos los procedimientos y poder interpretar los resultados.

A la **Dra. Sagrario Garay Villegas**, por siempre estar ahí para mí, por atenderme cuando me acercaba a pedir ayuda (aun si no tenía cita) ante las mil dudas que me surgían al momento de realizar este documento.

A mi familia, amigos y pareja que siempre me apoyaron en todo momento, a todos ellos por estar a mi lado durante este tiempo ¡Muchas gracias!

## TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Resumen.....	v
<b>1. Planteamiento del Problema.....</b>	<b>8</b>
1.1 Los adolescentes y sus conductas.....	8
1.2 Conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes.....	9
1.3 Uso de anticonceptivos en los adolescentes.....	10
1.4 Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes del Estado de Nuevo León.....	13
1.5 Expectativas de uso de anticonceptivos en adolescentes.....	14
1.6 Conocimiento y uso de anticonceptivos en adolescentes escolarizados.....	15
1.7 Justificación.....	17
1.8 Preguntas de investigación.....	18
1.9 Objetivo General.....	18
1.9.1 Objetivos Específicos.....	18
1.10 Hipótesis.....	19
<b>2. Capítulo 2 Marco Teórico.....</b>	<b>20</b>
2.1 Señalamiento de los conceptos adolescencia, sexualidad y salud reproductiva.....	20
2.1.1 Adolescencia.....	20
2.1.2 Sexualidad.....	21
2.1.3 Salud Reproductiva.....	22
2.2 Principales perspectivas teóricas que abordan la salud sexual y reproductiva adolescente.....	24
2.2.1 Perspectiva biomédica-epidemiológica.....	24
2.2.1.1 Modelo de prevención de enfermedades.....	24
2.2.1.2 Modelo de Creencias sobre la salud.....	26
2.2.1.3 Modelo de adaptación de Sor Callista Roy.....	27
2.2.2 Perspectivas desde la Psicología.....	28
2.2.2.1 Teoría del Aprendizaje Social.....	28
2.2.2.2 Teoría de la acción razonada.....	29
2.2.2.3 Teoría de la interacción sexual.....	30
2.2.4 Perspectiva Psicosocial.....	31
2.2.5 Perspectiva antropológica.....	32
2.3 Aspectos relacionados con el no uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales de los adolescentes.....	33
2.3.1 Embarazo adolescente.....	34

2.3.2 Aborto inducido.....	35
2.3.3 Infecciones de transmisión sexual.....	36
2.4 Factores socioculturales que incluyen en el no uso de métodos Anticonceptivos.....	37
2.4.1 Estereotipos de género.....	38
2.4.1 Espontaneidad en el encuentro sexual.....	39
Percepción del riesgo.....	40
<b>3. Capítulo Metodológico.....</b>	<b>41</b>
3.1 Características de la investigación y tipo de estudio.....	41
3.1.2 Descripción del instrumento.....	42
3.1.3 Población de estudio y criterios de inclusión.....	42
3.1.4 Muestra.....	43
3.1.5 Operacionalización de variables.....	43
3.1.6 Regresión logística.....	47
3.1.7 Técnica de análisis de datos.....	47
<b>4. Capítulo de Resultados.....</b>	<b>49</b>
4.1 Contexto de Nuevo León.....	49
4.2 Características Generales.....	50
4.2.1 Datos generales.....	50
4.2.2 Actividad Laboral.....	52
4.2.3 Escolaridad máxima de los padres.....	54
4.2.4 Familia y Hogar.....	55
4.3 Educación Sexual en la escuela.....	59
4.4 Conocimiento de métodos anticonceptivos.....	63
4.4.1 Conocimiento general sobre métodos anticonceptivos.....	63
4.4.2 Conocimiento real de métodos anticonceptivos.....	66
4.5 Primera relación sexual.....	69
4.6 Regresión logística.....	74
Bibliografía.....	75

## Resumen

Desde el ámbito internacional la población adolescente ha sido sujeto de estudio sobre todo en materia de salud sexual y reproductiva, pues los exhortos de organismos internacionales se encuentran cada vez más presentes en la política nacional, lo cual ha hecho que se dé prioridad a las problemáticas relacionadas con la actividad sexual adolescente. Esto ha generado que desde diversos ámbitos se desarrollen investigaciones, políticas, programas, planes, estrategias y campañas que reduzcan el embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual, deserción escolar entre otras.

Siendo uno de los ejes rectores la divulgación del conocimiento de los métodos anticonceptivos, los cuales previenen las problemáticas antes mencionadas. El conocimiento de anticonceptivos en adolescentes ha tenido avances importantes a nivel nacional con el paso de las décadas, pues según datos de diversas encuestas nacionales se pasó de un 62 por ciento de conocimiento a un 97 por ciento entre los años 2000 y 2014 (SSA, 2000; INEGI, 2015).

Sin embargo a pesar de que el conocimiento de anticonceptivos es casi universal en los adolescentes, se ha evidenciado un vacío entre el conocimiento general (escuchar hablar o oír) y el conocimiento real (saber cómo funcionan), generando una brecha entre el conocimiento y el uso, sobre todo en la primera relación sexual. Pues cifras nacionales evidencian que 6 de cada 10 adolescentes no usaron ningún método durante su inicio sexual (INEGI, 2010a). Mientras que a nivel Estatal la situación es muy similar a la nacional y según la ENSANUT 2012 en el Estado un 92.4 por ciento de todos los adolescentes conocían al menos un anticonceptivo (INSP, 2012b).

A pesar de esto la tasa específica de fecundidad adolescente en el Estado se ha incrementado con el paso del tiempo, dado que se pasó de 40.1 nacimientos por cada mil adolescentes a 69.8 entre los años de 1997 al 2009; lo cual puede ser atribuido a diversos factores como el no uso de anticonceptivos y según la ENSANUT 2012 3 de cada 10

adolescentes neoloneses no usaron anticonceptivos en su última relación sexual (CONAPO, 2011a; INSP, 2012b).

Todos los datos antes mencionados muestran un panorama general de cómo se encuentra el conocimiento y uso de anticonceptivos en la población adolescente. No obstante es importante mencionar que las instituciones educativas son vistas como un elemento determinante en la formación de las conductas de los adolescentes (SSP, 2011). Siendo la información de salud sexual y reproductiva brindada en la escuela un elemento crucial para que los adolescentes adopten o no conductas de riesgo (OMS, 2006).

No obstante la educación sexual en la escuela ha sido severamente criticada por las posibles respuestas negativas que pudiesen adoptar los adolescentes, pues se tiene la creencia que ésta incita y estimula la actividad sexual precoz; pero a pesar de esto los temas relacionados con la sexualidad se ha venido incorporando en el ámbito educativo, teniendo mayor énfasis a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo llevada a cabo en el Cairo en 1994, cuando se hizo un fuerte llamado a los gobiernos para desarrollar programas educativos que atiendan las necesidades de los adolescentes relacionados con los temas de salud reproductiva, conducta sexual responsable, infecciones de transmisión sexual y la prevención del VIH/Sida (Gruseit, 2002; ONU, 1994).

Por todo lo antes expuesto en esta investigación se tomó la salud sexual y reproductiva, centrándose en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes escolarizados del Estado de Nuevo León. La presente investigación se compone por cinco capítulos. En el primero se realiza una amplia revisión de literatura que aborda el tema, mostrando una panorámica desde los contextos internacionales, nacionales y locales exponiendo de esta manera la problemática a desarrollar.

El segundo capítulo corresponde al Marco Teórico el cuál se compone por tres apartados, el primero apartado hace referencia a los conceptos básicos que se abordan en la investigación los cuales van desde el concepto de adolescencia hasta salud reproductiva. En el segundo apartado se abordado las teorías que han estudiado el tema de la sexualidad adolescentes pasando desde la perspectiva biomédica-epidemiológica hasta la perspectiva antropológica. En el último apartado se encuentran aspectos relacionados con la sexualidad adolescentes



como las problemáticas asociadas con el no uso de anticonceptivos como el embarazo adolescente, abortos inducidos e infecciones de transmisión sexual, así mismos e abordan los factores socioculturales que influyen en el no uso de métodos anticonceptivos.

En el tercer capítulo se presenta la manera en que se realizó el proceso de investigación, la cual aborda desde las características de la investigación, población de estudio, características de la población, descripción del instrumento, operacionalización de las variables, regresión logística y la técnica de análisis de los datos. El capítulo de resultados corresponde al número cuatro, en él se exponen los hallazgos encontrados en la investigación, mientras que el último capítulo corresponde a las conclusiones.

## **CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Los adolescentes y sus conductas**

En las últimas décadas la población adolescente de 10 a 19 años ha recibido especial atención en materia de investigación, con la finalidad de elevar el conocimiento relacionado con las diversas conductas y problemáticas que éstos adoptan. Así mismo uno de los principales motivos es el incremento poblacional que han tenido los adolescentes, pues en 2009 contaba con 1,200 millones, es decir el 18 por ciento de la población mundial; mientras que en México contaba con 22 millones en el 2010, es decir el 19.5 por ciento de la población total (UNICEF, 2011; INEGI, 2014a).

Sin embargo no es el aumento de la población adolescente lo preocupante, sino las conductas que éstos adoptan, sobresaliendo aquellas relacionadas con los aspectos de salud, pues éstas pueden tener repercusiones negativas en el transcurso de la vida. Para algunos autores esta etapa es considerada una de las más vulnerables de los individuos, pues los cambios biológicos, psicológicos y sociales que enfrentan, hacen que sea la adolescencia después de la infancia la etapa más vulnerable del ciclo vital (Martín y Reyes, 2003).

En relación con esto, la Encuesta Nacional de la Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, menciona que el grupo de adolescentes es un grupo saludable, el cual ya ha superado la etapa crítica de mortalidad y morbilidad de la infancia, y aún no se enfrenta a los problemas de salud de la etapa adulta, no obstante esto dista mucho de la realidad, pues la salud de éstos se ve afectada por los comportamientos de riesgo que éstos adoptan y los cuales comprometen su bienestar presente y futuro (INSP, 2012a).

En materia de salud reproductiva los comportamientos de riesgo pueden ser el inicio sexual a edades cada vez más tempranas sin la respectiva información sobre la biología del cuerpo, la falta de información sobre anticonceptivos así como la no utilización de métodos de protección durante la actividad sexual, entre otras (Llopis, 2001; De Jesús 2011). Es decir que si no se toman las precauciones adecuadas, durante la actividad sexual, los adolescentes pueden enfrentar problemáticas, como el embarazo no deseado o no planeado, aborto inducido y contagiar o ser contagiado por alguna infección de transmisión sexual.

Pues los indicadores a nivel mundial mencionan que dentro de las principales causas de muerte en adolescentes y jóvenes, se encuentran las relacionadas con las infecciones de transmisión sexual, en específico el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), pues cada día se contagian 2,400 adolescentes y jóvenes de VIH, durante el 2009 la población de 15 a 24 años sufrió aproximadamente el 40 por ciento de los nuevos casos de infección. Así mismo el embarazo, parto y puerperio ocupan el tercer lugar en ocasionar mortalidad en mujeres jóvenes (OPS, 2012; OMS 2011).

Otras consecuencias se pueden ser la deserción escolar, inserción en el mercado laboral a edades tempranas (mal remunerados), el ciclo generacional de la pobreza, rechazo social y familiar, uniones tempranas, mayor cantidad de hijos, entre otras (Rodríguez, 1997; Doblado, de la Rosa y Junco, 2010; CENSIDA, 2011; De Jesús, 2011; Flores y Soto, 2007).

No obstante a todo esto antes mencionado no pueden generalizarse, pues cada consecuencia varía dependiendo del contexto donde se desenvuelvan los adolescentes, dado que esta población no representa un grupo uniforme y los factores que influyen en las conductas sexuales difieren dependiendo del contexto; la disminución en la edad de la primera menarquía, el inicio sexual a edades tempranas y la insuficiente educación sexual pueden ser factores que aumenten las posibilidades de adoptar conductas de riesgo (Llopis, 2001).

Se puede decir entonces que la educación sexual es un factor que influye de forma directa en las prácticas sexuales seguras, pues el brindar los información adecuada sobre el funcionamiento del cuerpo, métodos de anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual, es vital para el acceso potencial a las prácticas sexuales preventivas o seguras (CONAPO, 2011a).

## **1.2 Conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes**

La salud sexual y reproductiva en los últimos años se ha tomado como punto primordial de atención en las agendas internacionales, a pesar de los esfuerzos y compromisos internacionales para eliminar las barreras que giran en torno a una vida sexual segura y satisfactoria, a pesar de esto aún queda mucho trabajo por realizar en relación con estos temas. Pues una cantidad importante de adolescentes siguen sin tener información y acceso

a los métodos anticonceptivos, debido a que la información y el acceso a los anticonceptivos puede estar limitado por las costumbres, tradiciones, actitudes y creencias; ejemplo de esto, es que aún existen diversos lugares en el mundo donde se cree que los adolescentes no deben ser sexualmente activos y por lo tanto no necesitan conocer sobre los métodos anticonceptivos (UNFPA, 2013).

México no se encuentra libre de estas barreras, sin embargo la información de métodos anticonceptivo ha tenido un incremento con el paso del tiempo, pues el conocimiento de dichos métodos en la población adolescente, se han visto reflejados en las diversas encuestas que se han aplicado a nivel nacional.

**Cuadro 1.**  
**Porcentaje de conocimiento que tienen los adolescentes (12 a 19 años) sobre los métodos anticonceptivos según diversas encuestas**

<b>Grupo</b>	<b>Encuesta Nacional de la Salud 2000</b>	<b>Encuesta Nacional de la Juventud 2000</b>	<b>Encuesta Nacional de la Juventud 2005</b>	<b>Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006</b>	<b>Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012</b>
<b>12 a 19 años</b>	69.2%	79.9%	89.5%	82%	90%

Fuente: Elaboración propia en base en la SSA, 2000; IMJUVE, 2000 y 2005; INSP, 2006 y 2012a.

En el cuadro 1 se puede observar que el conocimiento de métodos anticonceptivos en la población adolescente ha avanzado con el paso del tiempo, pues en el año 2000 se realizaron dos diferentes encuestas, una hecha por la Secretaría de Salud (ENSA), la cual arrojó que un 69.2 por ciento de los adolescentes conocían sobre anticonceptivos. En el mismo año se aplicó la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJUVE) donde un 79.9 por ciento de la población adolescente conocía sobre dichos métodos, dicho porcentaje aumentó a un 89.5 por ciento para el 2005. Un año después se realizó la Encuesta Nacional de la Salud y Nutrición 2006, la cual expuso que un 82 por ciento de los adolescentes declaraban conocer estos métodos anticonceptivos, es decir un 7.5 por ciento menos que la ENJUVE, 2005 y seis años después esta misma encuesta arrojó que un 90 por ciento de los adolescentes cuentan con conocimiento de este tema<sup>1</sup>.

Por lo tanto se puede decir que los adolescentes tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, pues los datos que brindan las últimas encuestas realizadas en México

---

<sup>1</sup> Se debe de tener presente que los resultados que generan las encuestas, pueden variar entre una y otras pues cada una de ellas mide de manera diferente el fenómeno.

demuestran que nueve de cada diez jóvenes conocen al menos algún método de protección, sin embargo existe una brecha entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

### 1.3 Uso de anticonceptivos en adolescentes

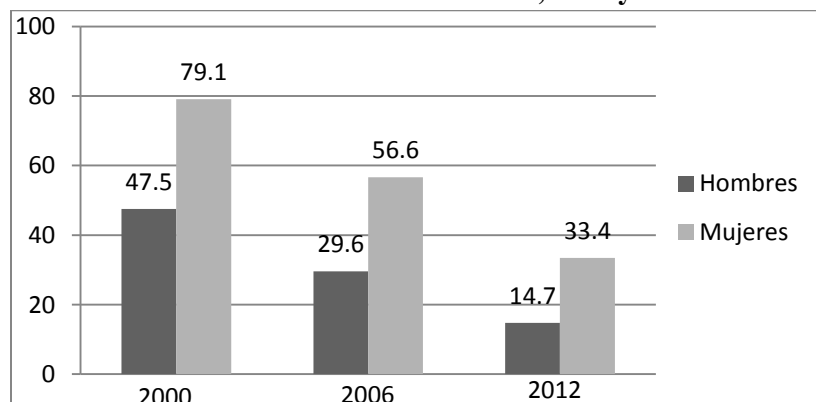
El uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil ha reportado un incremento a nivel mundial, pues se pasó de 54 por ciento en 1990 a 57 por ciento en 2012, este aumento se ve más acentuado en Asia y América Latina; la tasa de utilización de métodos anticonceptivos en las mujeres adolescentes varían entre un contexto y otro, pues en los países menos desarrollados se usa un 22 por ciento, mientras que en los países en desarrollo un 55 por ciento y en los países más desarrollados se utiliza un 58 por ciento, ejemplo de estos son África y América Latina y el Caribe, pues el uso de métodos de anticoncepción va de un 23 por ciento a 64 por ciento respectivamente (OMS, 2013; UNFPA, 2010).

Sin embargo a pesar de este aumento en el uso de anticonceptivos aún existe una brecha importante entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos. En este sentido el Consejo Nacional de Población indica que a pesar del incremento del conocimiento en anticoncepción los adolescentes y jóvenes no manifiestan los mismos porcentajes de uso en la práctica, pues es diferente escuchar hablar de los métodos a realmente saberlos usar (CONAPO, 2010a).

Haciendo referencia en esto, en la gráfica 1 se puede observar cómo se encuentra el uso de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual de los adolescentes de 12 a 19 años de edad. Con el paso del tiempo el uso de anticoncepción en la primera relación sexual ha aumentado, según la ENSANUT 2012 un 47.5 por ciento de los varones no utilizaron anticonceptivos en su primera relación sexual durante el año 2000, lo cual se redujo a un 14.7 por ciento en 2012; en el caso de las mujeres este patrón es similar pues en el 2000 un 79 por ciento no utilizaron anticonceptivos lo cual disminuyó a 33.4 por ciento.

**Gráfica 1**

**Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que no utilizaron anticonceptivos en su primera relación sexual en los años 2000, 2006 y 2012**



Fuente: elaboración propia en base al INSP, 2012a.

Los datos anteriores permiten conocer como se encuentran los porcentajes de uso de métodos anticonceptivos en esta población, por lo cual se puede decir que a nivel nacional existe una actitud cada vez más favorable por parte de los adolescentes en utilizar métodos de protección durante la primera relación sexual.

A pesar de esta actitud favorable existe un grupo de adolescentes que manifiestan un menor uso de anticonceptivos en comparación con las mujeres en edad fértil, pues según la UNFPA, el grupo que presenta menor uso de anticonceptivo son las adolescentes unidas<sup>2</sup>, también es este grupo de la población es el que presenta los mayores niveles de demanda insatisfecha<sup>3</sup> (UNFPA, 2013). México no se encuentra libre de esta problemática, pues son las adolescentes unidas las que presentaban el menor uso de anticonceptivos en comparación con los otros grupos de mujeres jóvenes (véase cuadro 2).

**Cuadro 2**  
**Porcentaje de mujeres jóvenes de 15 a 29 años de edad unidas que usan métodos anticonceptivos, según grupo de edad 1976-2009**

Grupo	1976	1987	1992	1997	2006	2009
<b>15-19</b>	14.2	30.2	36.4	45.0	39.4	44.7
<b>20-24</b>	26.7	46.9	55.4	59.3	57.8	62.9
<b>25-29</b>	38.6	54.0	65.7	67.8	65.8	66.5

Fuente: Elaboración propia en base al INEGI, 2010.

Con el paso de tres décadas las mujeres jóvenes unidas han tenido un incremento considerable con relación al uso de métodos anticonceptivos; en el cuadro 2 se puede observar que el grupo de 15 a 19 años tuvo un incremento de conocimiento de un 30.5 por ciento. A pesar del aumento de conocimiento siguen siendo las adolescentes las que reportan los menores porcentajes de uso, pues solo 4 de cada 10 usan anticonceptivos, mientras que en los otros dos grupos 6 de cada 10 lo hacen. Con estos datos se puede corroborar lo que menciona la UNFPA, pues efectivamente son las adolescentes unidas las que manifiestan menor uso de anticonceptivos.

<sup>2</sup> Las mujeres unidas son todas aquellas que viven en pareja ya sean casadas o en unión libre.

<sup>3</sup> Mujeres expuestas a un embarazo que no hace uso de método anticonceptivo alguno a pesar de su deseo expreso de querer limitar o espaciar su descendencia (Conapo, 2000: 63).

#### **1.4 Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes del Estado de Nuevo León**

El Estado de Nuevo León contaba con 855,859 adolescentes en el 2010 (INEGI, 2014a). Los mayores índices de fecundidad se encontraban en las mujeres jóvenes, pues la tasa específica de fecundidad adolescente aumentó con el paso del tiempo ya que en 1992 se encontraba en 40.1 nacimientos por cada mil adolescentes, aumentando a 63.8 en 2009, no obstante de este incremento dicha tasa se encuentra por debajo de la tasa específica de fecundidad adolescente nacional, la cual era de 69.5 (CONAPO, 2011a).

Los índices de fecundidad se encuentran relacionados con diversos factores como lo son el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. En relación con el conocimiento de anticonceptivos en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 se puede observar que un 99 por ciento de las mujeres en edad fértil conocen al menos un método desde 1997, independientemente de la edad, la situación conyugal, el número de hijos nacidos vivos, la escolaridad y el lugar de residencia (INEGI, 2010).

Según la ENSANUT 2012 en la actualidad un 92.4 por ciento de los adolescentes nuevoleonenses conoce algún método de anticoncepción, el cual ha aumentado con el paso del tiempo, en el 2000 y 2006 dichos porcentajes se encontraban en 70.1 y 90.8 por ciento respectivamente. Aunque el conocimiento de anticoncepción sea casi universal existen diferencias dependiendo del grupo de edad, pues aquellos que tenían entre 12 y 15 años conocían un 88.3 por ciento mientras que los de 16 a 19 años conocían un 96.7 por ciento (INSP, 2012b).

Dichos datos evidencian la importancia que se le ha venido dando a la sexualidad adolescentes, pues el conocimiento de anticonceptivos genera un acceso potencial a las prácticas preventivas y de anticoncepción. Es decir el conocimiento aumenta la posibilidad de uso de anticonceptivos durante el encuentro sexual. Ejemplo de esto es el incremento de mujeres de 15 a 19 años que usaron anticonceptivos entre 1997 y 2009 el cual pasó de 32.8 a 61.2 por ciento respectivamente (CONAPO, 2011a).

Este incremento ha ido progresando con el paso del tiempo, en el 2012 un 82 por ciento de los adolescentes sexualmente activos hicieron uso de anticonceptivos en su primera relación sexual, siendo el condón masculino el método más usado. Sin embargo se observa un menor porcentaje de uso en la última relación sexual, pues un 28 por ciento de estos adolescentes no utilizó anticonceptivos (INSP, 2012b).

Todos los datos antes mencionados muestran un panorama general de cómo se encuentra el conocimiento y uso de anticonceptivos en la población adolescente. No obstante es importante mencionar que las instituciones educativas son vistas como un elemento determinante en la formación de conductas de los adolescentes (SSP, 2011). Siendo la

información de salud sexual y reproductiva brindada en la escuela un elemento crucial para que los adolescentes adopten o no conductas de riesgo (OMS, 2006).

### **1.5 Expectativas de uso de anticonceptivos en adolescentes**

Los mitos que rodean a los métodos anticonceptivos son determinantes en las expectativas de uso, pues las percepciones que se tienen de éstos influyen directamente en las prácticas sexuales seguras; es decir los prejuicios que tienen los adolescentes respecto a los anticonceptivos limitan el uso, pues se suele relacionar con daños a la salud y/o inferir negativamente en el goce y la dinámica sexual (Lerner, 2005).

En este mismo sentido Arias y Rodríguez (1998) realizaron un estudio en varones adolescentes donde se encontró una idea generalizada sobre el no uso del condón, pues se cree que existe una menor sensibilidad al tener relaciones. Así mismo en una investigación realizada por Oliva, Sierra y Vallejo (1993) los adolescentes mencionaron no utilizar métodos de anticonceptivos en la primera relación sexual, debido a que se tienen diversas creencias erróneas hacia el uso de anticonceptivos, lo cual genera una actitud negativa hacia éstos, como los son los prejuicios a la salud, la disminución de placer y el mito relacionado con la no posibilidad de embarazarse en la primera relación sexual.

Lo antes mencionado brinda un panorama de forma general sobre las barreras que aún limitan el uso de anticonceptivos en la población adolescentes, pues las creencias y los mitos siguen teniendo un peso relevante al momento de tomar la decisión de tener o no relaciones sexuales seguras. Una de las formas para derribar dichas barreras es el brindar educación sexual, especialmente en escolarizados, esto por la cantidad de adolescentes concentrados en el sistema escolar (OMS, 2011, UNICEF, 2011).

