



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

**“LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD T-III TULYEHUALCO –
XOCHIMILCO Y EL CONOCIMIENTO DE LA DOBLE PROTECCIÓN”**

M.P.S.S ROSALES PÉREZ REBECA NATALIA

2173062730

ASESOR

3 2 3 5 6

DR ALEJANDRO ALONSO ALTAMIRANO

ASESOR EXTERNO

DR RODRIGO ARREOLA VARGAS

AGOSTO 2024.

ÍNDICE

Portada	1
Índice	2
Capítulo I: Investigación	5
Título	5
Abreviaturas	5
Resumen	5
Introducción	8
Planteamiento del problema	9
Justificación	9
Aporte a la sociedad	9
Marco teórico	10
Adolescentes	10
Estadística en México	10
Marco legal	11
Anticonceptivos y la doble protección	12
Métodos anticonceptivos	12
Doble protección	17

Objetivos	18
Principal	18
Específicos	18
Hipótesis	18
Material y métodos	19
Criterios	19
Criterios de inclusión	19
Criterios de exclusión	19
Criterios de eliminación	19
Cálculo del tamaño de la muestra	19
Técnica de muestreo	19
Encuesta	20
Resultados: cuadros y gráficas	21
Análisis de resultados	48
Conclusiones	59
Bibliografía	60
Anexo	66

Capítulo II	72
En relación a su formación como persona	72
En relación a su formación profesional	73
En relación a su aportación a la comunidad	74
En relación con su institución educativa	75

CAPÍTULO I:

INVESTIGACIÓN “LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD T-III TULYEHUALCO – XOCHIMILCO Y EL CONOCIMIENTO DE LA DOBLE PROTECCIÓN”

Abreviaturas:

ARAP = anticonceptivos reversibles de acción prolongada.

CIJ = Centros de Integración Juvenil.

CONAPO = Consejo Nacional de Población.

DIU = dispositivo intrauterino.

EIS = educación integral en sexualidad

ENADID = Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

ENDISEG = Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género.

ENSANUT = Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

ETS = enfermedad de transmisión sexual.

INEGI = Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

IVSA = inicio de vida sexual activa.

MAC = método anticonceptivo.

OMS = Organización Mundial de la Salud.

RENAPO = Registro Nacional de Población.

SIDA = síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

VIH = virus de la inmunodeficiencia humana.

VSA = vida sexual activa.

RESUMEN

Introducción: Vivir la adolescencia es experimentar cambios a un