### **1.6 Conocimiento y uso de anticonceptivos en adolescentes escolarizados**

La educación sexual en la escuela ha sido severamente criticada por las posibles respuestas negativas que pudiesen adoptar los adolescentes, pues se tiene la creencia que ésta incita y estimula la actividad sexual precoz; a pesar de esto los temas relacionados con la sexualidad se ha venido incorporando en el ámbito educativo, teniendo mayor énfasis a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo llevada a cabo en el Cairo en 1994, cuando se hizo un fuerte llamado a los gobiernos para desarrollar programas educativos que atiendan las necesidades de los adolescentes relacionados con los temas de salud reproductiva, conducta sexual responsable, infecciones de transmisión sexual y la prevención del VIH/Sida (Gruseit, 2002; ONU, 1994).

Así mismo la Organización Mundial de la Salud recomienda que los sistemas educativos incorporen a sus planes de estudio la educación sexual, la cual debe brindarse a partir de



edades tempranas y durante todo el proceso educativo, sin hacer distinción de género, aplicando técnicas apropiadas para cada edad y con esto logara eliminar los diversos tabús que existen en relación con la sexualidad, en específico durante la adolescencia; la incorporación de estos temas en el sector educativo se hace por los importantes beneficios que está representa, pues una adecuada información sobre la biología del cuerpo, métodos de anticoncepción e infecciones de transmisión sexual previene las prácticas sexuales de riesgo; así mismo la educación sexual mejora la comunicación familiar, retrasa el inicio sexual, se toma conciencia del cuerpo y la responsabilidad sexual (OMS, 2009c; De Jesús, 2011; Mayén, 1997).

No obstante a estas recomendaciones de índole internacional México tiene una amplia historia relacionada con la educación sexual, pues los primeros registros relacionados con estos temas datan de 1907 (Rodríguez, 1997). Sin embargo fue hasta 1932 que se formulo el primer proyecto de educación sexual en las escuelas cuando se encontraba como Secretario de Educación Pública Narciso Bassols, lo cual provoco una reacción negativa por sectores importantes del país y culmino con la renuncia del secretario y la cancelación del proyecto en Mayo de 1934 (Castillo, 2000). Tuvieron que pasar muchos años para que se volviera a incorporar estos temas en el sector educativo y fue hasta la década de los 70, que se creó el programa Nacional de Educación Sexual (CONAPO, 1982).

Después de la incorporación de este último programa se han hecho diversas estrategias y programas de corte nacional, estatal y municipal para abordar estos temas en las escuelas, así como la realización de evaluaciones con la finalidad de analizar la información que reciben los estudiantes, pues la educación sexual es crucial para acceder a las prácticas sexuales seguras.

Ejemplo de esto fue el estudio realizado por INSP, donde se realizó un análisis sobre educación sexual en adolescentes escolarizados con representación nacional. Dicho estudio encontró que un 95 por ciento de los estudiantes ha recibido información sobre sexualidad por parte de algún personal docente, un 97.7 por ciento recibió información sobre el sistema reproductivo, como prevenir el VIH (97.4 por ciento), como prevenir un embarazo (96.9 por ciento); sin embargo un poco más de la mitad (53.5 por ciento) consideraron accesible al personal docente y solamente un 39.5 les dio confianza, en relación con los métodos anticonceptivos los más conocidos son el condón y las pastillas con 99 y 98 por ciento respectivamente, pero solo un 15 por ciento tiene una actitud positiva hacia el condón y un 63.4 por ciento sabía que el condón previene embarazos, ITS y el VIH; un porcentaje importante consideran que los anticonceptivos son dañinos para la salud, ejemplo de esto es que el 40 por ciento de los adolescentes considera que las inyecciones son dañinas y un 36.2 por ciento las pastillas anticonceptivas (INSP, 2014).

En otro estudio realizado en Guadalajara en estudiantes de secundarias se encontró que un

51 por ciento recibió información sobre educación sexual en la escuela, el tema que más se abordó fue los métodos anticonceptivos y un 84.5 dice conocer al menos alguno de éstos, el condón es el más conocido (73.3 por ciento) seguido de las pastillas (23.3 por ciento) entre los menos conocidos se encontraban el DIU (2.2) y las pastillas de emergencia (1.9 por ciento); con relación a las ITS un 84 por ciento sabe cómo prevenirlas; así mismo se les cuestionó si habían iniciado sexualmente y un porcentaje pequeño de la muestra respondió afirmativamente (7.2 por ciento), la edad promedio del inicio sexual fue entre los 13 y 14 años en ambos géneros (26 por ciento) y solamente un 38 por ciento menciona haber utilizado un anticonceptivo durante su primera relación sexual (Ayala, Vizmanos y Portillo, 2011).

En un estudio realizado en el Estado de Morelos a estudiantes de preparatoria se encontró que un 77 por ciento conoce sobre el VIH/Sida, mientras que un 61 por ciento conoce sobre la pastilla de emergencia, sin embargo de estos que mencionan conocer la pastilla de emergencia solo un 30 por ciento no conoce el funcionamiento correcto de ésta, un 48.3 por ciento de los varones les gustaría usar condón, un 20 por ciento de las chicas saben realmente como se usa un condón; de los estudiantes sexualmente activos un 39 por ciento hizo uso del condón en su primera relación sexual, de las mujeres sexualmente activas un 93.6 por ciento manifestó tener la capacidad de negociar el uso del condón (Torres, Walker, Gutiérrez y Bertozzi, 2006).

Lo antes expuesto muestra la importancia de la participación de las instituciones educativas en los temas de salud sexual y reproductiva. Así mismo expone un panorama general de cómo se encuentra el conocimiento y uso de anticonceptivos en la población adolescente y a pesar de que los datos demuestran un incremento en el conocimiento de anticonceptivos aun existe una brecha entre éste y el uso de los mismos.

## **1.7 Justificación**

La salud sexual y reproductiva es un tema importante a tratar, en especial si dichos temas están relacionados con la población adolescente, pues es en esta etapa de vida cuando se pasan por diversos cambios tanto físicos, psicológicos y sociales, los adolescentes tienen necesidades de salud particulares que difieren en aspectos importantes de las que tienen los adultos y se debe asegurar su bienestar en salud sexual y reproductiva (INSP, 2012a).

Aunque se han puesto en marcha diversas estrategias a nivel internacional para combatir los problemas derivados de las prácticas sexuales de riesgo, éstas siguen siendo un problema prioritario a atender, pues el embarazo adolescente está relacionado con las cifras de morbilidad y mortalidad materna-infantil, deserción escolar, uniones tempranas, violencia; y las infecciones de transmisión sexual son responsables de las altas cifras de morbilidad y mortalidad (OMS, 2009; OPS, 2012; UNICEF, 2011).

México se ha sumado a implementar estrategias para brindar información sobre los temas de salud sexual y reproductiva a toda la población incluidos los adolescentes, y a nivel nacional más del 90 por ciento de esta población manifiesta conocer los métodos anticonceptivos, pero este porcentaje no es equiparable con el uso, pues sigue existiendo una brecha entre el conocimiento y uso de anticonceptivos, la cual puede estar determinada por diversos factores sociales y culturales.

En Nuevo León el panorama es similar al nacional, pues según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 un 92.4 por ciento de los adolescentes en edades de 12 a 19 años conocen sobre anticonceptivos y un 18 por ciento de los sexualmente activos no hicieron uso de algún método de anticoncepción.

A pesar de estos datos, el Estado carece de información e investigaciones que se centren en la salud sexual y reproductiva adolescente y es por esto que la presente investigación pretende abordar este tema, la cual se realizará a partir de una investigación mayor titulada “Diagnostico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de escuelas públicas de educación media y media superior del Estado de Nuevo León”.

En la cual se levantaron datos a partir de una encuesta titulada “Encuesta sobre salud reproductiva de los alumnos en escuelas de educación media y media superior en el Estado de Nuevo León”, y es de esta encuesta que se obtendrán los resultados de la presente investigación, la cual tiene por finalidad de contribuir al conocimiento académico.

## **1.8 Preguntas de Investigación**

¿Cuál es el conocimiento sobre métodos de anticoncepción con el que cuentan los adolescentes que asisten a escuelas secundarias y preparatorias del Estado de Nuevo León?

¿Cuál es la diferencia estadística entre decir conocer y saber usar anticonceptivos en adolescentes que asisten a escuelas de secundarias y preparatorias del Estado de Nuevo León?

¿Cuál es el uso de anticonceptivos en los adolescentes sexualmente activos que asisten a las secundarias y preparatorias del Estado de Nuevo León?

¿Existen condiciones sociodemográficas que influyan en el conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes que se encuentren cursando la secundaria y preparatoria en el Estado de Nuevo León?

Ante estas interrogantes antes planteadas con referencia a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes del Estado de Nuevo León se plantea el siguiente objetivo.

## **1.9 Objetivo General**

Analizar el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos que tienen los adolescentes escolarizados de secundarias y preparatorias en el Estado de Nuevo León.

### **1.9.1 Objetivos Específicos**

Objetivo 1.

Exponer como se encuentra el conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes escolarizados del Estado de Nuevo León.

Objetivo 2.

Analizar si existe diferencia estadística entre el decir conocer y realmente saber usar anticonceptivos en adolescentes escolarizados del Estado de Nuevo León.

Objetivo 3.

Conocer el número y características de los adolescentes escolarizados del Estado de Nuevo León que usaron anticonceptivos en su primera relación sexual.

## **1.10 Hipótesis**

H1: La edad, sexo, grado escolar, nivel de marginación y estado civil influyen en el conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes escolarizados de educación media y media superior del Estado de Nuevo León.

H3: La mitad de los adolescentes escolarizados de educación media y media superior del Estado de Nuevo León no conoce realmente como se utilizan los métodos anticonceptivos.

## **CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Señalamiento de los conceptos adolescencia, sexualidad y salud reproductiva**

#### **2.1.1. Adolescencia**

El concepto de adolescencia suele variar dependiendo del campo de estudio que se observe, pues las disciplinas como la medicina, sociología, antropología, psicología entre otras han brindado definiciones precisas de este concepto, con la finalidad de delimitar y comprender en mayor medida el concepto. Es por esto que a continuación se presentan diversas definiciones del concepto adolescencia.

Etimológicamente la palabra adolescencia proviene de la palabra en latín *ad* que significa hacia y *olescere* de crecer, es decir, la condición y el proceso de crecimiento; es la adolescencia la etapa que marca el final de la niñez y construye los cimientos de la etapa adulta, dicha etapa suele tener un comienzo y una duración variable dependiendo del individuo (Velazco, 2002).

En el campo de la medicina la adolescencia es la etapa de vida donde se transita de la niñez a la adultez y comprende de los 10 a los 19 años de edad, es decir la segunda década de vida; durante esta etapa se transita por 3 fases, la primera de los 10 a 13 años denominada adolescencia temprana, la segunda de los 14 a 16 años llamada adolescencia intermedia y por último de los 17 a 19 años la adolescencia tardía (González, 2005; OMS, 2010).

Sin embargo para otros la adolescencia acontece en un medio cultural particular, normalmente es la transición entre la infancia y la madurez, suele abarcar de los 15 a los 20 años, es en este periodo cuando ocurren cambios fisiológicos significativos que culmina con la madurez sexual (Craig, 1997).

Para el campo de la psicología esta etapa es un ciclo vital en el desarrollo humano, la cual se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, psicológica y social del individuo; es aquí donde se definirá la personalidad, identidad sexual, el rol que se desempeñara en la sociedad, se fijan metas de vida y se comienza a construir la independencia (Caballero, González y Villaseñor, 2006; Souazo, 2009).

En el ámbito social la adolescencia es una etapa que debe considerar el contexto social, pues ésta suele variar dependiendo de él, para Berthely (2009) la adolescencia se inicia en la pubertad y se extiende hasta la madurez física, psicológica y social del individuo, suele considerarse un período crítico en el desarrollo de las personas debido a los cambios biológicos y las transformaciones psíquicas, las cuales están profundamente influenciadas por el ambiente social y cultural.

Igualmente Bourdieu (1990) menciona que la juventud se construye socialmente, las relaciones entre la edad social y la edad biológica son muy complejas pues si se comparan a los jóvenes de diferentes contextos se encuentran diferencia entre unos y otros. Así mismo De Jesús (2011), hace referencia en que la adolescencia no puede ser generalizada a una población en específico, puesto que los diversos contextos sociales y culturales en que se presenta tienen determinadas características que la hacen variar en los procesos individuales y sus significados.

Conforme a la revisión anterior de la literatura, se puede resumir que la adolescencia es la etapa de vida que comprende de los 10 a los 19 años, es en esta etapa cuando se viven cambios significativos que van desde los biológicos hasta los sociales. La adolescencia es considerada la etapa de transición entre la niñez y la adultez, cabe destacar que ésta etapa es fuerte mente influenciada por el contexto social y suele variar a partir de éste.

Para esta investigación se decidió tomar por adolescentes a todos aquellos individuos que tuvieran entre 10 y 19 años edad, pues cronológicamente hablando los diversos estudios tanto de corte internacional como nacional toman estos rangos de edad, esto con la finalidad de equipara los resultados con los diversos estudios relacionados con la salud sexual y reproductiva adolescente.

### **2.1.2 Sexualidad**

En los últimos años en las ciencias sociales se ha reconocido a la sexualidad como un fenómeno complejo, el cual se puede enfocar en la subjetividad individual de las personas, las relaciones sociales entre hombres y mujeres, así como a las instituciones involucradas en su configuración, como la familia, escuela, instituciones de salud y religión y se considera a la sexualidad como una construcción sociocultural e histórica, la cual es

cambiante según la época, la religión, la cultura, el género, la etnia, la clase social y la generación a la que se pertenece (Lerner, 2008).

El Programa de Promoción para la Salud Sexual, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que el concepto de sexualidad se refiere a una dimensión fundamental relacionada a la naturaleza del ser humano, esta dimensión está basada en el sexo e incluye el género, las identidades sexuales, el erotismo, la vinculación efectiva del amor y la reproducción, porque la sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos, de esta manera se experimentan en forma de pensamiento, deseos, fantasías, roles y relaciones que se dan en diferentes contextos (OPS, 2000).

Rodríguez (1997) menciona que no existe un concepto universal de sexualidad, puesto que cada sociedad lo concibe y lo constituye de acuerdo a su cultura, está circunscrita por un contexto histórico-cultural y está determinada por costumbres, tradiciones, valores que influyen en la manera en que se normalizan las prácticas sexuales de los individuos.

La sexualidad va muy de la mano con la reproducción y estos son términos que regularmente pueden considerarse sinónimos pero sin embargo denotan situaciones distintas, la sexualidad se refiere a una condición esencial del ser humano que incluye género, identidad sexual, orientación sexual, erotismo, apego emocional, amor y sexo, mientras que la reproducción tiene que ver con el embarazo, el parto, planeación de los hijos, cuidado y crianza de los mismos (Figueroa, 1998).

Por su parte Weeks (2000) menciona que la forma de entender la sexualidad es concebirla como un constructo histórico *“La sexualidad es una “contrición social”, una invención histórica que se basa, por supuesto, en las posibilidades del cuerpo, pero cuyos significados y el peso que a ellos atribuimos, está conformado por situaciones concretas”* (Weeks, 2000:179). En la definición de Weeks se hace referencia a que cada sociedad dependiendo de su cultura, género, estructura, las relaciones de poder, son las que definen el término sexualidad, dejando claro que la sexualidad tiende a variar a partir de las sociedades, pues estas son las que definirán como se construirá el término de sexualidad.

Todo lo antes mencionado brinda un panorama de cómo se construye el concepto de sexualidad, el cual no solamente se limita a lo sexo, sino influyen factores de suma importancia como lo social y cultural, pues cada sociedad determina y valora la sexualidad de formas distintas.

### **2.1.3 Salud Reproductiva**



El concepto de salud reproductiva es relativamente reciente, pues fue a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo en 1994 y la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995, cuando se realizó un llamado a la comunidad internacional para dar prioridad a los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, reconociendo las principales dificultades que rodean a la sexualidad y fue a partir de dichas conferencias que marcó la pauta para definir los derechos sexuales y reproductivos de la población (Amuchástegui, 2001; Stern, 2004).

Sin embargo fue hasta 1998 que se definieron los Derechos Sexuales y Reproductivos, los cuales deben de orientar, proporcionar y proteger las prácticas sexuales responsables, libres e informadas de los individuos bajo el principio de equidad en las relaciones entre hombres y mujeres cumpliendo eficaz y eficientemente un papel de garantía y beneficio, simbólico para cada individuo (Díaz y Gómez, 1998). Por lo tanto el concepto de salud reproductiva y derechos reproductivos se determinaron como un derecho humano y se separaron de los asuntos de población como una dimensión exclusivamente demográfica para introducirlo en el campo de la salud, la educación y los derechos en relación a la sexualidad y la reproducción (López, 2007).

En el marco de salud reproductiva, el ejercicio de la sexualidad ha de proporcionar la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano de manera que enriquezca y estimule la construcción de la personalidad, siendo de suma importancia el recibir información de calidad y aceptar que las relaciones sexuales no son exclusivas para la procreación sino también para fines de placer (OMS, 2007).

Para la OMS (2010) la salud reproductiva es un estado completo de bienestar físico, mental y social, se encuentra ampliamente relacionado con el derecho y la capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual sin riesgo, de reproducirse, así como de decidir cuándo y con qué frecuencia tener hijos. La salud sexual está representada por el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgo que asume cada individuo, lo cual está directamente vinculada con la calidad de vida, las relaciones interpersonales e institucionales (SSA, 2001).

Es decir el concepto de salud sexual y reproductiva se encuentra estrechamente vinculado con los derechos sexuales, donde los individuos deciden cuando y con quien reproducirse, así como tener acceso universal a los métodos anticonceptivos e información sobre infecciones de transmisión sexual, anticonceptivos, embarazo, biología del cuerpo entre otros temas, con la finalidad de ejercer su sexualidad de manera libre y responsable.

## **2.2 Principales perspectivas teóricas que abordan la salud sexual y reproductiva adolescente**

La salud sexual y reproductiva adolescentes ha sido ampliamente estudiada en las últimas décadas y analizada desde diversas disciplinas entre las cuales están: la biomédica, psicológica, social, antropológica entre otras. Dichos estudios se han centrado en el conocimiento de la biología de la reproducción, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados con la finalidad de contribuir a la investigación del fenómeno para comprender su realidad y subjetividad (De Jesús, 2011).

Es por esto antes mencionado que el objetivo principal de este capítulo es el exponer las diversas teorías que explican el comportamiento sexual y reproductivo de la población de estudio. Es así que la revisión de literatura ha permitido clasificar los distintos trabajos a partir de perspectiva biomédica-epidemiológica, psicológica, psicosocial y antropológica.

### **2.2.1 Perspectiva biomédica-epidemiológica**

El estudio de la salud adolescente ha sido ampliamente estudiado desde la perspectiva biomédica-epidemiológica, centrándose durante mucho tiempo en las enfermedades infecciosas y la nutrición, esto tuvo vigencia hasta que las enfermedades infecciosas eran frecuentes. Con el paso del tiempo el perfil epidemiológico cambio y se comenzaron a abordar las enfermedades crónicas, accidentes, adicciones y las afecciones perinatales de la adolescencia, todo (Silver, 1985).

En la actualidad la comprensión de la salud en los adolescentes es aborda desde una visión más integral, donde se tratan de incluir diversos aspectos individuales, sociales y culturales que pueden generar mayores probabilidades de padecer daños a la salud y así tener estrategias adecuadas al momento de prevenir.

#### **2.2.1.1 Modelo de prevención de enfermedades**

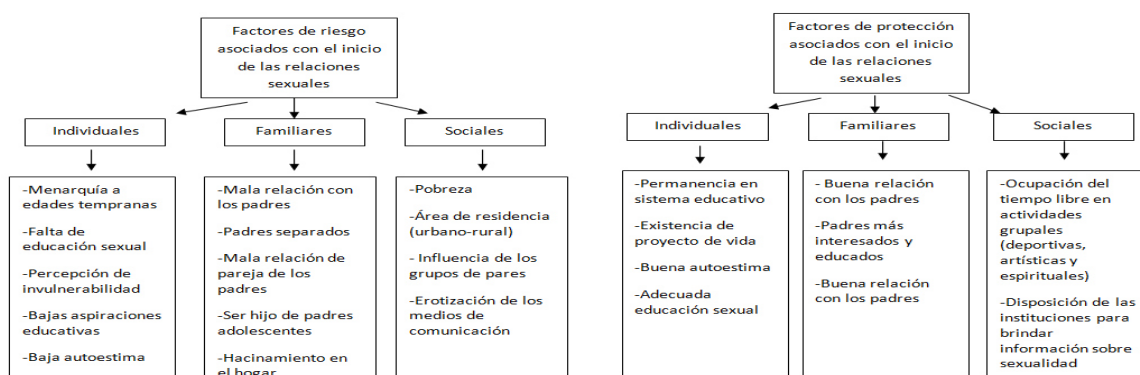
Este modelo consiste en abordar los factores protectores y factores de riesgo<sup>4</sup> a la salud con el propósito de la prevención a partir de acciones integrales e institucionales, tomando en cuenta los aspectos individuales, familiares y sociales que permitan una mayor probabilidad de sufrir daños a la salud (De Jesús, 2011; OPS, 2010).

Bajo este modelo el estudio de la salud sexual y reproductiva adolescente se ha abordado con la finalidad de identificar los factores protectores y de riesgo relacionadas con el inicio de la actividad sexual temprana, la cual puede traer consecuencias de salud a corto, mediano y largo plazo, como el embarazo no planeado.

---

<sup>4</sup> Los factores protectores son todos aquellos agentes individuales, familiares y sociales que resuden las posibilidades de obtener resultados negativos para la salud. Mientras que los factores de riesgo son aquellos agentes individual, familiar y social que incrementan la posibilidad de experimentar resultados negativos para la salud (OPS, 2010).

**Figura 1. Factores de riesgo y factores protectores asociados al inicio de las relaciones sexuales**



Fuente: Elaboración propia en base a Baeza et al, 2007; Molina y Jara 1995.

Con este modelo se busca priorizar la inversión de los factores protectores de los ámbitos individual, familiar y social con la finalidad de promover y proteger una buena salud en los adolescentes y prevenir los factores de riesgo (OPS, 2010). No obstante que modelo de factores protectores y factores de riesgo se enfoca en la salud integral, en las intervenciones realizadas a partir de él, sobresalen las cuestiones biológicas, donde se ha tratado de cambiar las conductas de los adolescentes dejando de lado los aspectos culturales (Shutt y Maddaleno, 2003).

En los estudios desarrollados desde este modelo estudian la sexualidad adolescente a partir de lo descriptivo, contribuyendo a la caracterización de los fenómenos de fecundidad, los riesgos biológicos de la reproducción y el VIH/SIDA (Lizano, 2005); ejemplo de esto puede ser el estudio del embarazo durante la adolescencia, el cual es considerado como un problema prioritario a atender, por los riesgos de salud que enfrentan las adolescentes y sus recién nacidos, ya que las complicaciones en el embarazo, parto y postparto son el doble que el resto de las mujeres (De Jesús y González, 2014; OMS, 2009a).

Dentro de los riesgos se encuentran la obstrucción del parto, ocasionando serios daños a la salud de las adolescentes y sus hijos, pues las mujeres no han terminado de desarrollarse en tamaño y altura de la pelvis; así mismo se ha encontrado que el embarazo a temprana edad es más propenso a generar anemia, toxemia, infecciones del tracto urinario, traumatismo durante la gestación, partos prematuros y mayores probabilidades de mortalidad materno-infantil (Boyd, Ashford y Cornelius, 2001; Díaz, Sanhueza y Yaksic, 2002; SSA, 2007; UNFPA, 2013).

Las complicaciones presentadas durante el embarazo, parto y posparto adolescente disminuyen cuando se brindan una atención prenatal oportuna, se lleva a cabo una alimentación balanceada y se tiene atención psicológica durante todo el proceso

reproductivo, pero en los casos de adolescentes menores de 15 años aún recibiendo todos los cuidados antes mencionados, presentan una elevada tasa de complicaciones en el embarazo y parto debido a la inmadurez física de las mujeres (Zamberlin, 2014; OMS, 2009a; Díaz, Sanhueza y Yaksic, 2002). Los estudios realizados desde este modelo han tenido un aporte importante en materia de sexualidad y reproducción adolescente, sin embargo al centrarse mayormente en los aspectos biológicos dejan de lado elementos esenciales al no tener una visión más holística.

Pues diversas investigaciones han encontrado que el descenso en la edad de la menarquía y en consecuencia el inicio sexual a edades más tempranas, el escaso o nulo conocimiento de educación sexual, bajas aspiraciones escolares, problemas familiares, un estrato socioeconómico bajo y la influencia de los grupos de pares son factores de riesgo determinantes para presentar un embarazo durante la adolescencia (Stern, 1997; Baeza et al, 2007; Molina y Jara, 1995; Martín y Reyes, 2003). Por lo tanto este modelo ha favorecido a una idea altamente esencialista y naturalista del sexo y la reproducción concentrándose solamente en los aspectos fisiológicos (De Jesús, 2011). Pasando por alto los aspectos individuales, familiares, sociales y culturales que rodean a esta población adolescente.

#### 2.2.1.2 Modelo de Creencias Sobre la Salud

Los orígenes de este modelo datan de la década de los cincuenta, fue desarrollada por Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosenstock. El modelo ha sido plataforma de nuevas teorías como la teoría del aprendizaje social de Bandura, la teoría de la acción racional de Fishbein y Ajzen y la teoría de la conducta planeada de Ajzen y Madden. Es uno de los más usados para explicar los comportamientos de la salud y preventivo de enfermedades. También se ha usado en la salud reproductiva, pues considera los comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoración interna que los sujetos aportan a situaciones determinadas (Moreno, Roales, 2003; Juárez, 2002).

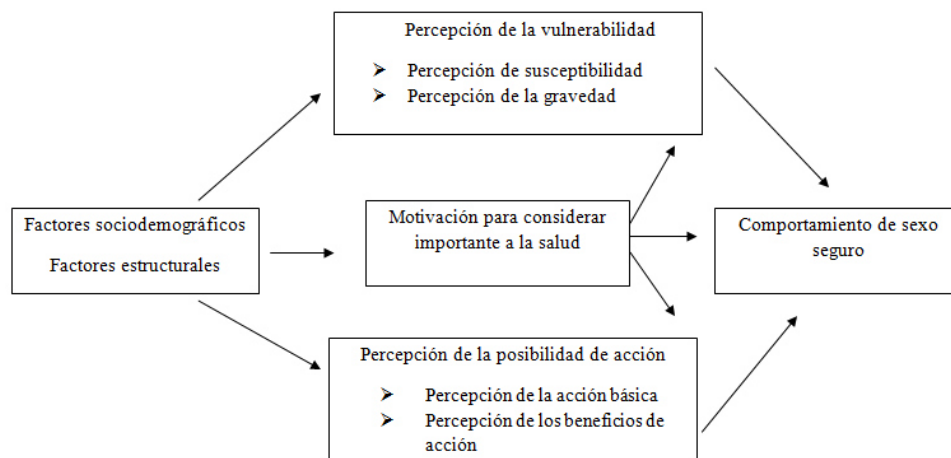
El modelo de creencias en la salud se basa en que la probabilidad individual para tomar medidas preventivas cuando se enfrentan a un riesgo de salud lo cual depende de un conjunto de componentes, siendo estos: motivación para considerar importante a la salud, la percepción de amenazas a la salud (percepción de vulnerabilidad) y la percepción de la posibilidad de acción (la cual logran beneficios que reduzcan las amenazas percibida). Se sostiene que la relación entre estos componentes y el comportamiento se encuentra mediada por factores demográficos y estructurales (Moatti, Hausser y Agrafiotis 1997; Juárez, 2002).

Los cuales se puede operacionalizar en cuatro factores explicativos: *percepción de la susceptibilidad*, *Percepción de la gravedad*, *percepción de los beneficios* y *percepción de*

*las barreras* (Juárez, 2002). Si estos se relacionaran con las prácticas sexuales seguras con la finalidad de prevenir el sida sería de la siguiente manera:

- ✓ Percepción de la susceptibilidad: La percepción de la posibilidad de que el sexo sin protección puede traer consecuencias como la muerte.
- ✓ Percepción de la gravedad: si se contrae el sida, se llega a la muerte.
- ✓ Percepción de los beneficios: el uso del condón previene que contraiga el sida
- ✓ Percepción de las barreras: hacer uso de condones en la relación sexual no produce placer, cuesta mucho dinero los condones, miedo a solicitarlos. (Juárez, 2002: 303).

**Figura 2. Modelo de Creencias Sobre la Salud**



Fuente: Juárez, 2002:302

### 2.2.1.3 Modelo de adaptación de Sor Callista Roy

Este modelo se desarrolla a partir de la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy y la Teoría de Adaptación de Harry Helson, en la primera teoría se considera la individuo como un sistema adaptativo, mientras que en la segunda el sistema de adaptación está relacionado con el estímulo recibido y el nivel de adaptación que tiene los individuos (Banda, 2012). Mientras que en el modelo de adaptación de Sor Castilla Roy el individuo es un ser holístico y no debe ser fragmentado en lo biológico, psicológico y social. Pues éste se encuentra inmersos en un ambiente constituido por creencias y valores los cuales determinaran como se enfrentara al medio ambiente y los procesos de aprendizaje son adquiridos con el tiempo (Díaz et al, 2002).

El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de las personas mediante el fortalecimiento de los mecanismos de adaptación fisiológico y psicosocial, donde el entorno se define como las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el comportamiento de los seres humanos, como sistemas adaptativos. Donde el ambiente es todo aquello que rodea a las personas, así mismo está directamente relacionado con los estímulos (Roy et al, 1999). Callista toma en cuenta el entorno y todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, el ambiente como todo aquello que rodea a las personas tanto fuera como dentro de ellas, dicho ambiente está directamente relacionado con los estímulos, los cuales desencadenan respuesta adaptativas (Roy, 1999).

Este modelo puede aplicarse a la salud sexual y reproductiva adolescente, pues los comportamientos que estos adopten (con relación a su salud) están influenciados por todo su contexto, pues no son ajenos a su entorno, dando una respuesta a partir de un estímulo dado. Ejemplo de esto podría ser el no uso del condón durante las relaciones sexuales ante la pérdida del placer.

En una investigación doctoral titulada “El significado de la sexualidad en Cd. Victoria, Tamaulipas México: aproximación cualitativa de género” se aplicó este modelo. Los adolescentes participantes de este estudio proporcionaron información en relación al contexto sociocultural, encantando que la familia generó en los adolescentes una autoestima baja, lo cual influyó en el inicio de la actividad sexual; encontrándose por otra parte que el trato “*privilegiado*” de los adolescentes varones generó una actitud negativa en relación a la mujer y legitimar su hombría por medio del inicio sexual, mientras que las mujeres inician sexualmente por amor.

## **2.2.2 Perspectivas desde la Psicología**

### **2.2.2.1 Teoría del Aprendizaje Social**

Esta teoría fue creada por Bandura a principios de los años sesentas (1972) donde el aprendizaje de las conductas se produce siempre en un marco social, lo cual implica aprender las normas de conducta por medio de las reacciones que los otros, es decir los individuos adquieren sus comportamiento observación actuar a los demás (Marchesi, 1999). Bandura y Walter sugirieron que los niños aprenden nuevas conductas observando lo que hacen otros niños, pues aprenden por medio de la observación; en los adolescentes esta forma de aprendizaje cobra especial valor por la influencia de los pares durante esta etapa de la vida (Medellín y Tascón, 1995).

Dentro de esta teoría se hace hincapié en la importancia que tiene observar y modelar las conductas, acciones y reacciones emocionales de los otros para el proceso de aprendizaje

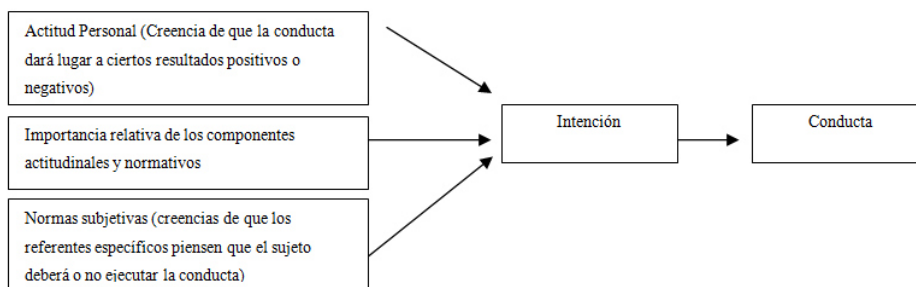
individual; según el principio de esta teoría, el comportamiento adolescente se adquiere fundamentalmente en el entorno social mediante el aprendizaje de observación (Cordero, 2005; López y Moreno 2000).

En un estudio realizado en Colombia por Vázquez, Argote, Castillo, Mejín y Villaurán (2005) a 129 adolescentes escolarizados de ambos sexos, en el transcurso de 12 meses se tomó la teoría el aprendizaje social como el eje rector de dicho estudio, en éste se dio educación sexual por medio del personal de salud (enfermeras) con la colaboración de adolescentes (que ya eran padres de familia), los cuales dieron sus testimonios en relación al embarazo en esta etapa de la vida, el uso de anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual. Al finalizar el estudio hubo un cambio positivo en relación al embarazo, pues antes de la intervención se comunico que dos adolescentes se encontraban embarazadas y al finalizar la investigación no había ningún embarazo, así mismo se incremento el uso de anticonceptivos, pues antes de la intervención los adolescentes sexualmente activos usaban 68.1 por ciento anticonceptivos y al finalizar este porcentaje aumento a 92.3 por ciento.

#### 2.2.2.2 Teoría de la acción razonada

Esta teoría representa una importante aportación al estudio del comportamiento humano, dicha teoría fue acuñada por Ajzen y Fishbein en 1973, donde se toman en cuenta los factores individuales así como grupales, también se abordan los contextos donde tienen lugar estos factores. La teoría de la acción razonada consiste en elaborar un índice de probabilidades de la intención hacia la conducta que relaciona la actitud con las creencias del individuo, esta teoría es un predictor; un juicio probabilístico en el que puede estimarse la intención hacia la conducta directamente mediante una escala de probabilidades (Reyes, 2007).

**Figura 3. Teoría de la acción razonada**



Fuente: Jiménez, 2003:2

Es decir por lo general los seres humanos son racionales al momento de tomar sus decisiones y al adoptar las conductas, actuado de acuerdo a sus preferencias. Por lo tanto

las creencias determinan las actitudes y las normas subjetivas de forma indirecta, determinan las intenciones y conductas de los individuos (Course, 2010).

Esta teoría puede usarse para los estudios de las prácticas sexuales seguras, pues las actitudes pueden reflejar lo que los individuos piensan al evaluar el uso del condón durante la relación sexual, y están representadas por una relación ponderada entre la creencia acerca de la utilización del condón y la evaluación del resultado donde el efecto del SIDA puede surgir como consecuencia del no uso del preservativo (Juárez 2002).

Por su parte, las normas subjetivas son una expresión del juicio subjetivo de los individuos sobre la presión externa para realizar o no la acción y adecuarse o no a un comportamiento (Figura 3), y están compuestas por la creencia normativa de las personas, que se refiere a las creencias sobre lo que otros individuos o grupos específicos piensa acerca de cómo el individuo debe comportarse; y la motivación para cumplir las expectativas del comportamiento y las normas de las personas clave en la vida del individuo (Juárez 2002). Entonces, las actitudes y las normas subjetivas influenciarán la intención de un comportamiento de sexo seguro, y este a su vez a la determinación de un comportamiento de sexo seguro

#### 2.2.2.3 Teoría de la interacción sexual

Esta teoría se deriva del modelo de creencias en salud, sin embargo se consiguió darle un giro para el estudio de la comprensión sexual; es propuesta por Rademaker la cual posteriormente fue desarrollado por Ingham en 1997. Los teóricos que desarrollan dicha teoría toman aportaciones de la teoría de sistemas, psicología cognitiva y la teoría de redes sociales (Chávez, 2012).

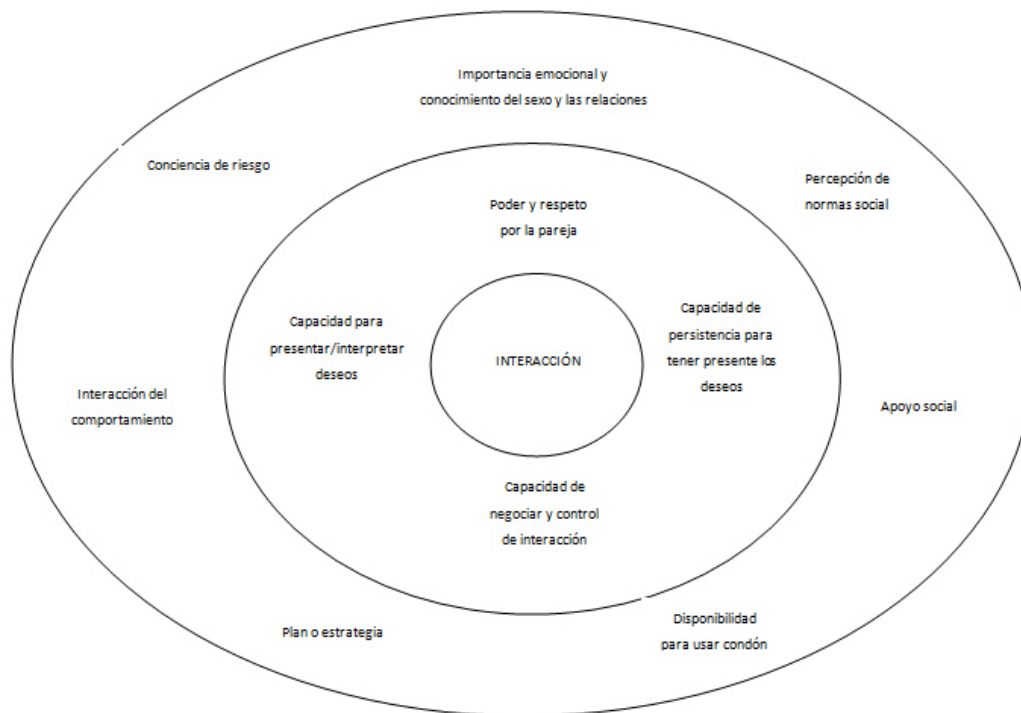
En dicha teoría se propone resaltar la dimensión social e incorporar el proceso de la interacción (veas figura 4), argumentando que en el estudio de la conducta sexual, el objetivo de interés no está en la decisión individual sino en la interacción por sí misma, dado que el individuo entra en interacción con otro tipo de expectativas, planes, deseos, capacidades e historias; las cuales se deben de tomarse en cuenta, pues todas éstas pueden afectar el curso de la interacción (Juárez, 2002).

Desde esta teoría se argumenta que en el estudio de la conducta sexual y reproductiva el objeto de interés no es el interés individual, sino la interacción con los sujetos; como los adolescentes interaccionan con diversos planes, deseos o expectativas. Los cuales debe ser tomados en cuenta ya que pueden afectar el curso de la interacción, determinando en cierta forma el comportamiento sexual y reproductivo del individuo. Esto se encuentra fuertemente influenciado en la formación y reforzamiento de las creencias que determinan



la conducta, debido a la interacción constante de los individuos (Chávez, 2012; López y Moral 2010).

**Figura 4. Teoría de la interacción sexual**



Fuente: Ingham y Van Zassen (1997).

#### 2.2.4 Perspectiva Psicosocial

Desde la perspectiva psicosocial se ha señalado que los contextos sociales y culturales influyen de manera directa en la transmisión de conocimiento y actitudes respecto a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Dentro de esta perspectiva Pick, Givaudan y Díaz (1994), argumentan que existen tres contextos que influyen en la adquisición y transmisión de conocimiento, actitudes y patrones de la conducta sexual. Los cuales son:

- El contexto social y la cultura
- La familia.
- Las características personales y la forma en que éstas se asocian con las relaciones sexuales.

El primer contexto corresponde a los amigos, cultura, modelo de los roles sexuales, instituciones (escuelas) y los medios de comunicación, pues según los autores la prevalencia de tabús, mitos y creencias erróneas han limitado la posibilidad de brindar

información certera y adecuada, pues se considera inadecuado hablar abiertamente de la sexualidad con los adolescentes; es también importante mencionar que los medios de comunicación juegan un papel muy importante en lo que refiere a la trasmisión de ideas y actitudes sobre sexualidad.

El segundo contexto que corresponde a lo familiar se ha encontrado que su influencia en los conocimientos y actitudes hacia la sexualidad, puede verse reflejada en la comunicación que se da entre padres y adolescentes sobre estos temas. Pues según los autores, la comunicación dentro de la familia con relación al ámbito sexual es importante, ejemplo de esto es cómo se percibe la comunicación, pues los adolescentes tanto hombres como mujeres, perciben en su mayoría como mala la comunicación con los padres en relación con la sexualidad, mientras que los padres perciben dicha comunicación como buena.

Por último el tercer contexto que hace referencia a lo personal o individual, los autores mencionan que la influencia de este contexto en cuanto al nivel de conocimiento y actitudes de los adolescentes sobre sexualidad puede ser inferido de acuerdo con los datos que existen respecto a sus patrones sexuales, los cuales son diferentes en cada uno, pues las variables de personalidad como asertividad, control, planeación, organización, obediencia y toma de decisiones, están asociadas con la conducta sexual y anticonceptiva adolescente.

### **2.2.5 Perspectiva antropológica**

Las cuestiones culturales son de suma importancia para los comportamientos de los individuos, pues es a través de la cultura que se marcan las pautas de cómo se deben comportar los individuos y los temas relacionados con la sexualidad se han incluido en el estudio de esta perspectiva, pues los comportamientos sexuales están estrechamente vinculados con la cultura.

En relación con esto se encontró que para Margaret Mead (2006) la naturaleza humana es maleable, donde la cultura es lo principal que define la personalidad de los individuos, pues es la cultura y no lo biológico lo que hace la diferencia entre hombres y mujeres. Así mismo para Franz Boas (2008) argumentaba el entorno cultural de los individuos influye esencialmente en la personalidad y conductas de éstos.

Ante lo antes expuesto se puede decir que la cultura es un elemento esencial y determinante para los individuos en relación con la sexualidad, pues ésta última asocia al género y la forma en cómo se deben comportar los sujetos según sus roles estipulados por la cultura. En relación con esto Reiss (1994) menciona que una buena parte de la visión sobre la sexualidad está conformada por preposiciones respecto a cómo se construye el género. Así mismo Dávalos (1994) expone que es posible hablar de la sexualidad humana en medida en que los seres humanos son seres sexuados, es decir con voluntad de decisión sobre su vida

sexual, pero condicionados por el hecho de poseer un sistema reproductivo determinado, así como por encontrarse situados en un rol determinado por la cultura y por ser sujetos y objetos de deseo erótico corporal y psíquico igualmente determinado por la cultura; puesto que un ser sexual involucra al individuo en todos los ámbitos de su existencia, lo cual lo hace miembro de un rol sexual, cuyas características tienen correspondencia con las necesidades y costumbres de una sociedad.

Para Weeks (1994) la sexualidad es una construcción social, histórica y cultural, pues la sexualidad es una experiencia histórica y personal, la cual no puede entenderse si solo se observa desde el comportamiento *natural*, pues ésta solo adquiere significado en la interacción con procesos inconscientes y culturales, ya que es una construcción social; así todas las sociedades tienen que tomar medidas para organizar la vida erótica, dado que cada cultura reacciona de manera distinta ante la sexualidad.

Al estudiar la sexualidad desde la cultura Mesoamericana específicamente en los nahuas se encontró que el grupo domestico era la base de la sociedad y el nacimiento de un hijo era motivo de júbilo para los nahuas y los padres estaban llenos de orgullo de tener hijo o hija, pues antes de los cuatro años no tenían diferencia de sexo, pues se les consideraba de “corazón limpio”, después de esta edad se les obligaba a cubrir sus genitales y los niños mayores (inicios de la adolescencia) acudían a una ceremonia de inicio sexual; al varón adolescente se le pedía ser varonil, lo cual significaba demostrar valor ante la muerte (guerra), entereza ante las adversidades y ser sexualmente activo. Mientras que el ideal de mujer se asociaba con el rol de buena mujer, buena esposa y buena madre y se les solicitaba ser discretas, obedientes y recatadas en los asuntos sexuales (Dávalos 1994).

Todo lo antes expuesto hace referencia a la importancia de la cultura en la sexualidad de los individuos, pues ésta no se puede limitar exclusivamente al sexo, sino que es algo mucho más complejo, donde la sociedad donde se desenvuelven los individuos marcaran como deberán desempeñarse sexualmente.

### **2.3 Aspectos relacionados con el no uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales de los adolescentes.**

La salud sexual y reproductiva adolescente ha sido estudiada desde diversas disciplinas, las cuales han analizado las principales problemáticas que giran en torno a las conductas sexual de riesgo, en el siguiente apartado se hará mención de las principales problemáticas de salud, siendo estas:

- El Embarazo adolescente
- El Aborto
- Las Infecciones de transmisión sexual

### 2.3.1 Embarazo adolescente

El embarazo y el parto a edades tempranas es considerado como un problema de salud pública importante a tratar, pues estos acontecimientos traen consigo consecuencias de salud como las enfermedades, lesiones y muertes entre las madres adolescentes y sus hijos; pues la incidencia de los problemas en el posparto para las adolescentes es el doble que para el total de mujeres, o tres veces mayor que para las mujeres mayores de 35 años y son las menores de 16 años las que corren cuatro veces más el riesgo de morir en comparación con las mujeres de 20 a 30 años; por su parte los hijos de estas madres adolescentes presenta mayores riesgos de mortalidad durante el periodo neonatal, la tasa de mortalidad en estos neonatos es aproximadamente de un 50 por ciento y los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus recién nacidos (OMS, 2009a).

En el 2007 se estimó que 16 millones de adolescentes en el mundo de edades comprendidas entre los 15 y 19 años dan a luz cada año y un 95 por ciento de estos nacimientos se producen en países en vías de desarrollo, lo cual representa el 11 por ciento de todos los nacimientos en el mundo para ese año, sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales sobre los embarazos, ejemplo de esto es China con un 2 por ciento en embarazos a escala mundial a diferencia de América Latina y el Caribe que cuentan con un 18 por ciento de ellos (OMS, 2009b).

En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América (OMS, 2009b). Con estos datos se puede decir que las tasas de embarazo varían dependiendo de los países, para el contexto mexicano en el 2007 la tasa de embarazos en mujeres de 12 a 19 años de edad es de 79 por cada 1,000 y se calcula que entre el 30 y 60 por ciento de estos embarazos terminan en abortos inducidos (SSA, 2007).

En el listado de las 20 causas más frecuentes de muertes para México, están las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en las mujeres adolescentes (Salud Pública de México, 2003). En el Plan Nacional de Salud 2007-2012 se reportó que el 13 por ciento de las muertes maternas que se presentaron en el país en el año 2005 ocurrieron en adolescentes, las cuales fueron por problemas relacionados con la maternidad, por esta razón se marca como un problema de salud pública prioritario a atender, debido a que en las instituciones públicas de salud el 21 por ciento de los partos atendidos en el 2005 fueron en mujeres menores de 20 años y 7,289 ocurrieron en adolescentes de 10 a 14 años de edad y el riesgo de morir en las adolescentes en edades de 10 a 16 años que se embarazan es

11.2 por ciento más elevado que en las mayores de 20 años (SEGOB, 2007).

Por estas razones de mortalidad y morbilidad materno-infantil, se debe de indagar más los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, debido a que no es solo el embarazo la única consecuencia que se deriva de una vida sexual no protegida, sino también el aborto inducido, el cual representa un riesgo para las mujeres si se da en condiciones no apropiadas y de manera clandestina puesto que en casi todo México esto es una actividad ilícita.

### **2.3.2 Aborto Inducido**

El aborto inducido ya sea en la etapa adulta o en la adolescencia ha resultado ser un tema de controversia por las implicaciones que éste conlleva, como lo pueden ser religiosas, sociales, éticas y morales. Esta práctica ha sido prohibida o limitada en algunas sociedades y permitida en otras, es por esta razón que los datos existentes sobre el aborto inducido no son exactos, debido a que en la mayoría de los países esta actividad no es legal y es difícil conocer con exactitud la problemática real del aborto en la adolescencia y en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños este proceder es ilegal o tiene serias restricciones, por lo que se realizan una gran cantidad de abortos ilegales, lo cual dificulta una recolección fidedigna de estos datos. (Peláez, 2008).

Otros autores mencionan que pese a las prohibiciones, en América Latina se estiman en varios millones el número de mujeres que abortan ilegalmente cada año, pero no hay forma de medir exactamente la prevalencia del aborto ilegal, y mucho menos conocer qué proporción de estos tienen lugar en adolescentes (Doblado, de la Rosa y Junco, 2010).

Aunque el aborto en la mayoría de los países no es legal, esto no quiere decir que éste no se lleve a su práctica, pero estos se realiza de una manera clandestina, al ocurrir de esta manera las condiciones en las que se lleva a cabo no son las adecuadas y puede ocasionar lesiones e incluso la muerte a las mujeres que se realizan alguno. El aborto no está exento de complicaciones inmediatas, medianas y tardías. Doblado, de la Rosa y Junco (2010) mencionan que las complicaciones van desde los accidentes anestésicos, perforaciones uterinas, sepsias, hemorragias, enfermedad inflamatoria pélvica e incluso la muerte, hasta los más tardíos que favorecen la ocurrencia de un embarazo ectópico o la infertilidad.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) informó en el 2005 que se estima que en el mundo se realizan entre 42 y 46 millones de abortos anuales, esto es entre el 20 y el 22 por ciento de los 210 millones de embarazos que se producen a nivel mundial por año, de estos abortos al menos 19 millones se consideran abortos inseguros, pues se realizan de manera clandestina.

México no se encuentra fuera de esta problemática y según el Guttmacher Institute (2008), reporta que en el 2006 se estimó que se llevaron a cabo 874,747 abortos inducidos, lo cual indica que cada año, un número aún mayor de mujeres mexicanas tienen embarazos no planeados y la tasa anual de abortos inducidos en México es de 33 abortos por cada 1,000 mujeres de 15–44 años.

El aborto en la adolescencia constituye un problema de salud para esta población debido a que los adolescentes no están preparados psicológicamente para un embarazo no planeado (Peláez, 2008). Y es debido a esto que en ocasiones se opta por abortar, lo cual en su mayoría se realiza de una manera insegura, puesto que en la mayor parte de México el aborto es una actividad ilícita.

Pero las problemáticas que giran en torno a la sexualidad no protegida no concluyen únicamente en los embarazos no deseados y abortos, estas problemáticas no afectan solamente a las adolescentes, estas también repercuten en la salud de los varones. Estas consecuencias de salud toman por igual a hombres y mujeres e incluso los puede llevar a la muerte, la consecuencia a la que se hace mención, son las infecciones de transmisión sexual.

### **2.3.3 Infecciones de Transmisión Sexual**

La falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos o el poco uso de los mismos trae consecuencias de carácter de salud. Cada vez es mayor el número de jóvenes que tienen relaciones sexuales a edades más tempranas y por lo común no toman las precauciones debidas para protegerse de un embarazo o de infecciones de transmisión sexual.

Los adolescentes están expuestos a enfrentan peligros concretos, como las infecciones de transmisión sexual (ITS) entre estas pueden estar la gonorrea, la sífilis, el chancro entre otras. Igualmente están expuestos a contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Para el 2003 el impacto diario de estas enfermedades en los jóvenes era de: 6,000 nuevas infecciones por VIH y estas problemáticas de salud están relacionada al uso inadecuado o nulo de métodos de prevención. (OMS, 2003 y UNFPA, 2005).

En América Latina también es significativo este problema, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2005, se estimaba que la mitad de los nuevos datos sobre infecciones de VIH se reportan en personas en edades menores de 25 años y el contagio en su mayoría fue vía sexual durante la etapa de la adolescencia. Así también Estados Unidos coincide con los reportes de la OPS, al referirse que los mayores índices de contagio por VIH están en los jóvenes en edades entre 17 y 19 años, en su mayoría varones.

México igualmente se enfrenta a esta problemática y así lo señala el boletín de

Epidemiología emitido de febrero a marzo del 2010 por de la Secretaria de Salud, el cual indica que el crecimiento de las infecciones de transmisión sexual en el último año ha aumentado considerablemente y esto es debido al no uso de los métodos de protección.

Para el 2005 en México, las tasas de infecciones de transmisión sexual por enfermedad en adolescentes por cada mil habitantes ubicaban, en primer lugar el virus del Papiloma Humano (VPH) con un 9.8, seguido del herpes genital con un 5.4 y la gonorrea con una tasa de 3.5 (De Jesús, 2011).

En el contexto nacional en 1985 se diagnosticó el primer caso de virus de inmunodeficiencia humana y para el 2011 había una cantidad de 38,029 casos, los cuales se dividen en 27,709 casos en varones y 10,320 casos en mujeres, en la población adolescente en edades comprendidas de los 10 a 19 años, se encontraban la cantidad 9,204 casos. En 1983 se diagnosticó el primer caso de SIDA en México y para el 2011 existía una cantidad de 153,109 casos, dividiéndose en 125,783 casos en varones y 27,326 casos en mujeres, encontrándose una cantidad de 9,287 casos en adolescentes en edades de 10 a 19 años (CENSIDA, 2011).

Con los datos antes mencionados se puede concluir que las infecciones de transmisión sexual han ido en aumento a través de los años, y en el contexto nacional el VIH cuenta con una cantidad de 38,029 casos y el SIDA con 153,109 casos, en los cuales más de 9,000 están diagnosticados a adolescentes. Así mismo en la revisión de literatura se encontró que es durante la etapa de la adolescencia, cuando más se contagian de alguna infección.

En general, existen diversas problemáticas en la salud sexual y reproductiva que rodean a los adolescentes, las cuales se derivan del no uso de algún método de protección, como los son las consecuencias antes mencionadas, el estudio sobre la salud sexual adolescente no es nuevo, a través del tiempo se han hecho investigaciones que analizan los factores socioculturales que influyen para el uso no uso de estos métodos. El subtema siguiente tratara sobre estos factores.

## **2.4 Factores socioculturales que influyen en el no uso de métodos anticonceptivos**

A pesar de que los adolescentes cuentan con conocimiento sobre anticonceptivos, estos tienden a no utilizarlos, en la revisión de literatura se encontraron diferentes causas o factores que inciden en la no utilización de estos métodos y estos están relacionados con lo social y cultural. Algunos de estos son:

- Los estereotipos de género.
- La espontaneidad con la que se da el encuentro sexual.
- La Percepción del riesgo.

### 2.4.1 Estereotipos de género.

Existen estudios que analizan los diferentes factores relacionados con lo socialmente establecido en referencia a la sexualidad, uno de estos son los estereotipos de género, que aun se encuentran en la sociedad

Los estereotipos de género son determinantes para la sexualidad, un ejemplo de estos es que las mujeres tienen el derecho de solicitar a su pareja la utilización de algún método de protección, pero no lo hace debido a que si ella solicita el uso de estos, se le considera como mujeres poco comprometida con las relaciones. El erotismo y la sexualidad se le asocia a el hombre mientras que la mujer se le debe definir solamente con el matrimonio y la familia, es por esto que las jóvenes no pueden negociar el uso de algún método anticonceptivo, debido a cómo será vista por su pareja (Szasz, 1995).

Un estudio realizado en el área metropolitana de Monterrey puso en evidencia que los estereotipos de género siguen arraigados en el "deber ser" para dicha ciudad y esto tiene que ver con lo que es socialmente aceptable. En este estudio se encontró que las mujeres deben de ser ajenas de todo deseo carnal o erotismo, solo así se consideran para el

Rodríguez (2004), coincide con estas ideas antes expuestas y menciona que las ideas tan estereotipadas sobre lo que es "ser hombre" y lo que es "ser mujer" muchas veces perjudican las relaciones e interfiere con una vida sexual sana, es común que se aliente a los hombre a tener muchas parejas sexuales, a tratar a las mujeres con poco respeto e incluso con violencia y las mujeres promueven la ignorancia y la pasividad, y suelen valorar extremadamente el primer encuentro sexual aún cuando este se dé sin los cuidados convenientes.

El que las mujeres no soliciten un método de protección para prevenir embarazos o infecciones de transmisión sexual, por el miedo a cómo será vista por su pareja tiene que ver con los estereotipos de género y estos son tan marcados en algunas sociedades que limitan la utilización de algún anticonceptivo en la relaciones sexuales, así lo indica Climent (2003), en algunos contextos el uso de métodos anticonceptivos está asociado al incumplimiento de las normas socialmente establecidas por los estereotipos de género lo que puede limitar la decisión de utilizar algún método de protección.

Igualmente Valencia y Solere (2009), realizaron un estudio donde los hombres declaran haber tenido relaciones sexuales en mayor medida que las mujeres y esto es socialmente aceptable en las sociedades culturalmente tradicionales, en este tipo de sociedades se espera que las mujeres permanezcan vírgenes hasta que se inicie la relación conyugal de lo contrario son descalificadas socialmente. Otra de las cosas que se encontró en dicho



estudio, es que es socialmente aceptable que el hombre tenga un mayor número de parejas sexuales, mientras que las mujeres deben de mantenerse ajenas a esto y en caso de tener relaciones sexuales con su pareja no deben de solicitar el uso de métodos anticonceptivos incluido el condón debido a que estas serían descalificadas por su pareja.

Los estereotipos de géneros son un factor importante para el no uso de métodos anticonceptivos, puesto que las adolescentes no pueden negociar el uso de alguno de estos por el temor a cómo será vista por su pareja. Sumándose también que es socialmente aceptable que los varones inicien antes su experiencia sexual, pero las mujeres deben de mantenerse ajenas a esta actividad.

#### **2.4.2 Espontaneidad en el encuentro sexual.**

Otro factor que se encontró para que los adolescentes no usen métodos anticonceptivos es por la espontaneidad en la que se da el encuentro sexual, y es debido a esta que los jóvenes no cuenta con un método anticonceptivo a su alcance en el momento que se presenta la oportunidad de tener relaciones sexuales. En un estudio realizado a estudiantes de nivel medio, donde mayoría de los adolescentes que se declararon sexualmente activos expresaron que en su primera relación sexual no usaron un método anticonceptivo puesto que esta no fue planeada (Oliva, Sierra y Vallejo, 1993).

Igualmente Arias y Rodríguez (1998), realizaron un estudio donde encontraron que los jóvenes dijeron no usar condón cuando no lo llevan consigo y se les presentaba la oportunidad, el hombre de la clase media mexicana, aprovechara todas las oportunidades que se le presenten y por lo tanto, si es necesario se está dispuesto a correr el riesgo que ello implica.

El hecho de que los adolescentes no cuenten con un método de protección a su alcance, en el momento en que se presenta la oportunidad de tener relaciones sexuales es un factor importante para la no utilización de los métodos de protección.

#### **2.4.3 Percepción del riesgo.**

Otras de las causas que se encontraron fue que esta población se siente invulnerable a cualquier problemática que se derive de las prácticas sexuales de riesgo, los autores Luengo et al (2007), encontraron que esta población se siente invulnerable a cualquier tipo de vivencia negativa y valora positivamente el riesgo, inician sus relaciones sexuales con el riesgo de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, por no utilizar un método de protección.

Palma y González (2010), coinciden con estos autores al mencionar que en los adolescentes

permanece el sentimiento de invulnerabilidad frente a los riesgos; en este caso, los adolescentes a pesar de conocer cercanamente casos de embarazos no deseados, se consideran a sí mismos inmunes a dichas situaciones. La actitud del riesgo es común entre los jóvenes y para ellos “correr el riesgo” no solo alude a su hombría, sino también a su pertenencia a un grupo determinado (Arias y Rodríguez, 1988).

Siguiendo con esta idea de la percepción que tienen los adolescentes sobre el riesgo, se encontró un estudio en el cual se utilizó un término con dicha percepción, el cual es llamado "pensamiento mágico". Este pensamiento describe que los jóvenes tienen a tener a creer que a ellos no les sucederá ninguna problemática relacionada con la sexualidad (Lameiras y Failden, 1998). Igualmente Palacios y Leyva (2003), señalan que existen entre los jóvenes una tendencia a minimizar los efectos negativos derivados de las prácticas de actividades que presentan algún riesgo para la salud, pues su percepción en esta etapa de la vida es generalmente optimista.

Los adolescentes tienden a disminuir los riesgos con referencia a las problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, la percepción de estas no son significativas para dicha población. Otro elemento que se encontró fueron los mitos y placer, estos influyen para que los adolescentes se resisten a utilizar un anticonceptivo puesto que las creencias erróneas que rodean a estos métodos, limitan su uso.

### **3. CAPÍTULO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Carácter de la investigación y tipo de estudio**

La presente investigación se realiza a partir del tema de salud sexual y reproductiva adolescente, donde se indagó el conocimiento y uso de anticonceptivos en esta población. La obtención de los datos se dio a partir de una investigación mayor titulada “Diagnóstico de la salud sexual y reproductiva adolescente en escuelas públicas de educación media y media superior de Nuevo León 2013”.

La investigación se desarrolla a partir de la metodología cuantitativa, el tipo de estudio es transversal, descriptivo-correlacional. Se plantea desde el corte cualitativo debido a que éste es secuencial y probatorio, el cual utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para así establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Así mismo corresponde al diseño transversal, debido a que éste se encuentra diseñado para medir una o más variable en un periodo de tiempo determinado, es decir haciendo un corte en el tiempo; los estudios transversales son de mucha utilidad en el campo de la salud, pues adquieren una gran importancia al momento de evaluar las necesidades de una población, o medir el impacto de los servicios de salud (Fernández, 2010; Pineda, Alvarado, 2008).

También se pretende abordar el estudio desde los diseños de investigación descriptivo-correlacional, el primero tiene por objetivo el informar las características generales y la incidencia del fenómeno en cuestión donde se estima las proporciones de una población que presenta variables bajo estudio, es necesario usar muestras representativas de la población; así mismo los estudios descriptivos son aquellos que están dirigidos a

determinar “cómo es” o “cómo esta” la situación de las variables de estudio en una población, la presencia o la ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) en quiénes, dónde y cuándo se presenta un determinado fenómeno (Pick y Díaz, 1994; Pineda, Alvarado, 2008).

Mientras que los estudios correlacionales tienen como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más variables, el propósito principal es saber cómo se comporta una variable a partir de la relación con otra variable; este tipo de estudios intenta predecir el valor que tendrá un grupo de individuos en una variable, a partir del valor que tiene las variables relacionadas (Hernández, Baptista y Pilar, 2010).

### **3.1.2 Descripción del instrumento**

Para la recolección de los datos se aplicó un instrumento, titulado “Encuesta de Salud Reproductiva de los Estudiantes de las Escuelas de Educación Secundaria y Media Superior en el Nuevo León”. Dicho instrumento era de auto llenado, estaba diseñado de acuerdo con el sexo del entrevistado, se dividían en once apartados y contaba con 91 ítems. Para esta investigación se trabajo con cuatro de los once apartados, los cuales corresponden a:

- Características generales: pues con éstas se busca conocer la situación demográfica de la población de estudio, como lo son edad, sexo, grado escolar, entre otras; así mismo dichas características se tomarán como variables independientes.
- Conocimiento sobre la biología de la reproducción y sexualidad: se tomará en cuenta este apartado, pues en él se recogió información sobre educación sexual, así como información sobre menstruación, masturbación, virginidad, etc.
- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos: este apartado es de suma importancia (pues éste es el eje centra la investigación) ya que en él se obtendrá la información del conocimiento y uso de anticonceptivos en la población de estudio.
- Sexualidad y uso de métodos anticonceptivos: la razón por la que se tomará este apartado, es porque en él se encuentra información sobre los adolescentes que son sexualmente activos, primera relación sexual, si se uso o no anticonceptivos.

### **3.1.3 Población de estudio y criterios de inclusión.**

La población de estudio estuvo conformada por adolescentes de ambos sexos que tuvieran entre 12 a 19 años de edad que estuvieran inscritos en escuelas públicas de nivel medio o medio superior en el Estado de Nuevo León, es importante mencionar que no se incluyo a los adolescentes de 10 y 11 años pues éstos aún se encuentran cursando la primaria. La población de estudio fue cautiva al ser escolarizados.

### **3.1.4 Muestra**

La muestra del *“Diagnóstico de la salud sexual y reproductiva adolescente en escuelas públicas de educación media y media superior de Nuevo León 2013”* quedo conformada por 2261 encuestados siendo representativa y aleatoria. El levantamiento de datos se efectuó en 24 secundarias y 22 preparatorias del Estado Nuevo León, la duración del trabajo de campo fue de tres meses es decir de Abril a Junio de 2013.

Para esta investigación la muestra quedo conformada por 2216 encuestados inscritos en el nivel medio o medio superior de escuelas públicas en el ciclo escolar 2012-2013. Dividiéndose en 970 alumnos de secundaria y 1246 de preparatoria y que cumplieran con los criterios de inclusión.

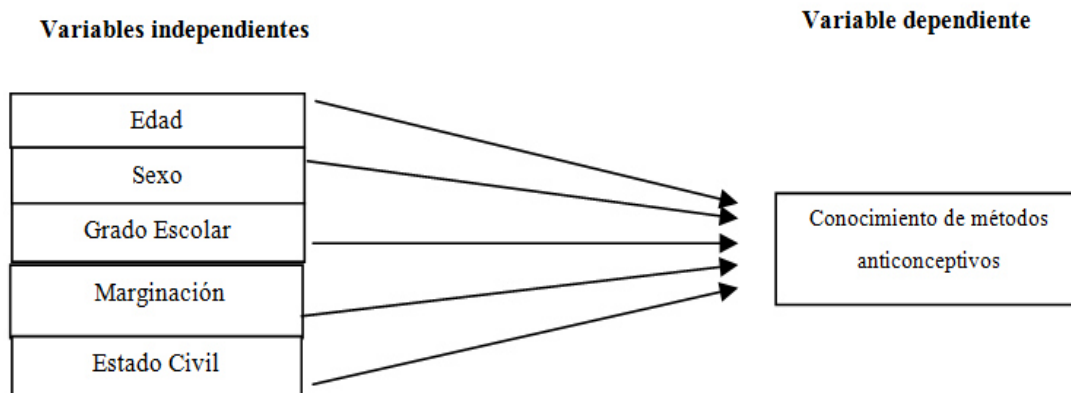
### **3.1.5 Operacionalización de Variables**

Una variable es una cualidad susceptible a sufrir cambios, un sistema de variables consiste por lo tanto en una serie de características por estudiar definidas de modo operacional, es decir en función de sus indicadores (Cedei, 2010). Para este estudio se harán uso de dos tipos de variables, las dependientes (conocimiento y uso de métodos anticonceptivos) y las independientes (edad, sexo, grado escolar, nivel de marginación y estado civil).

Las variables independientes son las que puede cambiar libremente su valor, sin que se vea afectado por alguna otra variable, generalmente, una variable independiente es la entrada de una función y normalmente se denota por el símbolo  $x$  (Pallella y Martins 2006). Es decir que por medio de esta variable se observa si influye, incide o afectar a otras variables, dicha variable no depende de otra. Mientras que las variables dependientes son aquellas que pueden fluctuar o puede adoptar diferentes valores a partir de la incidencia de otras variables, es decir éstas sufren cambios a partir de la manipulación de las variables independientes (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

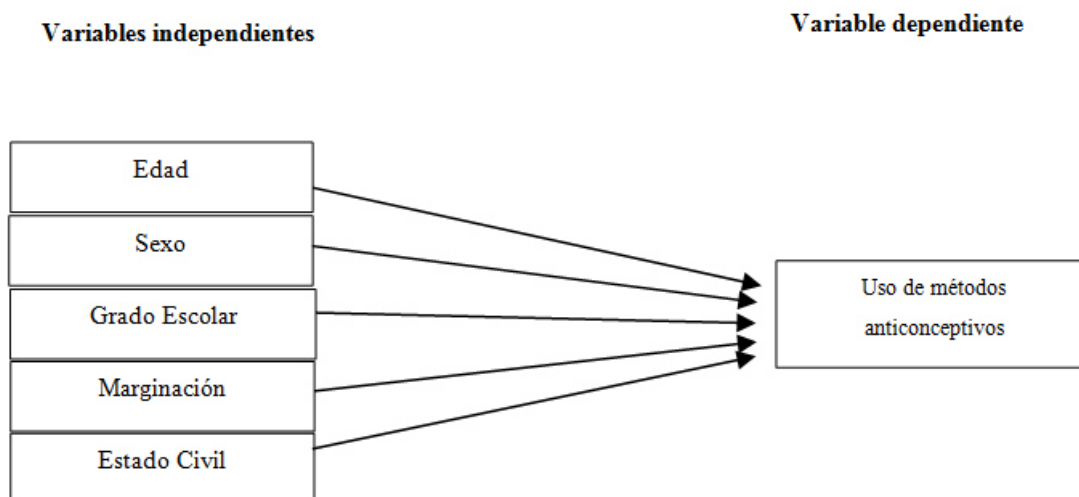
Para esta investigación se tomara como variables dependientes el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, para las variables independientes se tomarán las características sociodemográficas que tienen los adolescentes como edad, sexo, nivel de marginación, grado escolar y estado civil. Esto con el fin de ver si dichas características que tienen los adolescentes del Estado de Nuevo León inciden en alguna forma en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

### **Esquema 1. Relación de variables sociodemográficas con el conocimiento de métodos anticonceptivos**



Fuente: Elaboración propia

## Esquema 2. Relación de variables sociodemográficas con el uso de métodos anticonceptivos



Fuente: Elaboración propia

Para la construcción de la variable dependiente conocimiento de métodos anticonceptivos se dividió en dos dicha variable. La primera corresponde al conocimiento general de métodos anticonceptivos, es decir si los adolescentes dicen conocer o han oído hablar de los distintos métodos y la segunda conocimiento real, es decir si los adolescentes conocen como se deben usar los métodos anticonceptivos.

Dentro de las preguntas que se relacionan con el conocimiento general de métodos anticonceptivos se encuentran:

1. ¿Conoces o has oído hablar de los condones o preservativos masculinos?
2. ¿Conoces o has oído hablar de los óvulos, jaleas, espumas o diafragmas anticonceptivos?
3. ¿Conoces o has oído hablar del método del ritmo?
4. ¿Conoces o has oído hablar del retiro o del coito interrumpido?
5. ¿Conoces o has oído hablar de las pastillas anticonceptivas?
6. ¿Conoces o has oído hablar de las inyecciones anticonceptivas?
7. ¿Conoces o has oído hablar del DIU o dispositivo intrauterino?
8. ¿Conoces o has oído hablar de la operación femenina, ligaduras de trompas, salpingoclasia u oclusión tubaria bilateral?
9. ¿Conoces o has oído hablar de la operación masculina o vasectomía?
10. ¿Conoces o has oído hablar de las pastillas anticonceptivas de emergencia?

Dentro de las preguntas que se relacionadas con el conociendo real de métodos anticonceptivos se encuentran:

1. ¿Cómo se usa el condón masculino?
2. ¿Cómo se usan los óvulos, jaleas, espermicidas o diafragmas anticonceptivos?
3. ¿Qué se debe tomar en cuenta para llevar a cabo el método del ritmo?
4. ¿En qué consiste el retiro o coito interrumpido?
5. ¿Cuándo se toman las pastillas anticonceptivas?
6. ¿Cuándo se usan las inyecciones anticonceptivas?
7. ¿Quién debe colocar el DIU o dispositivo intrauterino?
8. ¿En qué consiste la anticoncepción de emergencia?

Como se puede observar las preguntas de conocimiento general de métodos anticonceptivos están orientados exclusivamente a saber si los adolescentes conocen o no los distintos métodos, las respuestas a estas preguntas correspondían a 1. Si, 2. No. Por lo cual se recodificaron cada una de las preguntas quedando 0. No, 1. Si. En base a ello se realizo una sumatoria de cada uno de los ítems en una variable nueva, nombrada conocimiento general de métodos anticonceptivos, quedando de la siguiente manera:

0. No conoce ningún método anticonceptivo
1. Conoce un método anticonceptivo
2. Conoce dos métodos anticonceptivos
3. Conoce tres métodos anticonceptivos
4. Conoce cuatro métodos anticonceptivos
5. Conoce cinco métodos anticonceptivos

6. Conoce seis métodos anticonceptivos
7. Conoce siete métodos anticonceptivos
8. Conoce ocho métodos anticonceptivos
9. Conoce nueve métodos anticonceptivos
10. Conoce diez métodos anticonceptivos

Para la construcción de la variable de conocimiento real de métodos anticonceptivos se recodifico cada una de las preguntas antes mencionadas. Dichas preguntas contaban con cuatro o cinco respuestas posibles, siendo solo una la respuesta correcta, como por ejemplo:

¿Qué se debe tomar en cuenta para llevar a cabo el método del ritmo?

1. La edad de la mujer
2. La fecha posible de ovulación
3. El número de hijos de la mujer
4. No se

La recodificación consistió en 0. No conoce y 1. Si conoce, en el ejemplo anterior las respuestas 1, 3 y 4 corresponderían a 0, es decir no conocen, mientras que la respuesta 2 correspondería a si conoce, es decir 1. Esta forma de recodificación se realizó en cada una de los ítems relacionados con el conocimiento real. En base a ello se realizó una sumatoria de cada uno de los ítems en una variable nueva, nombrada conocimiento real de métodos anticonceptivos, quedando de la siguiente manera:

0. No conoce ningún método anticonceptivo realmente
1. Conoce un método anticonceptivo realmente
2. Conoce dos métodos anticonceptivos realmente
3. Conoce tres métodos anticonceptivos realmente
4. Conoce cuatro métodos anticonceptivos realmente
5. Conoce cinco métodos anticonceptivos realmente
6. Conoce seis métodos anticonceptivos realmente
7. Conoce siete métodos anticonceptivos realmente
8. Conoce ocho métodos anticonceptivos realmente

Para la variable independiente de Marginación se tomo el concepto brindado por el CONAPO, pues ésta se concibe como un problema de la sociedad, en donde no están presentes ciertas oportunidades para el desarrollo, ni las capacidades para adquirirlas y las familias y comunidades que viven en estas situación se encuentran expuestas a ciertos riesgos y vulnerabilidad que impide alcanzar determinadas condiciones de vida (CONAPO, 2010c). Una vez establecida la definición de marginación se pasó a revisar los niveles de marginación que tiene el Estado de Nuevo León, los cuales se dividieron en muy



alto, alto, medio, bajo y muy bajo. Colocando dentro de alguna categoría a los 51 municipios que conforman el Estado, los cuales se dividen de la siguiente manera.

**Tabla 1**  
**Municipios del Estado de Nuevo León y su nivel de marginación**

Nivel de marginación	Número de municipios	Municipios
Muy alto	0	
Alto	1	Gral. Zaragoza
Medio	6	Rayones, Iturbide, Galeana, Arambarri, Dr. Coss, Gral. Arroyo, Mier y Noriega
Bajo	20	Anáhuac, Agualeguas, Vallecillo, Parrás, Gral. Treviño, Melchor Ocampo, Los Aldama, Los Herrera, Dr. Coss, Gral. Bravo, Gral. Terán, Los Ramones, Dr. González, Marín, Higuera, Salinas Victoria, Villaldama, Bustamante, Mina, Abasolo
Muy Bajo	24	Lampazos de Naranjo, Sabinas Hidalgo, Cerralvo, China, Linares, Hualahuises, Montemorelos, Allende, Cadereyta Jiménez, Pesquería, Juárez, Santiago, Monterrey, Guadalupe, Gral. Escobedo, Santa Catarina, Apodaca, Gral. Zuazua, Ciénaga de Flores, San Nicolás de los Garza, Carmen, Hidalgo, García, San Pedro,

Fuente: Elaboración propia en base al CONAPO, 2011b.

### 3.1.6 Regresión logística

Dentro de los resultados se incluyó una regresión logística para Conocer si algunos factores sociodemográficos influyen en el conocimiento de los métodos anticonceptivos. Pues las regresiones logísticas son utilizadas para predecir la probabilidad que tiene una persona o fenómeno de caer en alguna categoría, las regresiones logísticas son utilizadas con mayor frecuencia en variables nominales dicotómicas, pues trabajan con logaritmos de probabilidad que posee un fenómeno o persona de un grupo de estudio de colocarse en una u otras de las categorías de la variable nominal dicotómica (Briones, 2012).

Para realizar la regresión logística sobre conocimiento de métodos anticonceptivos en los adolescentes escolarizados en secundarias y preparatorias del Estado de Nuevo León, se usaron las 10 variables correspondientes al conocimiento general de métodos anticonceptivos (véase apartado 3.1.5), transformando estas variables en una nueva denominada “conocimiento general de métodos anticonceptivos por rangos” con los siguientes valores: 1. Conocimiento nulo o muy bajo (de 0 a 3 métodos anticonceptivos), 2. Conocimiento medio (de 4 a 6 métodos anticonceptivos) y 3. Conocimiento Alto (de 7 a 10 anticonceptivos). Ya que se tenía la variable de conocimiento por rangos se recodificó en una nueva variable para que fuera dicotómica, siendo los valores de 0. Conoce poco y 1. Conoce mucho.

Para las variables independientes se tomaron 4 variables, siendo estas el nivel de marginación de muy bajo, bajo y medio (tomando como referencia el nivel muy bajo), nivel de escolaridad de secundaria y preparatoria (tomando como referencia la secundaria), sexo del entrevistado (tomando como referencia a los hombres) y edad (años cumplidos) siendo

esta variable de tipo continua. Una vez determinadas la variable dependiente e independiente se dio paso a la regresión logística.

### **3.1.7 Técnicas para el análisis de datos**

Para el análisis de los datos de esta investigación se hará uso del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22, partiendo inicialmente de estadística descriptiva, como lo son las medias de tendencia central y posteriormente se hará uso del modelo de regresión logística binaria. Este tipo de regresión se utiliza para explicar y predecir una variable categórica binaria en función de distintas variables independientes las cuales pueden ser cuantitativas o cualitativas (De la Fuente, 2011).

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Contexto de Nuevo León

Antes de comenzar con el presente capítulo es conveniente contextualizar primeramente el lugar donde se desenvuelven la población de estudio, con la finalidad de lograr una mejor comprensión de los resultados. El Estado de Nuevo León cuenta con una extensión territorial de 64,156 kilómetros cuadrados, es considerado uno de los Estados más importantes del país pues alberga la tercera ciudad más grande de México (Monterrey), así mismo es conocido como el Estado más industrial del país, lo cual ha generado que sea uno de los mayores receptor de inmigrantes nacionales (GOBNL, 2014).

El municipio de Monterrey (capital del Estado) es uno de los más poblados a nivel nacional con 1,135,550 de los 4,653,458 habitantes que tenía el Estado durante el 2010; así mismo tiene un proporción importante de adolescentes pues en este mismo año se contabilizaron 821,788 habitantes que tuvieran entre 10 y 19 años de edad (INEGI, 2010b; INEGI, 2010c).

En materia de salud reproductiva el Estado cuenta con cifras menores a las marcadas a nivel nacional, ejemplo de esto es la tasa global de fecundidad<sup>5</sup> pues en 2010 Nuevo León tenía una tasa de 2.08 hijos nacidos vivos mientras que a nivel nacional era de 2.2 hijos nacidos vivos; este mismo patrón se puede observar en la tasa específica de fecundidad adolescente<sup>6</sup> la cual era de 63.8 y 69.5 respectivamente (INEGI, 2010a).

Los datos antes mencionados brindan un breve panorama de cómo esta constituido el Estado de Nuevos León a nivel territorial y de población, sí mismo se puede observar que en materia de salud reproductiva las cifras emitidas se encuentran por debajo a las de nivel nacional.

---

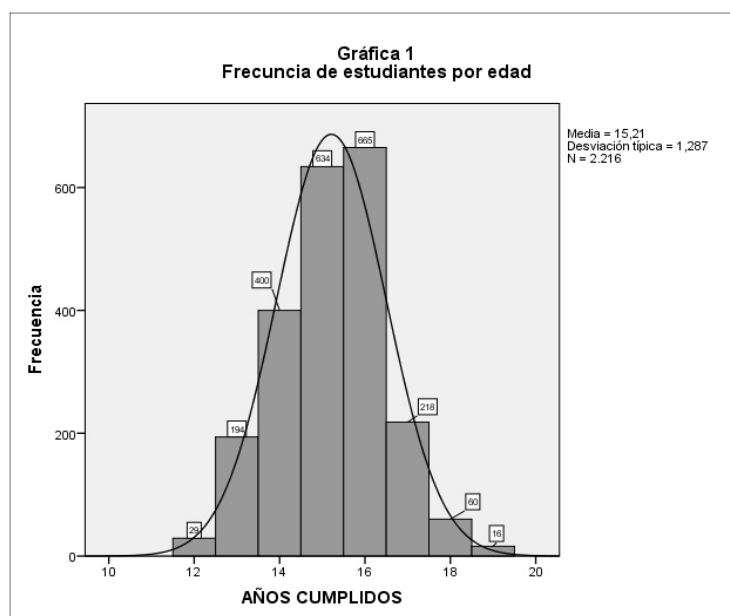
<sup>5</sup> La Tasa Global de Fecundidad (TGF) es una medida resumen que indica el promedio de hijos nacidos vivos que tendría una mujer durante su vida reproductiva (INEGI, 2006).

<sup>6</sup> La Tasa Específica adolescente (TEF) es el número de nacimientos que ocurren dentro de un determinado año o periodo de referencia por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva clasificadas en grupos de edad simple o quinquenales (CONAPO, 2011).

## 4.2 Características Generales

### 4.2.1 Datos generales

La muestra fue representativa del Estado de Nuevo León y estuvo conformada por 2216 adolescentes de ambos sexos, los cuales provenían de 24 secundarias y 22 preparatorias es decir 46 escuelas públicas. Las edades de los entrevistados oscilaban entre los 12 y 19 años de edad, en la gráfica 1 se puede observar que la mayor proporción de adolescentes tenían entre 15 y 16 años (58.6 por ciento), seguido por los 13 y 14 años (26.9 por ciento), mientras que los proporciones menores se encuentra en los extremos es decir 12 y 19 años.



Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013.

**Cuadro 1**  
**Frecuencia y porcentajes por grupos de edad**  
**(N=2216)**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12-14	623	28.1
15-16	1299	58.6
17-19	294	13.3
Total	2216	100

Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013.

Para este estudio se optó por agrupar las edades de la siguiente manera: 12 a 14 años, 15 a 16 años y 17 a 19 años, con la finalidad de equiparar los resultados con la literatura existente sobre el tema, la cual en su mayoría hace uso de los datos a partir de las

agrupaciones de edades. En el cuadro 1 se exponen las agrupaciones de edad antes mencionadas, así como las frecuencias y porcentajes de éstas.

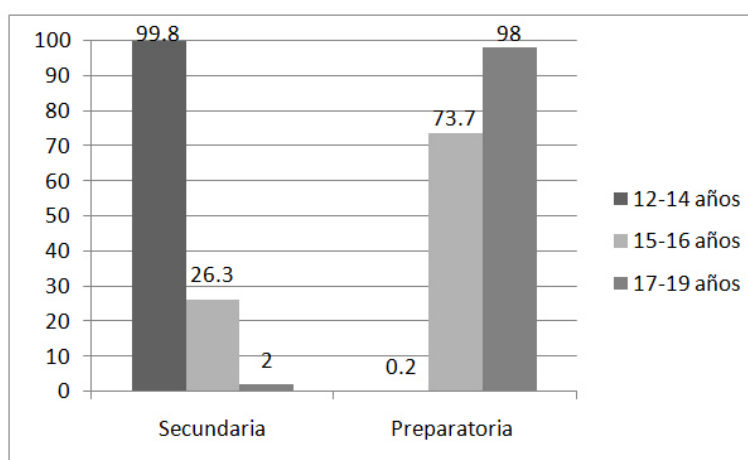
**Cuadro 2**  
**Distribución porcentual de los estudiantes por**  
**sexo y grupo de edad**  
**(N=2216)**

Sexo	Grupos de edad			
	12-14	15-16	17-19	Total
Hombre	50.1	52.7	61.9	53.2
Mujer	49.1	47.3	38.1	46.8
Total	28.1	58.6	13.3	100

Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

Al observar la diferencia porcentual a partir del sexo del entrevistado (véase cuadro 2) se halló que las proporciones son casi equiparables en hombres y mujeres, encontrándose un leve aumento en los varones (53.2 por ciento) en comparación con las mujeres (46.8 por ciento), lo cual hace una diferencia de 6.4 por ciento. Este mismo patrón es repetitivo en los distintos grupos de edad, sin embargo es el grupo de 17 a 19 años donde se observa una diferencia mayor a partir de esta característica, pues los varones representan el 61.9 por ciento y las mujeres el 38.1 por ciento, la cual hace una diferencia de 23.8 por ciento.

**Gráfica 2**  
**Distribución porcentual de los estudiantes por nivel actual de estudios y grupos de edad**  
**(N=2216)**



Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013.

Otra de las características importantes a mencionar es el nivel de escolaridad de los estudiantes (véase grafica 2) dicho nivel se encontraba en relación con la edad de los entrevistados, pues los adolescentes de 12 a 14 años en su mayoría se encontraban cursando

la secundaria (99.8 por ciento) y los de 15 a 16 años y 17 a 19 años en su mayoría cursando la preparatoria, lo cual correspondía a un 73.7 por ciento y 98 por ciento respectivamente.

#### 4.2.2 Actividad Laboral

Uno de los aspectos importantes a indagar es el relacionado con la actividad laboral pues expertos en el tema mencionan que dicha actividad representa una fuente de identidad y reconocimiento social, pues el trabajo se convirtió en la condición y en el fundamento del progreso, que incitaba al hombre a la construcción y búsqueda de una autonomía laboral y social; sin embargo la crisis del empleo ha generado que los jóvenes y adolescentes se inserten en el mundo de los adultos por las crisis económicas que viven las sociedades y si bien lo hacen por las cuestiones económicas que se viven día a día, también lo hacen para obtener un prestigio social e individual (Pérez, 2004; Jacob, 1995).

Así mismo es importante mencionar que en la medida en que se reconoce, que el marco económico y social forma parte del desarrollo de los jóvenes y de sus alternativas de vida y que dichos aspectos se encuentran intrínsecamente ligados con su salud reproductiva, es importante tener un acercamiento al contexto laboral en que se desarrollan los jóvenes y adolescentes (De Jesús, 2015).

A nivel nacional este fenómeno ha ido en aumento pues cada vez más son los adolescentes que se suman a la actividad laboral según la UNICEF (2009) en México tres millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad realizan algún trabajo, pues aproximadamente uno de cada tres varones y una de cada ocho chicas se encuentran laborando

**Cuadro 3**  
**Porcentaje de estudiantes que declararon haber realizado un**  
**trabajo remunerado la semana anterior a la encuesta por sexo y**  
**grupo de edad**  
**(N=328)**

Sexo	Grupos de edad			Total
	12-14 años	15-16 años	17-19 años	
Mujeres	8.8	7.7	16.1	8.9
Hombres	17.8	20.8	21.4	20.1

Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013.

Es por esto antes mencionado que dentro de las preguntas realizadas a los estudiantes se les cuestionó si a parte de estudiar habían realizado una actividad laboral por la cual recibieron un pago una semana antes de la aplicación de la encuesta. Siendo 20.1 por ciento de los varones y 8.9 por ciento de las mujeres los que respondió afirmativamente a esta pregunta. Con estos datos se puede observar que una parte importante de los alumnos alternan los estudios con actividades laborales, lo cual se puede ver más acentuado en los varones. También es importante mencionar que a mayor edad es mayor la probabilidad de trabajar.

Estos datos antes brindados se asemejan a los encontrados en la misma encuesta que este estudio, pero realizada en distintos estados de la Republica Mexicana, los cuales corresponden a Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Puebla y San Luis Potosí, cuando se les cuestiono la misma pregunta antes planteada, se encontró que donde un 21.9 por ciento de los varones y un 9.6 por ciento de las mujeres declaran realizar alguna actividad laboral, dichos porcentajes son muy similares a los encontrados en el Estado de Nuevo León (Menkes, Suárez, Núñez y González, 2006).

Así mismo se repite el comportamiento en relación con la edad y la probabilidad de trabajar, pues en el grupo de 13 a 14 años un 18.5 por ciento y 8.3 por ciento de hombres y mujeres respectivamente declararon haber trabajado una semana antes de la encuesta, lo cual aumentó en el grupo de edad de 17 a 19 años con porcentajes de 31 y 14.4 respectivamente (Menkes, Suárez, Núñez y González, 2006).

Una vez identificados los porcentajes de estudiantes que habían realizado alguna actividad remunerada una semana antes de la aplicación de la encuesta se les pregunto la razón por la cual trabajaron, siendo las respuestas posibles las siguientes: ayudar al gasto familiar, cubrir mis gastos, seguir estudiando y alguna otra razón.

**Cuadro 4**  
**Porcentaje de los estudiantes que realizaron un trabajo remunerado la semana anterior a la encuesta por sexo (N= 254)**

Razón por la que trabaja	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Ayudar en el gasto familiar, cubrir gastos personales, seguir estudiando y otra razón.	2.2%	4.3%	2.8%
Ayudar en el gasto familiar, cubrir gastos personales y seguir estudiando.	2.7%	1.4%	2.4%
Ayudar en el gasto familiar y cubrir gastos personales.	0.5%	0.0%	0.4%
Ayudar en el gasto familiar, seguir estudiando y otros.	2.7%	0.0%	2.0%
Ayudar en el gasto familiar y seguir estudiando.	4.3%	8.7%	5.5%
Ayudar en el gasto familiar y otros.	0.5%	0.0%	0.4%
Ayudar en el gasto familiar	17.3%	11.6%	15.7%
Cubrir gastos personales, seguir estudiando y otros.	9.7%	8.7%	9.4%
Cubrir gastos personales y seguir estudiando.	9.2%	4.3%	7.9%
Cubrir gastos personales y otros.	3.8%	0.0%	2.8%
Cubrir gastos personales.	0.5%	4.3%	1.6%
Seguir estudiando y Otros.	10.3%	11.6%	10.6%
Seguir estudiando.	32.4%	46.2%	35%
Otro	2.2%	2.9%	2.4%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013.

La principal respuesta fue para seguir estudiando tanto en mujeres como en varones con porcentajes de 32.4 por ciento y 46.2 por ciento respectivamente, seguido de ayudar con el

gasto familiar con 17.3 por ciento en mujeres y 11.6 por ciento en varones. Es importante resaltar que un porcentaje pequeño (1.6 por ciento) trabajaba únicamente para cubrir sus gastos personales. Las dos razones principales por las que trabajan los entrevistados, son justamente las principales razones por las que trabajan los niños y adolescentes a nivel nacional, pues un 27.1 por ciento lo hace para ayudar con el gasto del hogar y un 25.7 para seguir estudiando (INEGI, 2010 e).

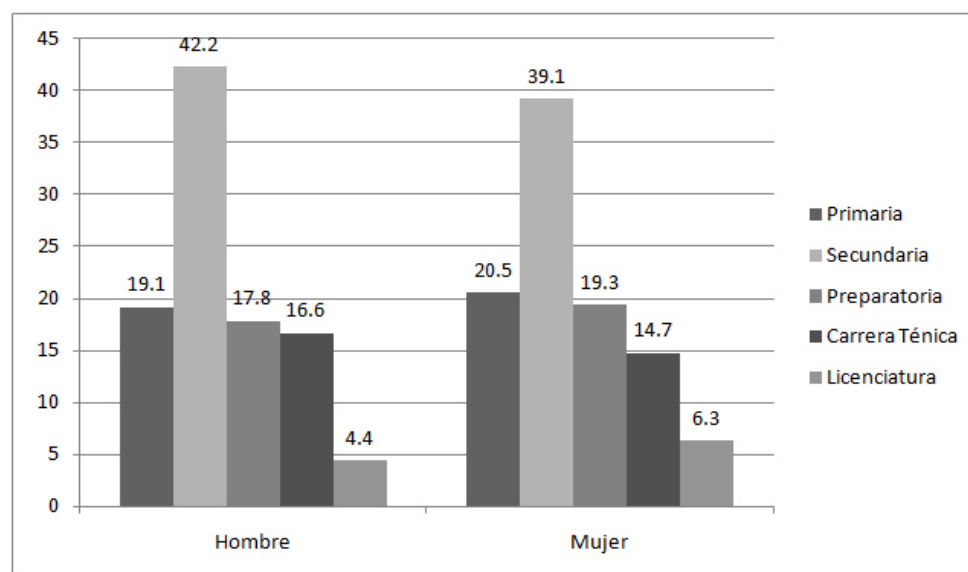
#### 4.2.3 Escolaridad máxima de los padres

Diversos estudios sociodemográficos han mostrado que existe una relación muy estrecha entre los niveles de escolaridad y las conductas sexuales y reproductivas; ejemplo de esto son las altas tasas de fecundidad adolescente, donde los embarazos ocurren con frecuencia en las mujeres que viven en condiciones sociales y económicas más desfavorables. (Menkes y Suarez, 2003; Menkes, Suarez, Nuñez y González, 2006). Así mismo los niveles de escolaridad de los padres es un factor que influye de forma directa en el grado escolar que alcanzaran sus hijos (Coleman et al, 2011).

Por lo tanto el grado de escolaridad que alcancen los adolescentes se encuentra relacionado con el nivel escolar que tengan los padres y en consecuencia en las conductas sexuales y reproductivas que los adolescentes tengan; pues como la literatura lo marca la escolaridad es un factor que influye en las conductas que tendrán los adolescentes, como lo puede ser el rezago educativo o la falta de educación el cual se relaciona con los embarazos a temprana edad (Chávez, 2010). Por lo antes mencionado es importante el indagar sobre la escolaridad que tienen los padres de los adolescentes escolarizados entrevistados.

**Gráfica 3**

**Nivel de estudios de la madre según sexo del entrevistado (N= 1677)**

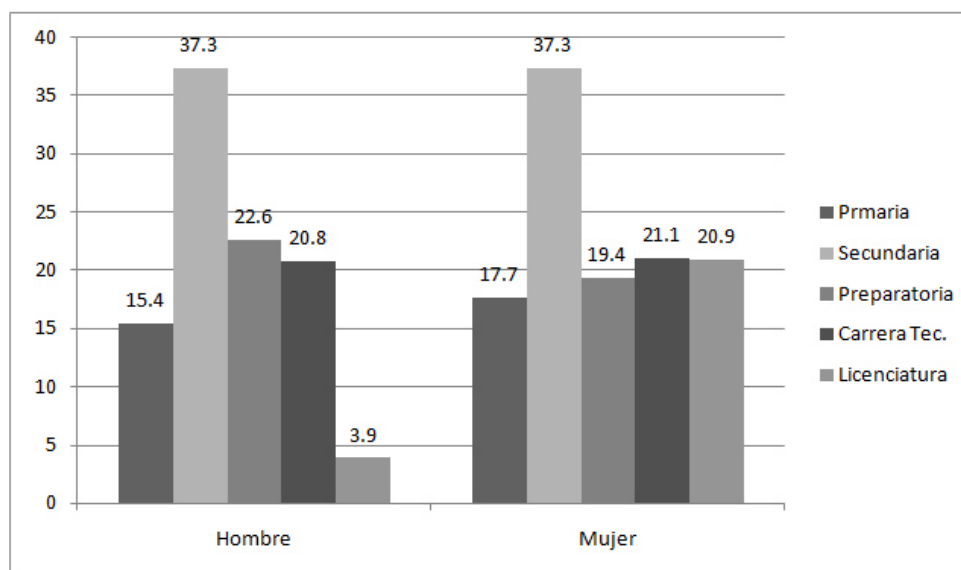




Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013.

**Gráfica 4**

**Nivel de estudios del padre según el sexo del entrevistado (N= 1590)**



Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013.

En las gráficas 3 y 4 se puede observar que el mayor porcentaje del nivel de escolaridad alcanzado por ambos padres tanto en hombres como en mujeres fue el nivel de secundaria, seguido por la preparatoria y carrera técnica. Sin embargo existe una diferencia importante en la escolaridad alcanzada por el padre a nivel de licenciatura, pues las adolescentes mencionaron que un 20.9 por ciento de sus padres habían alcanzado el nivel de licenciatura en comparación con el 3.9 por ciento de los varones, lo cual hace una diferencia porcentual de 17 puntos. Así mismo es importante mencionar que las adolescentes reportan mayor porcentaje de estudios tanto en madres como en padres en los distintos niveles académicos en comparación con los adolescentes.

#### 4.2.4 Familia y Hogar

La familia es la primera red en la que sociabilizan o desenvuelven los individuos, es aquí donde se crean y se formalizan los lazos más importantes de las personas, por lo tanto es la familia la que determinará como serán sus miembros, que comportamientos tendrán e incluso delimitará la forma en cómo pensarán. A esto se le conoce como sociabilización primaria, donde se define la identidad del individuo, pues en ella se aprenden los roles y actitudes que se tendrán en el transcurso de su vida. Berger y Luckmann indican que: “La socialización primaria crea en la conciencia del niño los roles y actitudes...los cuales se implanta en la conciencia con mucha firmeza” (Berger y Luckmann, 2008, p. 166).

Es por lo antes mencionado que la familia juega un papel primordial en las actitudes y comportamiento de los adolescentes, los cuales van a estar determinados en gran medida por el tipo de relación que han establecido con el resto de su núcleo familiar, pues es en

ésta donde los adolescentes desarrollan conocimientos, habilidades, capacidades y comportamientos que tendrán el resto de su vida (Domínguez, 2011).

Dado que la familia juega un rol importante en los adolescentes se considera importante el incluir en el análisis de los datos la parte familiar de los adolescentes entrevistados, así mismo el saber sobre el hogar de los mismos, esto con el fin de saber con quién viven, cuántos miembros hay en su hogar, si los hogares se componen por familias nucleares, extensas o de otros miembros.

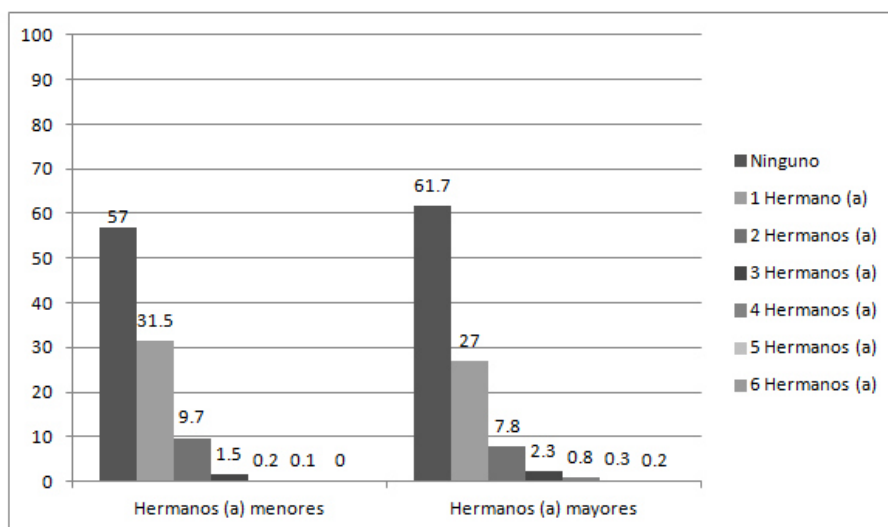
**Cuadro 5**  
**Porcentaje de padres con vida según sexo del**  
**padre**  
**(N= 2216)**

Padres	Si	No	No se	Total
Vive tu mamá	98.5	1.4	0.1	100
Vive tu papa	93.4	4.3	2.3	100

Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013.

En el cuadro 5 los estudiantes entrevistados declararon que un porcentaje elevado de ambos padres aun viven, es decir un 93.4 de padres y 98.5 por ciento de madres, siendo la diferencia de 5.1 por ciento mayor el porcentaje de madres con vida en comparación con los padres. Así mismo es importante destacar que un 2.3 por ciento de los estudiantes entrevistados no saben si su padre se encuentra con vida.

**Gráfica 5**  
**Porcentaje de hermanos (a) menores (N= 2202) y hermanos (a) mayores**  
**(N= 2206)**



Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013.

En la gráfica 5 se puede observar que más de la mitad de los estudiantes entrevistados no tenían hermanos, pues un 57 por ciento no contaba con hermanos menores y 67 por ciento no tenía hermanos mayores. Los adolescentes que declararon tener hermanos en su mayoría se concentraban en un hermano ya sea menor o mayor, es decir 31.5 por ciento y 27 por ciento respectivamente, seguido de 2 hermanos ya sean menores o mayores, 9.7 y 7.8 por ciento respectivamente. Un porcentaje mínimo declaró tener más de 4 hermanos.

Los datos antes mencionados se encuentran estrechamente vinculados con los datos brindados por el INEGI en el trabajo titulado “estadísticas a propósito del día de la familia mexicana” en el 2007, donde se declaró que las familias mexicanas están compuestas por 4 integrantes, donde el promedio de hijos es de 2 (INEGI, 2007).

Una vez analizado la composición nuclear<sup>7</sup> de la familia de los estudiantes entrevistados, se puede decir que la mayoría de los entrevistados tenía tanto a su padre como a su madre con vida, también se puede decir que la mayoría de los entrevistados que mencionaron tener hermanos, en su mayoría era de uno a dos hermanos. Una vez expuesto la composición de la familia nuclear de los estudiantes, se pasara a examinar el hogar<sup>8</sup> de los mismos, esto con la finalidad de saber con cuantas personas viven los estudiantes.

**Cuadro 6**  
**Porcentaje de personas en el hogar**  
**(N= 2215)**

Nº de personas	Porcentaje
1 a 2 personas	2.1
3 a 4 personas	36.8
5 a 6 personas	46.9
7 a 8 personas	9.9
9 a 10 personas	2.7
11 o más personas	1.6
<b>Total</b>	<b>100</b>

Media	5.12
Mediana	5.00
Moda	5

Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

Antes de adentrarnos en los resultados sobre la composición de hogar de los entrevistados, se considero importante mencionar que la composición de de personas en los hogares

<sup>7</sup> Las familias nucleares son aquellas que se encuentran compuestas por papá, mamá y los hijos (INEGI, 2010d).

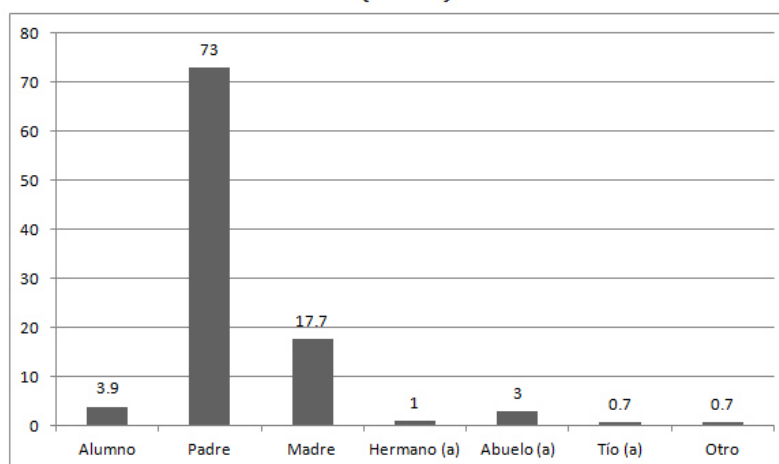
<sup>8</sup> Se tomara por hogar la definición brindada por el INEGI: Hogar es el conjunto de personas que pueden ser o no familiares, que comparten la misma vivienda y se sostienen de un gasto común. Una persona que vive sola también constituye un hogar (INEGI, 2010d).

mexicanos ha ido disminuyendo con el paso del tiempo, pues en 1990 era de 4.5 personas, pasando a 4.3 para el 2000 y disminuyéndose a 4 en el 2010 (SEGOB, 2012).

Sin embargo a pesar de los datos antes brindados los adolescentes entrevistados declararon que la mayoría de sus hogares se componía de 5 miembros, es decir un persona más en comparación con el nivel nacional, pues la media era de 5.12 y la moda de 5. Estos datos se pueden comprobar con el porcentaje mayor de miembros, el cual corresponde a 5 a 6 miembros por hogar, es decir el 46.9 por ciento.

Una vez expuesto la cantidad de miembros con los que se componen los hogares de los estudiantes entrevistados, se paso a preguntarle quien tomaba las decisiones más importantes, por lo cual se les pregunto quien toma las decisiones más importantes en el hogar. Puesto que la persona que toma dichas decisiones juega un rol fundamental en el hogar.

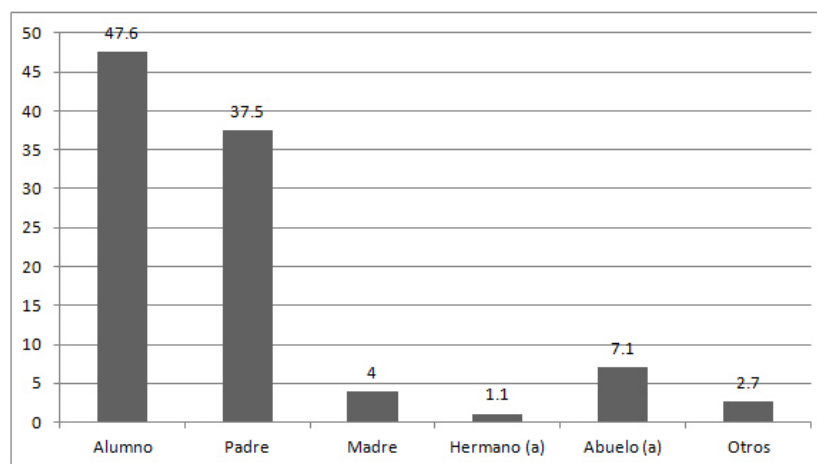
**Gráfica 6**  
**Distribución porcentual de quien toma las decisiones más importantes que**  
**afectan a la familia**  
**(N=2206)**



Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

Los estudiantes entrevistados en su mayoría declararon que es el padre el que toma la decisión más importante en el hogar con un 73 por ciento, estando en segundo lugar la madre con un 17.7 por ciento, en tercer lugar se encuentran ellos con un 3.9 por ciento. Sin embargo estos datos no concuerdan con los resultados arrojados cuando se les cuestiono quien era el jefe del hogar (véase gráfica 7), pues un porcentaje elevado (47.6 por ciento) de los alumnos declaro que ellos eran los jefes del hogar, seguido del padre (37.5 por ciento), después las madre (4 por ciento), por último un 10.9 por ciento corresponde a otros, ya sean abuelos, tíos, hermanos etc.

**Gráfica 7**  
**Distribución porcentual de quien es el jefe del hogar según los estudiantes**  
**(N=2114)**



Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

Dichos resultados no son equiparables con los datos brindados a nivel nacional por el INEGI pues esta institución reporto que un 77.7 por ciento de los hogares son dirigidos por hombres en s mayoría padres de familia y un 22.3 por ciento por mujeres madres de familia; a nivel Estatal un 81 por ciento de los hogares en Nuevo León cuentan con jefatura masculina y 19 por ciento con femenina (INEGI, 2014b; INEGI, 2010d). Comparando estos resultados con los arrojados por la encuesta aplicada, no hay relación entre ellos, siendo posible que la pregunta fuera mal interpretada por los entrevistados.

En relación con la jefatura del hogar también se les pregunto a los estudiantes a quien le correspondía los gastos económicos del hogar, pues diversos estudios señalan que el jefe del hogar representa una figura importante para la familia, pues éste suele identificarse como el líder y/o proveedor económico del hogar. En relación con esto se encontró similitud entre el proveedor económico y quien toma las decisiones más importantes en la familia, pues el mayor porcentaje lo tiene el padre con un 80.6 por ciento, seguido del 13.9 por ciento por la madre y un 2 por ciento por el alumno, por último un 3.5 le correspondía a otros miembros del hogar.

Una vez analizado las características generales de los adolescentes entrevistados, esto con el fin de contextualizar el entorno donde se desamueblen los estudiantes, saber por quienes se conformaba la muestra, así como con quien viven, su composición familiar entre otras características más. Una vez hecho esto se pasará de lleno a los temas de salud sexual y reproductiva adolescente, comenzando con la educación sexual en la escuela.

### **4.3 Educación sexual en la escuela**

Este apartado es de suma importancia puesto que la educación sexual es un elemento fundamental para que los individuos puedan ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos de la forma adecuada y así poder evitar las distintas problemáticas relacionadas con la

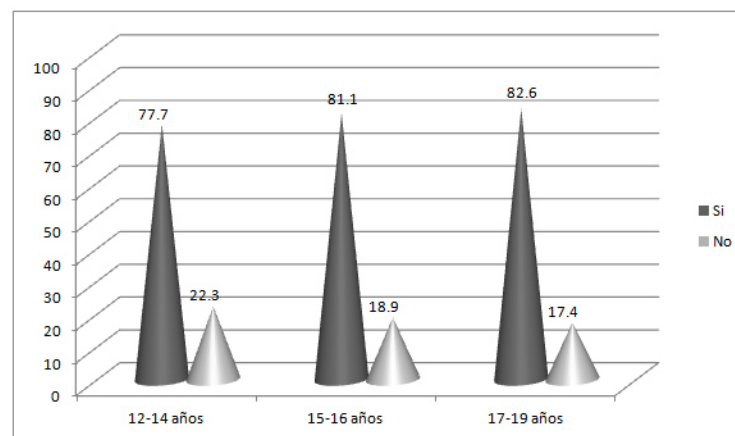
sexual, como lo pueden ser, el embarazo no deseado o planeado, abortos, infecciones de transmisión sexual entre otras.

Pues los altos índices de las consecuencias mencionadas anteriormente, han hecho que los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva sean prioritarios a atender, tanto en las agendas internacionales, como en las nacionales. Ejemplo de esto fue la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo efectuada en El Cairo en 1994, donde se definió que todos los individuos pueden acceder a la información relacionada con la sexualidad, esto con la finalidad de que todos gocen de una vida sexual satisfactoria y así decidir cuándo y con quien tener hijos (ONU, 1994).

A nivel nacional la Cámara de Diputados en el reporte “Embarazo Adolescente”, se argumentó que la adolescencia es una etapa muy compleja por transitar, debido a todos los cambios que éstos atraviesan; entre dichos cambios se encuentra el despertar sexual, por lo cual es en esta etapa donde se deben de impartir clases de educación sexual en las escuelas, con el fin de evitar prácticas sexuales de riesgo, las cuales pueden traer consigo diversas consecuencias (Gamboa, 2013).

Lo antes mencionado hace alusión a que todos incluidos los adolescentes, tienen derecho de acceder a la educación sexual, así como a el acceso a los diversos métodos de anticoncepción, con la finalidad de evitar las diversas consecuencias relacionadas con las prácticas sexuales de riesgo; es por esto que se les cuestionó a los adolescentes entrevistados, si habían recibido en la escuela clases de educación sexual de manera formal (véase gráfica 8).

**Gráfica 8**  
**Porcentajes de estudiantes que mencionaron haber recibido alguna clase de educación sexual por grupos de edad (N=2214)**



Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

Se puede observar que un porcentaje elevado de los entrevistados de todas las edades mencionaron haber recibido alguna clase de educación sexual en la escuela. Así mismo es importante mencionar que conforme aumenta la edad y por consecuencia el grado escolar, es mayor la probabilidad de recibir clases de educación sexual, pues son los estudiantes en el grupo de edad de 17 a 19 años reportaron mayor porcentaje en relación con esta

pregunta, seguido por los de 15 a 16 años y por último los de 12 a 14 años. Este mismo patrón se repite en relación con el porcentaje de estudiantes que no recibieron alguna clase de educación sexual, siendo mayor (22.3) en este último grupo de edad antes mencionado y menor (17.4) en el grupo de 17 a 19 años.

Dichos resultados podrían estar relacionados con el plan de estudios de la Secretaría de Educación Pública 2011, donde se marca que en primer grado se secundaria se ven los temas relacionados con la biología del cuerpo, en segundo y tercer año se ven los temas relacionados con los métodos anticonceptivos y las infecciones de transmisión sexual respectivamente (SEP, 2011).

Pues el fin de incorporar estos temas es que a partir de la reflexión informada, los adolescentes puedan encontrar respuestas sus principales preocupaciones y así consolidar el fortalecimiento de la autoestima, la responsabilidad, el respeto a sí mismos, a los demás y hacia la sociedad; sin embargo esto no siempre es llevado a cabo, pues las clases de sexualidad en la escuela suelen ser temas de mucha controversia, por lo cual en muchas ocasiones la decisión de los docentes es pasar dichos temas dichos temas (Sánchez, 2008; Rodríguez, 1997).

**Cuadro 7**  
**Porcentaje de estudiantes que declararon haber tenido alguna clase, curso o platica de educación sexual en la escuela según persona que dio la información por grupos de edad (N=1768)**

Persona	Grupos de edad			Total
	12-14 años	15-16 años	17-19 años	
Maestro	68.6	46.1	44.2	51.9
Médico	6.1	13.3	17.8	12
Orientador o Psicólogo	12.4	23.5	24	20.6
Trabajador Social	7.8	9.0	6.2	8.3
Enfermera	2.9	6.2	4.5	5.1
Otro	2.3	1.8	3.3	2.1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

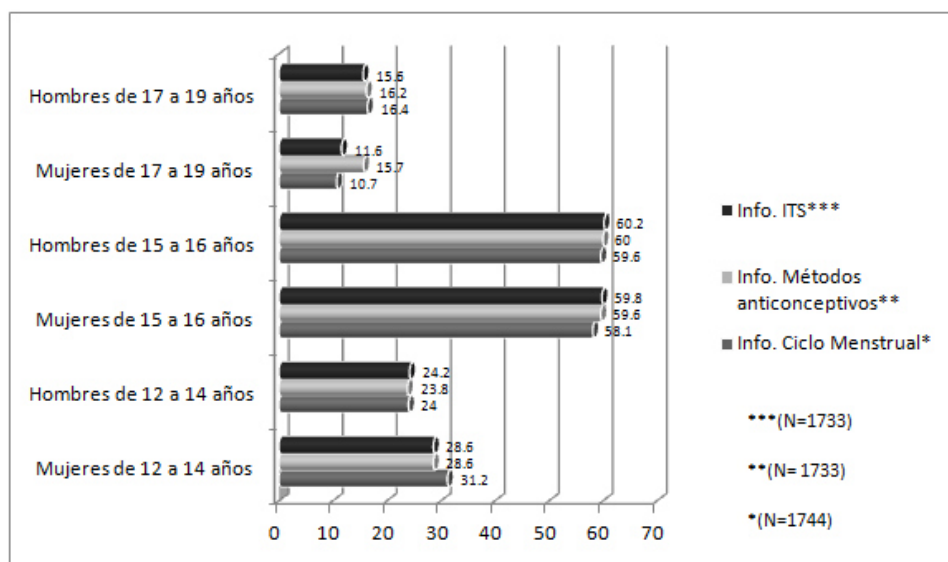
Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

En relación con lo anterior se les cuestiono a los entrevistados, quien les había brindado la clase de educación sexual, en la principalmente fueron impartidas por el docente con 51.9 por ciento, es decir 5 de cada diez alumnos recibieron de su maestro información sobre sexualidad, seguido del orientador o psicólogo con 20.6 por ciento, posteriormente se encontraba los médicos con 12 por ciento, continuando con el trabajador social, el cual ocupaba el cuarto lugar con 8.3 por ciento y por último se encontraban las enfermeras y otro tipo de profesionistas con 7.2 por ciento (cuadro 7).



Gráfica 9

**Porcentajes de estudiantes que recibieron información en la escuela sobre el ciclo menstrual, métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual por sexo y grupos de edad**



Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013.

Una vez establecido quien les impartía las clases de educación sexual se les pregunto si habían recibido información sobre el ciclo menstrual, métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual. De los alumnos que contestaron afirmativamente a la pregunta antes expuesta, el grupo de edad de 15 a 16 años en ambos sexos y en los tres rubros antes mencionados, son los que reportaron los mayores porcentajes, estando el grupo de edad de 17 a 19 los porcentajes más bajos, en los tres rubro; sin embargo es importante resaltar que son justamente las mujeres en este grupo las que reportan los porcentajes más bajos, siendo el ciclo menstrual el más bajo de los tres (10.7 por ciento), seguido de las ITS (11.6 por ciento) y por último los métodos anticonceptivos (15.7 por ciento).

Los resultados antes mencionados brindan un panorama sobre cómo se encuentra el conocimiento de estos temas, los cuales son de suma importancia dentro de la salud sexual y reproductiva. Pues el estar informado del ciclo menstrual, métodos anticonceptivos y las infecciones de transmisión sexual, es fundamental tanto en hombres como en mujeres, para así ejercer una sexualidad de manera adecuada e informada.

Debido a que la información es un elemento fundamental en el adecuado ejercicio sexual de todos los individuos, destacándose los adolescentes, por todos los cambios que pasan. En relación con esto se les pregunto a qué edad creen conveniente que se deben de dar las clases de educación sexual (Véase cuadro 8), resultado los primeros cuatro primeros lugares durante la etapa de la adolescencia, siendo primero 12 años, 13, 10 y 15 años, con porcentajes de 31.6, 14.7, 12.7 y 10.3 respectivamente.

Es decir lo adolescentes creen importante que sea justamente en esta etapa de la vida cuando se comiencen a impartir las clases de educación sexual, lo cual está en concordancia con lo que piensan los expertos, pues ellos creen que la educación sexual formal se debe



impartir durante este estadio de la vida, pues es en él, cuando se experimenta cambios emocionales y sociales, así como el despertar sexual. Sin embargo esta educación sexual es solo la continuación de la adquirida en el hogar durante los años de infancia, pues se debe de tener presente que los niños y niñas no son seres asexuados y ellos mostraran curiosidad sexual antes de la adolescencia (Hiriart, 20011; Bátiz, 1997).

**Cuadro 8**  
**Edad en que se debe comenzar a enseñar**  
**educación sexual según entrevistados (N=2134)**

Edad	Porcentaje
Menores de 10 años	3.5
10 años	12.7
11 años	7.1
12 años	31.6
13 años	14.7
14 años	6.2
15 años	10.3
16 años	1.4
17 años	0.6
18 años	5.0
19 años	0.5
Mayores de 19 años	6.7
<b>Total</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

#### **4.4 Conocimiento de Métodos Anticonceptivos**

Una vez realizado el análisis de la educación sexual se dará paso a examinar cual es conocimiento que tienen los adolescentes sobre métodos anticonceptivos. Es importante mencionar que se considero pertinente abordar este apartado después de la educación sexual formal, pues se supone que reciben información sobre anticoncepción. Así mismo se importante diferenciar entre el conocimiento general (oír o escuchar hablar) y el conocimiento real (saber cómo se usan) que tienen los adolescentes en relación a los anticonceptivos.

##### **4.4.1 Conocimiento General sobre Métodos anticonceptivos**

Dado que el conocimiento de anticonceptivos es una condicionante para el acceso potencial para las prácticas sexuales seguras, se ha puesto especial atención a los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva adolescente. Pues a lo largo de tres décadas se ha aumentado el conocimiento de anticonceptivos, ejemplo de esto es el incremento que hubo entre 1976 y 2009 en mujeres adolescentes de 15 a 19 que declararon conocer al menos un anticonceptivo, el cual pasó de 79.8 a 97 por ciento respectivamente (CONAPO, 2011; De Jesús, 2014).

Con la finalidad de indagar en el conocimiento de métodos anticonceptivos se les cuestiono a los adolescentes si conocían o habían escuchado hablar sobre los distintos métodos anticonceptivos, respondiendo positivamente un 98.8 por ciento. Es decir casi el 100 por ciento de los estudiantes conocían al menos un anticonceptivo, dichos resultados se

encuentran más elevados a los arrojados por la ENSANUT Nuevo León 2012, donde el resultado en adolescentes de 12 a 19 años en población abierta fue 92.4 por ciento.

Al haber este aumento de conocimiento en anticonceptivo, se considera importante hacer saber cuáles son los métodos que más se conocen. A nivel nacional se conocían mayormente los anticonceptivos de barrera, seguido de los hormonales, quirúrgicos y por último los naturales (INEGI, 2011). En relación con esto se considera importante exponer cuales son los principales métodos que conocen los entrevistados, por lo cual se les cuestiono sobre diez anticonceptivos dividiéndose en hormonales, de barrera, naturales y quirúrgicos (véase tabla 2).

**Tabla 2**  
**Desglose de anticonceptivos**

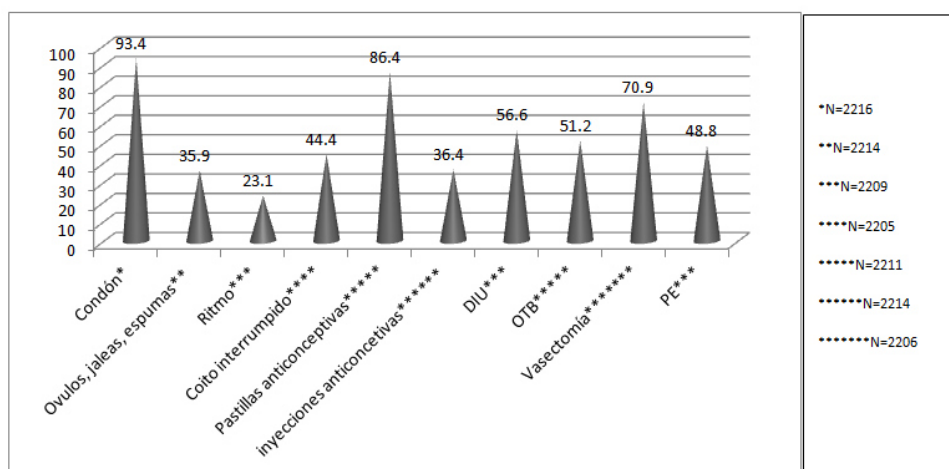
Hormonales	Barrera	Naturales	Quirúrgicos
-Pastillas anticonceptivas -Pastilla de emergencia -Inyecciones anticonceptivas	-Condón masculino -Óvulos, jaleas, espumas, diafragmas Dispositivo intrauterino	-Ritmo -Coito interrumpido	Salpingoclasia (OTB) -Vasectomía

Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes obtenidos en los distintos métodos suelen variar dependiendo del anticonceptivo (véase gráfica 10), los más elevados son el condón masculino, las pastillas anticonceptivas y la vasectomía con 93.4, 86.4 y 70.9 por ciento respectivamente, mientras que los más bajos eran el ritmo, los óvulos-jaleas-espumas-diafragma y las inyecciones anticonceptivas con 23.1, 35.9 y 36.4 por ciento respectivamente. Estos resultados son muy similares a los arrojados por la ENADID 2009 en mujeres adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de edad, pues el condón ocupaba el primer lugar entre los más conocidos, mientras que los espermicidas eran de los menos conocidos.

**Gráfica 10**

**Porcentajes de estudiantes que mencionaron conocer anticonceptivo según método**



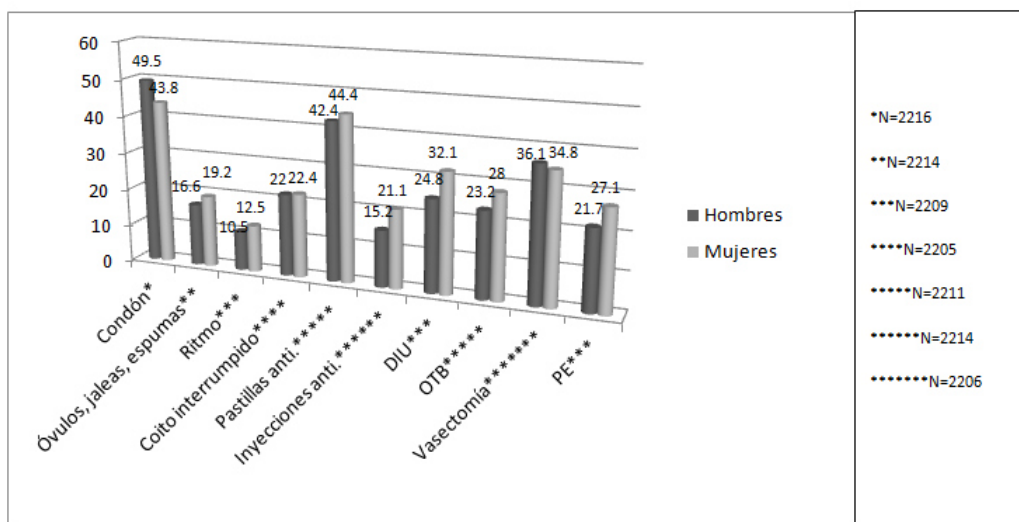
Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

Sin embargo dichos resultados no hacen una diferenciación entre hombres y mujeres, siendo esta de suma importancia. Pues la literatura menciona que la población femenina suele ser la que manifiesta en mayor medida el conocimiento de los anticonceptivos, debido a que los programas de planificación familiar se han focalizado en esta parte de la población. Mientras que en los varones este conocimiento suele ser menor, dado que los temas de planificación familiar han mantenido alejados a ésta población, por lo cual el desarrollo del tema ha sido más lento (Conapo, 2011a).

No obstante diversos artículos académicos y encuestas han evidenciado todo lo contrario, ejemplo de esto son los resultados arrojados en un estudio realizado en adolescentes de secundaria en Guadalajara, donde el 45.7 por ciento de los varones conocían sobre anticonceptivos en comparación mientras que las mujeres conocían un 38.8 por ciento; así mismo la Encuesta Nacional de la Juventud 2000 se reportó que un 81.5 por ciento de los varones conocían anticonceptivos en comparación con un 76 por ciento de las mujeres (INEGI, 2005; Ayala, Vizmanos y Portillo, 2011).

Una vez visto esta diferencia a partir del sexo, se optó por separar a los entrevistados según el sexo, con la finalidad de observar si el conocimiento de los métodos anticonceptivos se concentra mayormente en alguno de ellos. En la gráfica 11 se puede observar que efectivamente existe una diferencia de conocimiento según el sexo del entrevistado, siendo las mujeres las que reportan los mayores porcentajes de conocimiento, pues éstas conocen en mayor medida ocho de los diez anticonceptivos que se preguntaron en la encuesta; mientras que los varones conocen en mayor medida dos anticonceptivos de los diez. Siendo éstos el condón con 49.5 por ciento y la vasectomía con 36.1 por ciento.

**Gráfica 11**  
**Porcentajes de estudiantes por sexo que mencionaron conocer anticonceptivo según método**

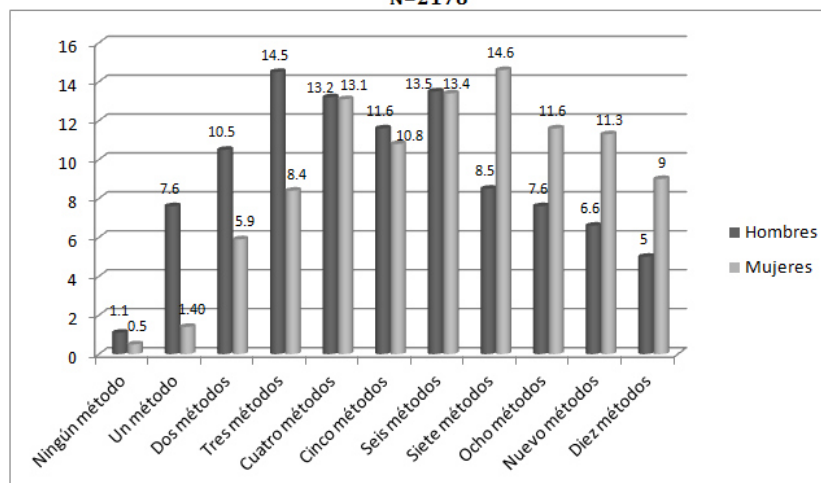


Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

A pesar de que las diferencias no son tan marcadas en la mayoría de los anticonceptivos, los métodos que reportan la mayor diferencia a partir del sexo del entrevistado son, las inyecciones anticonceptivas, el DIU y la pastilla de emergencia, pues éstos cuentan con 5.9, 7.3 y 5.4 puntos porcentuales de diferencia a partir del sexo. Los métodos que suelen conocer mayormente en ambos sexos, son el condón con 93.4 por ciento, las pastillas anticonceptivas con 86.8 por ciento y la vasectomía con 70.9 por ciento. Mientras que los menos conocidos son el ritmo con 23 por ciento, los óvulos-jaleas-espumas-diafragmas con 35.8 por ciento y las inyecciones anticonceptivas con 36.4 por ciento.

Dichos resultados son parecidos a los encontrados en cinco entidades federativas del país donde se aplicó la misma encuesta, donde el condón, las pastillas anticonceptivas y la vasectomía eran los más conocidos y la pastilla de emergencia, el ritmo y el coito interrumpido eran los menos conocidos (Menkes, Suarez, Núñez y González, 2006). En esta última parte se pudo encontrar una diferencia entre dichos resultados y los encontrados en esta investigación, pues la pastilla de emergencia y el coito interrumpido no caen entre los menos conocidos.

**Gráfica 12**  
**Porcentajes de estudiantes por sexo que mencionaron conocer anticonceptivos según**  
**número de métodos**  
**N=2178**



Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

En este mismo sentido se buscó conocer los porcentajes relacionados con la cantidad de métodos anticonceptivos que se conocen (véase gráfica 12), observándose que las mujeres presentan mayores conocimientos en lo que respecta a la cantidad de anticonceptivos, pues un 39.6 por ciento conoce entre siete y ocho métodos anticonceptivos en comparación con el 38.2 por ciento de los varones que conocen entre dos y cuatro métodos. Por lo tanto se puede respaldar lo planteado en alguna literatura donde se marca que las mujeres son las que presentan mayores conocimientos en materia de anticoncepción.

#### 4.4.2 Conocimiento real de métodos anticonceptivos

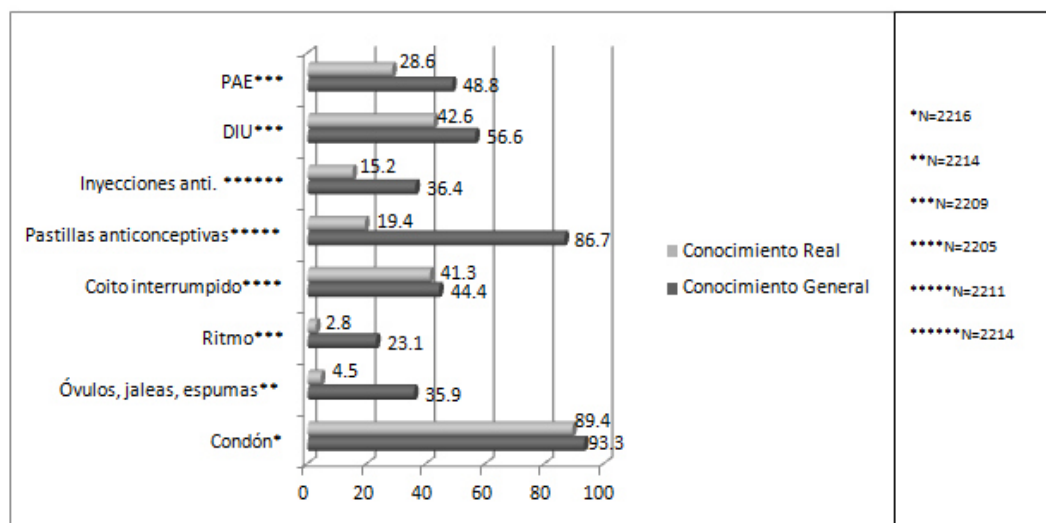
El Consejo Nacional de Población en el 2010 expuso que existe una brecha relacionada con el conocimiento real de anticonceptivos, pues existe una brecha entre los porcentajes de adolescentes que manifiestan conocer al menos un anticonceptivo pero al momento de hacer uso de éstos se prescinde de ellos, pues es distinto escuchar a saberlos usar. En este sentido se indago en el conocimiento real de anticonceptivos que poseen los entrevistados; diseñándose el instrumento con una serie de preguntas relacionadas con el funcionamiento de métodos. Por ejemplo, en el caso de los métodos hormonales:

¿Cuándo se usan las inyecciones anticonceptivas?

- 1) Antes de cada relación sexual
- 2) Cada mes, cada dos meses o cada tres meses (dependiendo de la dosis)
- 3) Cada quince días o cada semana (dependiendo de la dosis)
- 8) No sé

En la pregunta antes expuesta la respuesta correcta corresponde a la opción 2, de esta manera se calculo las respuestas correctas, elaborado a partir de ella el porcentaje real de conocimiento de anticonceptivos de la población de estudio.

**Gráfica 13**  
**Porcentajes de estudiantes según conocimiento de diversos métodos anticonceptivos**



Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

Al observar las diferencias entre el conocimiento general y el conocimiento real (véase grafica 13) se evidencia que un porcentaje elevado de los estudiantes no conoce el funcionamiento de los diversos métodos anticonceptivo. Resultando diferencias porcentuales de 60 por ciento o más, como lo es el caso de las pastillas anticonceptivas, pues los estudiantes reportan conocer (escuchado hablar) un 86.7 por ciento pero solo un 19.4 por ciento sabe realmente como se utilizan, es decir hay una diferencia porcentual de 67.3 puntos. En el caso de los óvulos-jaleas y espermicidas se reporta un conocimiento de 35.9 por ciento pero solo un 4.5 por ciento de los estudiantes conocen realmente como funcionan estos métodos, haciendo una diferencia de 31.4 por ciento; el método del ritmo también representa porcentajes elevados de diferencia entre el conocimiento general y el

real con 23.1 y 2.8 por ciento respectivamente, mientras que en las inyecciones anticonceptivas se reporta este mismo comportamiento, ya que un 36.4 por ciento reporto conocerlas pero únicamente 15.2 por ciento sabe la forma adecuada en cómo funcionan. La pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE) reporta una diferencia cercana al 50 por ciento entre el conocimiento general y el real con valores de 28.6 y 48.8 por ciento respectivamente.

El método más conocido entre los adolescentes es el condón masculino y es éste mismo el que reporta los menores porcentajes de diferencia entre el conocimiento general y el real con 89.4 y 93.3 por ciento respectivamente, seguido por el coito interrumpido con porcentajes muy similares entre el conocimiento general y el real (44.4 y 42.6 por ciento respectivamente) y por último el método del DIU reporta cifras de 56.6 por ciento vs 42.6 por ciento. Estos datos antes expuestos muestran que efectivamente existen diferencias significativas entre el conocer los diversos métodos (ya sea por saber cómo se llaman o por escuchar hablar de ellos) y el verdadero funcionamiento de ellos.

En el cuadro 9 se expone el conociendo real de anticonceptivos por rangos y sexo del entrevistado, donde se observa que las mujeres son las que presentan los mayores porcentajes de conocimiento real con 59.3 por ciento. El rango de conocimiento nulo o bajo, el cual corresponde a conocer de 0 a 2 métodos anticonceptivos reporta los menores porcentajes entre hombres y mujeres con 1.2 y 3.7 por ciento respectivamente. Seguido por el rango medio (de 3 a 5 anticonceptivos) con 16 por ciento en hombres y 22.2 por ciento en mujeres, mientras que el conocimiento alto tiene los más altos porcentajes con 23.5 y 33.3 por ciento.

**Cuadro 9**  
**Porcentaje de conocimiento real de métodos anticonceptivos por**  
**rangos y sexo del entrevistado**  
**N=2216**

<b>Sexo</b>	<b>Conocimiento nulo o bajo (de 0 a 2 MA)</b>	<b>Conocimiento medio (de 3 a 5 MA)</b>	<b>Conocimiento alto (de 6 a 8 MA)</b>	<b>Total</b>
<b>Hombre</b>	1.2	16.0	23.5	40.7
<b>Mujer</b>	3.7	22.2	33.3	59.3
<b>Total</b>	4.9	38.3	56.8	100

Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

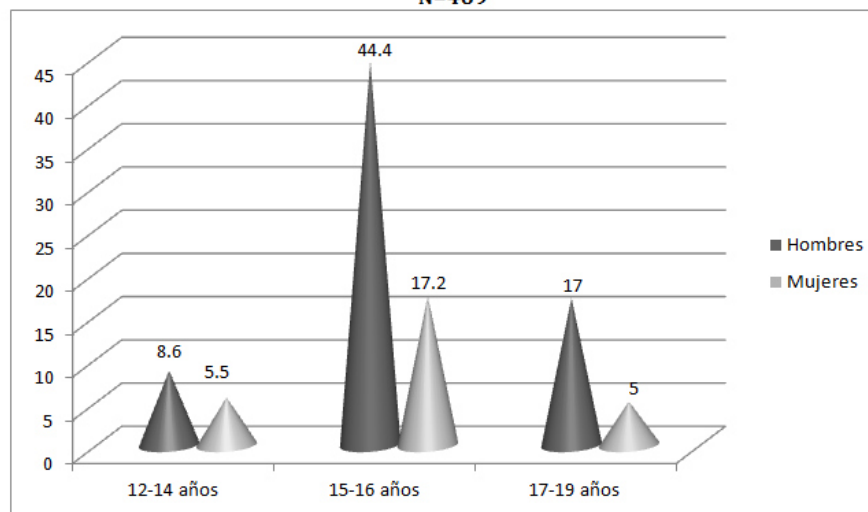
Lo antes expuesto manifiesta que los estudiantes no suelen conocer cómo funcionan los diversos métodos anticonceptivos, siendo los métodos naturales (ritmo), los de barrera (óvulos, jaleas, espumas) y los hormonales (pastillas anticonceptivas, PAE e inyecciones anticonceptivas) de los que menos saben cómo funcionan realmente; mientras que el condón masculino y el DIU suelen conocerse su funcionamiento mayormente.

## 4.5 Primera relación sexual

El inicio sexual es un evento con suma importancia en los seres humanos, el cual suele darse principalmente durante la etapa de la adolescencia y es ahí donde se generan grandes cambios para los individuos como el inicio de la independencia y su vinculación con la vida amorosa. Dichos cambios repercuten directamente en su sexualidad, pues los adolescentes no suelen disponer de habilidades necesarias para tomar decisiones fundamentales en la planeación de su vida futura y generando de esta manera que se caiga en conductas sexuales de riesgo, como el inicio sexual sin protección (Rodríguez et al, 2008; Robles y Díaz 1997; Della: 2005).

El debut sexual a menor suele ser asociado a diversos factores como el consumo de alcohol o drogas, tener una relación afectuosa con personas mayores, desinterés o abandono escolar, influencia de grupos de pares entre otros (González, Molina, Montero, Martínez, 2013). A nivel nacional en el 2009 la edad promedio de inicio sexual en mujeres adolescentes de 15 a 19 años era de 15.9 años (INEGI, 2011). Según la ENSANUTNL 2012 un 23.4 por ciento de los adolescentes de 12 a 19 años habían iniciado su vida sexual, dicho porcentaje se encuentra ligeramente arriba que el nacional con 23 por ciento según esta misma encuesta; siendo los hombres los que representan los mayores porcentajes con 29.3 por ciento y las mujeres un 17.5 por ciento (INSP, 2012b).

**Gráfica 14**  
**Porcentajes de estudiantes que han tenido relaciones sexuales por sexo y grupos de edad**  
**N=489**



Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

En el contexto estatal se encontró que un porcentaje importante de los estudiantes (489) han tenido relaciones sexuales (véase gráfica 14), un 70 por ciento eran varones y un 30 por ciento mujeres. Es en el grupo 15 a 16 años los que reportan los mayores porcentajes de inicio sexual, con 44.4 por ciento en varones y 17.2 en mujeres, seguido por el de 17 a 19 años con 5 por ciento en mujeres y 17 por ciento en hombres y por último el grupo de 12 a 14 años con 5.5 y 8.6 por ciento respectivamente.



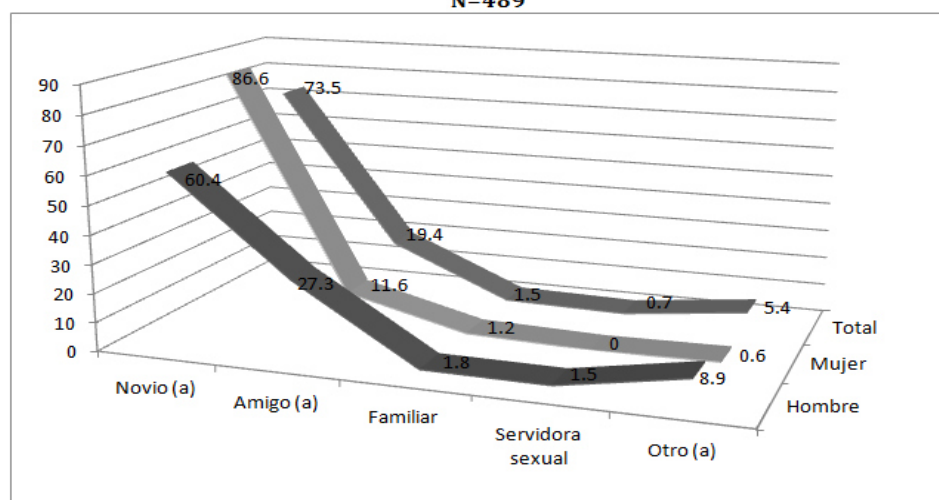
**Cuadro 10**  
**Porcentajes de estudiantes que dijeron haber tenido relaciones sexuales según edad**  
**de la primera relación sexual por sexo y grupos de edad**  
**N=489**

Edad de la primera relación sexual	Hombre	Mujer	Total
Menores de 12 años	0.7	1.1	0.9
12 a 14 años	45	51.3	48.1
15 a 16 años	52.1	42.8	47.4
17 a 19 años	2.2	4.8	3.5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

Si se observa el cuadro número 10 se evidencia que la edad en que iniciaron sexualmente los adolescentes entrevistados fue de los 12 a 14 años, con un 48.1 por ciento, siendo las mujeres las que inician mayor mente en estas edades, pues hay una diferencia de 6.6 por ciento entre éstas y los varones; el grupo de edad que le sigue son los de 15 a 16 años con 47.4 por ciento, invirtiéndose en esta edad el género del entrevistado, pues los hombres suelen iniciar mayormente en estos rangos de edad (habiendo una diferencia de 9.3 por ciento entre éstos y las mujeres), el grupo de 17 a 19 años representa el 3.5 por ciento. La persona con quien manifestaron que tuvieron su primera relación sexual (véase gráfica 15) fue mayormente con el novio/a con un 73.5 por ciento, seguido por amigos/as con 19.4 por ciento, familiares con 1.5 por ciento, sexo servidoras con 0.7 por ciento y 5.4 por ciento con otro tipo de personas como vecinos, conocidos, desconocidos entre otros.

**Gráfica 15**  
**Porcentajes de estudiantes por sexo que han tenido relaciones sexuales según persona**  
**con la que tuvieron la primera relación sexual**  
**N=489**



Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

Si se observa dicha grafica se encuentran diferencias porcentuales por sexo del entrevistado, pues las mujeres iniciaron su vida sexual mayormente con el novio (86.6 por ciento), mientras que los amigos se colocan en segundo lugar con 11.6 por ciento, los



familiares con 1.2 por ciento, 0 por ciento con sexo servidoras y 0.7 con otro tipo de persona. Mientras que los hombres iniciaron un 60.4 por ciento con la novia, un 27 por ciento con una amiga, 1.8 por ciento con una familiar, 1.5 con alguna sexo servidora y 8.9 con otro. Habiendo una diferencia importante en lo que respecta al novio (a) con un 26.2 por ciento, 15.4 por ciento en amigo (a) y 8.2 por ciento con otro tipo de persona.

**Cuadro 11**  
**Porcentaje de estudiantes que dijeron haber tenido**  
**relaciones sexuales según razón de la primera relación**  
**sexual y sexo**  
**N=483**

Razón de la primera relación sexual	Hombre	Mujer
Por amor	29.4	42.4
Por curiosidad	23.9	10.0
Por voluntad propia	24.5	28.2
Porque no pudo controlarse	13.5	6.5
Porque hubo alcohol o drogas	2.8	3.5
Su pareja lo convenció	4.3	4.1
Presión de los amigos	0.3	1.2
Se caso o unió	0.3	1.8
Otro	0.9	2.4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

En el cuadro 11 se observa que la principal razón por la que tuvieron relaciones sexuales tanto hombres como mujeres fue por amor con 29.4 y 42.4 por ciento respectivamente, aunque existe una diferencia de 13 por ciento entre ellos, seguido por voluntad propia con 24.5 y 28.2 por ciento respectivamente, así mismo un porcentaje importante inicio sexualmente por curiosidad presentándose mayormente en los hombres con 23.9 por ciento vs 10 por ciento en las mujeres; los que no pudieron controlarse fue con 13.5 y 6.5 por ciento respectivamente. Más del 4 por ciento tanto de hombres como de mujeres tuvo su primera relación sexual porque su pareja lo convenció, mientras que 2.8 y 3.5 por ciento respectivamente fueron porque hubo presencia de alcohol o drogas. Las mujeres (1.2 por ciento) tuvieron presión por parte de los amigos.

Otra de las preguntas que se considero importante por abordar, fue si habían platicado con su pareja sobre las diversas formas de prevenir embarazos o alguna infección de transmisión sexual antes de tener relaciones sexuales. Resultando que en los hombres ellos habían hablado del tema un 16.6 por ciento, un 46.5 por ciento fueron ambos, 33.4 por ciento ninguno hablo del tema y un 3.5 por ciento fue su pareja la que abordó el tema. En relación con las mujeres 5.1 por ciento fueron ellas las que hablaron, 62.4 por ciento ambos, 30.2 por ciento ninguno tocó el tema.

Estos datos evidencian que un porcentaje importante de los adolescentes que ya habían tenido relaciones sexuales, no habían hablado con su pareja sobre cómo prevenir un embarazo o infección de transmisión sexual. Otro porcentaje importante fueron ambos los

que hablaron del tema (52.5 por ciento) y un porcentaje mínimo tuvo la iniciativa su pareja con 3.1 por ciento.

**Cuadro 12**  
**Porcentaje de estudiantes que manifestaron haber tenido**  
**relaciones sexuales que hablaron sobre cómo evitar un**  
**embarazo o ITS según sexo**  
**N=489**

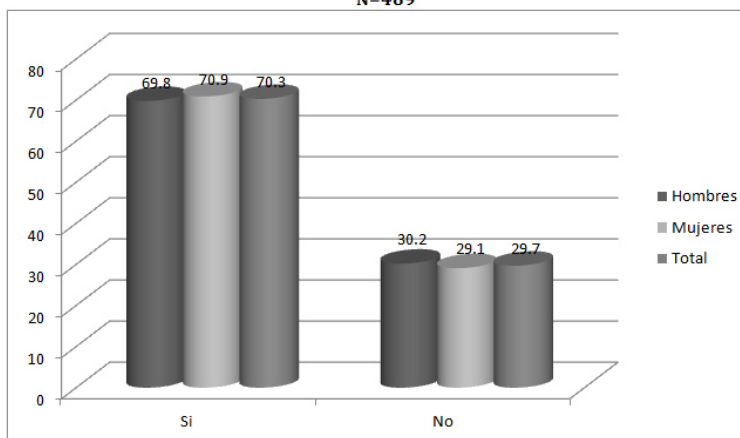
¿Hablaron sobre cómo evitar embarazos o ITS?	Hombre	Mujer
<b>Sí, yo hable</b>	16.6	5.1
<b>Mi pareja hablo</b>	3.5	2.4
<b>Ambos hablamos</b>	46.5	62.4
<b>Ninguno hablo</b>	33.4	30.2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

Con relación a si usaron algún método anticonceptivo durante la primera relación sexual (véase grafica 16) se encontró que un 70 por ciento de los entrevistados hicieron uso de algún método, mientras que un 30 por ciento no hizo uso de ellos, esto evidencia que 3 de cada 10 adolescentes no usaron anticonceptivos. Dichos resultados son muy parecidos a los encontrados por la ENJUVE 2010, pues sus resultados fueron que un 64.3 por ciento de los encuestados manifestó haber usado algún anticonceptivo en la primera relación sexual, es decir que 4 de cada 10 adolescentes no hizo uso de ellos.

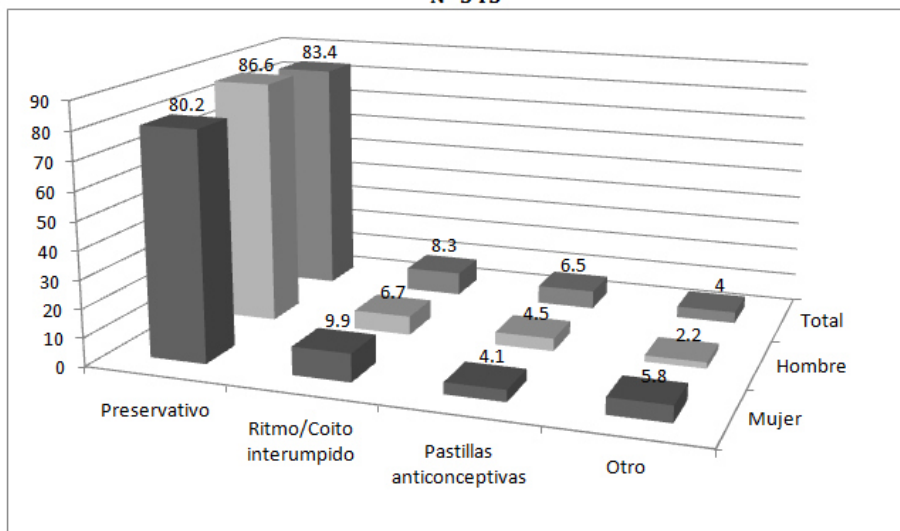
Estos resultados se encuentran alejados a los arrojados por la ENADID 2009, donde se expone que solamente un 38.2 por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años hicieron usaron algún anticonceptivo en la primera relación sexual, es decir 6 de cada 10 adolescentes no utilizo ningún método durante su primera relación sexual (INEGI, 2010a).

**Gráfica 16**  
**Porcentajes de estudiantes que han tenido relaciones sexuales según uso de método**  
**anticonceptivo en la primera relación sexual**  
**N=489**



Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

**Gráfica 17**  
**Porcentajes de estudiantes que mencionaron haber tenido relaciones sexuales según**  
**método anticonceptivo usado en la primera relación sexual por sexo**  
**N=345**



Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

Los estudiantes que manifestaron haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual fueron 345, de los cuales un 83.4 por ciento utilizó el condón, un 8.3 por ciento métodos naturales como el ritmo y el coito interrumpido, seguido por las pastillas anticonceptivas con un 6.5 por ciento y un 4 por ciento otros métodos como la PAE, inyecciones, DIU entre otros. Las adolescentes sexualmente activas usaron mayormente el condón (80.2 por ciento), seguido por los métodos naturales (9.9 por ciento), después se encuentran algún otro tipo de métodos (5.8 por ciento) y por último las pastillas anticonceptivas con 4.1 por ciento. En el caso de los varones se encuentra muy parecido al uso de anticonceptivos que las mujeres, sin embargo en el caso de las pastillas anticonceptivas ocupaban el tercer lugar con 4.5 por ciento y en el último lugar lo tenían otro tipo de métodos con 2.2 por ciento.

## 4.6 Regresión logística

### Regresión logística

**Cuadro 13**

**Factores asociados al conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que cursan la educación media y media superior del estado de Nuevo León**

Características	Razón de momios
<b>Nivel de Marginación</b>	
Muy bajo (categoría de referencia)	1
Bajo	No sig.
Medio	1.30***
<b>Nivel de escolaridad</b>	No sig.
<b>Sexo</b>	
Hombre (categoría de referencia)	1
Mujer	2.24*
<b>Edad (continua)</b>	1.66*

\*Es significativa al 99% de confianza

\*\*\* Es marginalmente significativa al 90% por ciento de confianza

Fuente: Elaboración propia en base a la ESREEESMSNL, 2013

En la regresión las únicas variables que fueron significativas son el estrato según el nivel de marginación, el sexo y la edad. Así podemos ver que el estrato medio si se compara con el muy bajo aumenta la probabilidad de conocimiento real de un treinta por ciento mientras y el estrato bajo no demuestra diferencia significativa si se compara con el estrato muy bajo. En cuanto al sexo la probabilidad de que las mujeres conozcan verdaderamente un método se multiplica por 2.24 frente a la probabilidad de los varones (aumenta 124 por ciento la probabilidad de que una mujer conozca frente al hombre). Por último se observa claramente que a medida que aumenta la edad aumenta el conocimiento real de los estudiantes.

## Bibliografía

- Aguilar, J. (1997). Sexualidad y comunicación familiar. En J. Aguilar, y B. Maya (Comps.). *Hablamos de sexualidades lectoras* (pp 45-52). México: CONAPO y Maxfam.
- Amuchástegui, A. (2001). *Virginidad e inicio sexual en México, experiencias y significados*. México: EDAMEX-Population Council.
- Arias, R. y Rodríguez, M. (1998). A puro valor mexicano connotaciones del uso del condón en hombre de la clase media en la cd. de México. En S. Lerner (editor). *Varones, sexualidad y reproducción* (pp 319-340). México: El colegio de México.
- Ayala, M., Vizmanos, B. y Portillo, R. (2011). *Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuelas secundaria en Guadalajara, México*. Ginecología Obstetricia México. Vol 79 (2). Pp 86-92
- Baeza B. et al (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena de Ginecología*. Vol. 72 (2) pp76-81.
- Banda, O. (2012). *El significado de la sexualidad en adolescentes de la ciudad de Victoria, Tamaulipas México: Aproximación cualitativa con enfoque de género*. Tesis doctoral no publicada. España: Universidad de Alicante.
- Bandura, A. y Walters, R. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart and Winson Inc.
- Bátiz, L. (1997). Sexualidad Infantil. En J. Aguilar y B. Mayén (comps.) *Hablemos de sexualidad* (pp. 53-64). México: Maxfam.
- Berger, P. y Luckmann, T. (2008). *La construcción social de la realidad*. (1ª Edi.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Boas, F. (2008). *Textos de antropología*. España: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Bourdieu (1990). *La juventud no es más que una palabra*. Recuperado el 3 de enero del 2013 de [http://189.203.23.74:8080/wordpress5/wp-content/uploads/2011/04/uno.pdf].
- Boyd, A., Ashford, L. y Cornelius, D. (2001). *La juventud del mundo 2000*. Estados Unidos de América: USAID
- Caballero, J., Gonzáles, C. y Villaseñor A. (2006). *ITS Y VIH/SIDA en adolescentes y adultos jóvenes. Ángulos de la problemática en México*. México: Consejo Estatal del SIDA- Jalisco e Instituto Nacional de Salud Pública.
- Castillo (2000). La polémica en torno a la educación sexual en la ciudad de México durante la década de los años treinta. *Estudios sociológicos*. Vol XVIII (1). Pp 203-226.
- Cedei (2010). *Guía para la formulación y presentación de proyectos de investigación*. México: Centro de Estudios Interdisciplinarios.
- CENSIDA (2011). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México*. México: Consejo Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA, SSA.
- Chávez, A. (2010). *Estudio de diagnostico nacional sobre el rezago educativo que presentan las madres jóvenes y jóvenes embarazadas en relación con la educación básica*. México: CRIM-UNAM.

- Chávez, G. (2012). *Proyecto de prevención de embarazo en adolescentes en una población de los programas PAIDEA y Gente Joven "No te compliques...en buen plan, planea tu vida"*. Tesis de maestría no publicada. México: UANL.
- Climent, G. (2003). La maternidad adolescente, una expresión de la cuestión social el interjuego de la exclusión, la construcción de la subjetividad y las políticas públicas. *Revista argentina de la sociología*. Año 1, (1), 77-93.
- Coleman et al (2011). Equality of educational opportunity. En R. Arum, I. Beattie y K. Ford (Eds.). *The structure of schooling. Readings in the sociology of education: United States of America*: Pine Forge Press. (pp. 120-141).
- CONAPO (1999). *Métodos de planificación familiar cuádreros de la población*. Recuperado el día 23 de Enero del 2013 de [<http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/Otras/Otras3/metodo.pdf>].
- CONAPO (2000). *Cuaderno de salud reproductiva República Mexicana*. México: Consejo Nacional de Población.
- CONAPO (2010a). *Situación Actual de los Jóvenes en México*. México: Consejo Nacional de Población.
- CONAPO (2010b). *Dinámica Demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030 Nuevo León*. México: Consejo Nacional de Población.
- CONAPO (2010c). *Índices de marginación por localidad 2010*. México: Consejo Nacional de Población.
- CONAPO (2011a). *Perfiles de salud reproductiva en Nuevo León*. México: Consejo Nacional de Población.
- CONAPO (2011b). *Concepto y dimensiones de la marginación*. Recuperado en línea el 20 de Abril de 2015 de [[http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices\\_margina/mf2010/Anexo\\_sMapas/Mapas/Entidadesfederativas/MapaB19Nuevo%20Leon.jpg](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/mf2010/Anexo_sMapas/Mapas/Entidadesfederativas/MapaB19Nuevo%20Leon.jpg)]
- CONAPO. (1982). *La educación de la sexualidad humana*. México: Consejo Nacional de Población.
- Course, R. (2010). *La teoría de la acción razonada*. Recuperado el día 1 de Septiembre del 2014 de [<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.2-teoria-de-la-accion-razonada-ajzen-y>].
- Craig, G. (1997). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson Educación.
- Dallas, M. (2005). Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. *Revista Psicología y Salud*. Vol. 15 (1), Pp. 45-56.
- De Jesús, D. (2011). *Adolescencia escindidas vivencias y significado de la sexualidad y reproducción en padres y madres adolescentes del área metropolitana de Monterrey Nuevo León*. México. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- De Jesús, D. (2014). Comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes en México: evolución, situación actual y retos para el futuro. *Iberoamérica Journal of the Institute of Iberoamerica Studies*. Vol. 16 (1) pp. 165-208.
- De Jesús, D. y González, E. (2014). Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. *Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana*. Núm. 17. Pp98-123.

- De la Fuente, S. (2011). *Regresión logística*. Recuperado el 18 de junio del 2013 de <http://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/CUALITATIVAS/LOGISTICA/regresion-logistica.pdf>
- Días, A. y Gómez, F. (1998). *Derechos sexuales y reproductivos de los varones. Una reflexión acerca de la masculina y los derechos*. Colombia. Secretaria de Salud.
- Díaz, L. et al (2002) Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*. Vol 2 (2), pp 19-23.
- Doblado, I., De la Rosa, I. y Junco, A. (2010). *Aborto en la adolescencia un problema de salud*. Recuperado el día 20 de septiembre del 2012 de [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol\_36\_03\_10/gin11310.htm].
- Domínguez, I. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 37 (3), pp387-398-
- Fernández, L. (2010). *Los estudios transversales*. Recuperado en línea el 17 de Noviembre del 2014 de <http://es.slideshare.net/LOLFERBUR/tema-16-estudios-transversales-epidemiologa-lola>
- Figueroa, J. (1998). La presencia de los varones en el proceso reproductivo: Algunas reflexiones. En S. Lerner (Edit). *Varones, sexualidad y reproducción* (pp 163-194). México: El colegio de México.
- Flores, C. y Soto, V. (2007). *Fecundidad adolescente y pobreza diagnostico y lineamiento de políticas*. Colombia: Departamento Nacional de Planeación.
- Gamboa (2013). *El embarazo adolescente, marco teórico conceptual, políticas públicas, derechos comparados, directrices de la OMS, iniciativas presentadas y opiniones especializadas*. México: LXII Legislatura Cámara de diputados.
- GOBNL (2014). Estadísticas de población en Nuevo León. Recuperado el 9 de Diciembre del 2014 de [http://archivo.nl.gob.mx/?P=nl\\_poblacion](http://archivo.nl.gob.mx/?P=nl_poblacion)
- González, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Revista de Salud Pública*, mayo-junio de 2005. Vol 47, (3), 209-218.
- González, E., Molina, T., Montero, A y Martínez, V. (2013). Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de niveles socioeconómicos medio-bajo de una región metropolitana. *Revista Chilena Obstetricia y ginecológica*. Vol. 78 (1). Pp. 4-13.
- Guattmacher Institute (2008). *Datos sobre el aborto inducido en México*. México: El colegio de México.
- Hernández, E. (2008). Medios de comunicación sexualidad y juventud. En C.Stern, (Coord.) *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud reproductiva* (pp 211-231). México: El Colegio de México Población.

- Hiriart, V. (2011). *Educación sexual en la escuela*. México: Paidós
- IMJUVE (2000). *Encuesta Nacional de la Juventud 2000 Resultados preliminares*. México: Instituto Mexicano de la juventud.
- IMJUVE (2005). *Encuesta Nacional de la Juventud 2005 Resultados preliminares*. México: Instituto Mexicano de la juventud.
- INEGI (2005). *Mujeres y Hombres en México 2005*. Recuperado en línea el 18 de Mayo del 2014 de [www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2005/mujeres\\_y\\_hombres\\_en\\_México\\_2005\\_2pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2005/mujeres_y_hombres_en_México_2005_2pdf)
- INEGI (2007). *Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana” datos nacionales*. Recuperado el 7 de Abril del 2015 de <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2007/familia07.pdf>
- INEGI (2010a). *Principales indicadores de salud reproductiva ENADID 2009*. México: Instituto Nacional de estadística y geografía.
- INEGI (2010b). *Cuéntame...Información por entidad federativa*. Recuperado en línea el 9 de Diciembre del 2014 de [http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/nl/territorio/div\\_municipal.aspx?tema=me&e=19](http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/nl/territorio/div_municipal.aspx?tema=me&e=19)
- INEGI (2010c) *Censo de Población y Vivienda 2010. Conjunto de datos: población total*. Recuperado en línea el 12 de Enero del 2015 de [http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/PT.asp?s=est&c=27770&proy=cpv10\\_pt](http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/PT.asp?s=est&c=27770&proy=cpv10_pt)
- INEGI (2010d) *Cuéntame...Hogares, vivamos en hogares diferentes*. Recuperado en línea el 7 de Abril del 2015 de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P#>.
- INEGI (2010e) *Cuentame...Niños que trabajan*. Recuperado el 27 de Abril del 2015 de <http://cuentame.inegi.org.mx/pblacion/ninos.aspx?tema=P>
- INEGI (2011) *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Panorama sociodemográfico de México principales resultados*. México: Instituto Nacional de estadística y geografía
- INEGI (2012). *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud datos nacionales*. México: Instituto Nacional de estadística y geografía.
- INEGI (2014a). *Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2013*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI (2014b). *Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana” datos nacionales*. Recuperado el 7 de Abril del 2015 de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/familia0.pdf>
- INEGI (2015). *Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*. México: Instituto Nacional de estadística y geografía
- Ingham, R. y Van Zessen, G. (1997). From individual properties to interactional processes.



- INSP (2006). *Encuesta Nacional de la Salud y Nutrición resultados nacionales 2012*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- INSP (2012a). *Encuesta Nacional de la Salud y Nutrición resultados nacionales 2012*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- INSP (2012b). *Nuevo León Encuesta Nacional de la Salud y Nutrición resultados por entidad federativa 2012*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Jacob, A. (1995). Emergence de la valeur sociale du travail dans la pensée économique du XVIII<sup>e</sup> siècle. En Jacob, A. Et H. Vérin (comp.) (1995): *L'inscription social du marché*. L'Harmattan: París.
- Jiménez, M. (2003). *Motivación y salud*. Recuperado en línea el 1 de septiembre del 2014 de [[http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema\\_14.pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf)].
- Juárez, F. (2002). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina: evidencia teorías e intervenciones. En C. Rabell y M. ZAVALA (coords.) *La fecundidad en condiciones de pobreza: un visión internacional* (pp 291-314). México: Instituto de investigaciones sociales.
- Lerner, S. (2005). *Reproductive health, unment and poverty*. Cicred: Paris
- Lerner, S. (2008). Salud reproductiva y condiciones de vida en México tomo I. En Lerner, S. Y Szasz I. (coord.) México: El colegio de México.
- Liopis, A. (2001). *Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven*. Recuperado el 5 de Noviembre de [[http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/salud\\_reproductiva/21%20Salud%20reproductiva%20e.pdf](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/21%20Salud%20reproductiva%20e.pdf)].
- Lizano, M. (2005). Análisis de la situación de la adolescencia en San Pablo de Heredia: una visión desde los factores de riesgo y protectores. *Enfermería Actual en Costa Rica*. Vol. 4 (7). Pp 1-25.
- López, A. (2007). *Derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes. En una construcción de auto cuidado y la autonomía de las prácticas sexuales y decisiones reproductivas*. Uruguay: Centro de formación y de estudios del INAME.
- López, F. y Moreno, Y. (2010). *Programa psicopedagógico de prevalencia del SIDA en adolescentes de Monterrey*. México: UANL
- Marchesi, A. (1999). El desarrollo moral. *Psicología Evolutiva*, Vol.2, Madrid. pág. 358.
- Martín, L. y Reye, Z. (2003). *Conducta sexual y embarazo y aborto en la adolescencia*. Un enfoque integral de promoción en la salud. *Revista cubana salud pública*. Vol 29, (3), 183-187.
- Mayén, B. (1997) *¿Por qué estamos a favor de una educación de la sexualidad en México?* México: Afluentes S.C.
- Mead, M. (2006). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Buenos Aires: Paidós

- Medellín G., Tascón E. (1995) *Crecimiento y desarrollo del adolescente. En Medellín G, Tascón EC (eds.). Crecimiento y desarrollo del ser humano. Tomo II* (pp. 705-794). Bogotá: OPS.
- Mendes, A., Camarotti, A., Di Leo, P., Adaszco, A. y Kornblit, A. (2005). *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Menkes, C. y Suárez, L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de población*. Ene-Mar, Vol 9 (35), pp 2-31.
- Menkes, C., Suárez, L., Nuñez, L. y González, S. (2006). *La salud reproductiva de los estudiantes de educación secundaria y media superior en Chiapas, Guanajuato, Guerrero, San Luis Potosí y Puebla*. México: CRIM.
- Mexía, M. (2005). *Actitudes, conocimientos y grado de masculinidad-feminidad en los docentes de primaria*. Tesis de maestría no publicada. Sonora: Universidad de Sonora.
- Moatti, J., Hausser, D. y Agrafiotis, D. (1997). *Sexual interactions and HIV risk: new conceptual perspectives in European research*. Gran Bretaña, Inglaterra: Taylor and Francis.
- Molina, R. y Jara, G. (1995). La sexualidad en la adolescencia y sus riesgos. En A. Hidalgo (Ed.). *Salud sexualidad y reproducción en la adolescencia*. México: Organización Panamericana de la Salud. Pag. 61-70
- Moreno, E. y Roales, J. (2003). El modelo de creencias de la salud: revisión teórica consideración crítica y propuesta alternativa. I Hacia un análisis fundamental de las creencias de salud. *Revista Internacional de Psicología y terapia psicológica*. Vol. 3 (1). Pp 91-109.
- Moreno, D. et al (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Revista Psicología y salud*. Vol. 18 (2). Pp. 207-225.
- Navarro, E. y Vargas, R. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Salud Uninorte, Barranquilla* (19), julio – noviembre. Pp 14-24
- Oliva, A., Serra, L. y Vallejo, R. (1993). Patrones del comportamiento sexual y contracepción en la adolescencia. *Influencia y aprendizaje*. Vol. 77, 19-34.
- OMS (2006). Programas de prevención del embarazo entre adolescentes en la escuela: revisión sistemática de los estudios clínicos controlados aleatorizados. Recuperado en línea el 24 de octubre del 2014 de [<http://apps.who.int/rhl/dare/dare-12005009335/es/>].

- OMS (2007). *Informe del Director General a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud*. Recuperado en línea el 30 mayo del 2012 de [[http://www.who.int/mediacentre/events/2006/wha59/dr\\_lee\\_report/es/](http://www.who.int/mediacentre/events/2006/wha59/dr_lee_report/es/)].
- OMS (2009 a). Boletín de la Organización Mundial de salud. 5, (87), 325-404.
- OMS (2009 b). Boletín de la Organización Mundial de salud. 6, (87), 405-484.
- OMS (2009 c). Género y salud en la mujer. Recuperado en línea el 24 de Octubre del 2014 de [[http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter6/es/index3.html](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter6/es/index3.html)].
- OMS (2010). *Ciclo vital salud de los adolescentes*. Recuperado el 25 de Marzo del 2013 de [[http://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=175&catid=662:representacin-en-chile](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=175&catid=662:representacin-en-chile)].
- OMS (2011). *Riesgos para la salud en jóvenes*. Recuperado el 15 de Marzo del 2014 de [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>].
- OMS (2013). Planificación familiar. Recuperado el 03 de Junio del 2014 de [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>].
- ONU (1983). *A compilation of international instruments*. Estados Unidos de América: Organización de las Naciones Unidas.
- ONU (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo*. Egipto: Organización de las Naciones Unidas.
- OPS (2000). *VIH, Adolescentes y jóvenes, la OMS interviene*. Recuperado el día 22 de Enero 2013. [<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-VIH.htm>].
- OPS (2005). *La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas: Un marco conceptual*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud
- OPS (2010). *Estrategia y Plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud
- OPS (2012). *Salud en las Américas*. Recuperado el 18 de Marzo del 2014 de [[http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es)].
- Pallella, S. y Martins, F. (2006). *Metodología de la investigación cuantitativa*. España: Fondo Editorial de la UPEL.
- Palma, Y. y González, E. (2010). Iniciación sexual. Análisis de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006. En Chávez, A. y Menkes, C. *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo una mirada desde la ENADID 2006*. México: CRIM y UNAM. Pp. 50-74
- Palma, Y. y Rivera, G. (1996). La planificación familiar en México. En Lenger, A. y Tolbert, K. (Edit.) *Sexualidad y salud reproductiva en México*. México: The population counncil y EDAMEX.
- Peláez, J. (2008). Aborto en la adolescencia. Consideraciones bioéticas en torno a la decisión de abortar. *Scielo*. Vol. 34.
- Pérez, A. (2004). Los jóvenes y el trabajo. Un estudio sobre representaciones sociales.

- Recuperado en línea el 09 de Marzo del 2015 de <http://www.oei.es/valores2/monografias/monografia04/reflexion03.htm>
- Pick, S., Givaudan, M. y Díaz, R. (1994). Metodología Psicosocial en la investigación. En Conapo. *Antología de la sexualidad humana tomo I* (pp 97-124). México: Consejo Nacional de Población.
- Pineda, E. y Alvarado, E. (2008). *Metodología de la investigación* (3era Edic.) Washington, DC: Organización Panamericana de la salud.
- Pisquialini, D. (2010). Los y las adolescentes. En D. Pisquialini y A. Lorenes (Eds.) *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. (pp. 25-55) OPS/OMS: Argentina.
- Reiss, I. (1994). La filosofía de la ciencia aplicada al estudio de la sexualidad humana. En Conapo. *Antología de la sexualidad humana tomo I* (pp 47-71). México: Consejo Nacional de Población.
- Reyes, L. (2007). La teoría de la acción razonada: Implicaciones para el estudio de las actitudes. *INED*. Núm. 7, pp 66-78.
- Rodríguez, G. (1997). Educación sexual y problemas de población. En Aguilar, J. y Maya, B. (Comps.) *Hablamos de sexualidad lectoras*. México: CONAPO y Maxfam.
- Rodríguez, J. (2004). *Reproducción adolescente y desigualdades en américa latina y el caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*. Santiago de Chile: OIJ, UNFA, CEPAL, CELADE.
- Roy, C. et al (1999). *El modelo de adaptación de Callista Roy*. Estados Unidos de América: Editorial Appleton y Lange.
- Santín, C., Torrico, E., López, M. y Revilla, E. (2003). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales de Psicología*, 19 (1). pp 81-90.
- Schutt, A. y Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas*. Estados Unidos de América: Organización Panamericana de la Salud.
- SEGOB (2007). *Plan Nacional de Salud 2007-2012*. Recuperado el día 20 de febrero del 2013 [[http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns\\_version\\_completa.pdf](http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf)].
- SEGOB (2012). *Número, tamaño y composición de los hogares en México*. Recuperado en línea el 7 de Abril del 2015 de [http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia\\_Familiar/Tamao\\_de\\_la\\_poblacin\\_y\\_hogares\\_en\\_Mxico](http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Tamao_de_la_poblacin_y_hogares_en_Mxico)
- SEP (2011). *Programa de estudios 2011 guía para el maestro, educación básica secundaria*. México: Secretaría de Educación básica.
- Silver, T. (1985). *Medicina en la adolescencia: el desarrollo de una nueva disciplina*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 489.

- SSA (2001). *Programa de acción de salud reproductiva*. México: Secretaría de Salud.
- SSA (2002). *Introducción a los métodos anticonceptivos: información general*. México: Secretaría de Salud.
- SSA (2007). *Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes México*: Secretaría de Salud.
- SSA. (2000). *Encuesta Nacional de la salud 2000*. México: Secretaría de Salud.
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad Social y embarazo adolescente en México. *Papeles de la población de México*. Vol. 39, num 2, pp. 137-159.
- Suazo, M. (2009) Adolescencia y sexualidad. *Revista Respuesta*. [G:\seualdad sida\soauzo 2009.mht.].
- Szasz, I. (1995). *Sexualidad y salud reproductiva*. Demos. Núm. 8. Pp 14-15.
- Torres. P., Walker, D., Gutiérrez, J. y Bertozzie, S. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México*, 48 (2). Pp 308-316.
- UNFPA (2005). “*La travesía sin mapas: adolescentes y pobreza*”. Estado de la población actual. La promesa de igualdad, Equidad de género, Salud reproductiva y Objetivos del Desarrollo del Milenio en Estado de la Población Mundial 2005 (52-57).
- UNFPA (2010). *Desde conflictos y crisis hacia la renovación: Generaciones de cambio*. Estados Unidos de América: Fondo de las Naciones unidas para la infancia
- UNFPA (2012). *Jóvenes en el mundo: Estadísticas relacionadas con la juventud en el mundo*. Recuperado el día 28 de Agosto del 2012 de [<http://www.unfpa.or.cr/estadisticas-jovenes-del-mundo>].
- UNFPA (2013). *Maternidad en la niñez. Enfrentando el reto del embarazo adolescente*. Estados Unidos: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- UNICEF (2009). *La niñez y la adolescencia en el contexto de la crisis económica global: el caso de México*. México: CONEVAL, UNICEF.
- UNICEF (2011). *La adolescencia una época de oportunidades*. Estados Unidos de América: Fondo de las Naciones unidas para la infancia.
- Valencia, N. y Solero, N. (2009). Necesidades de aprendizaje para la sexualidad de los jóvenes entre 10 y 19 años en el caribe colombiano. Recuperado el 15 de Agosto del 2012 en [<http://www.scielo.org.co/pdf/indes/v17n1/v17n1a05.pdf>]
- Vázquez, M., Argote, L., Castillo, E., Mejín, M. y Villaurán, M. (2005). La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad adolescente. *Colombia, Médica*. Vol 36 (3). Pp 33-42.
- Velasco, L. (2002). Desarrollo biopsicosocial del adolescente: tarea, metas y logros. En Monroy A. (Comp.) *Guía práctica para padres y educadores Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Editorial Pax México.
- Weeks, J. (2000). La construcción de las sexualidades. ¿Qué queremos decir cuando hablamos de cuerpos y sexualidad? En Szasz, I. y Lerner, S. (Coomp.) *Sexualidades*

*en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales.* (175-198). México: El Colegio de México.

Zamberlin, N. (2014). *Embarazo y maternidad en menores de 15 años*. Argentina: Ministerio de la salud presidencia de la nación.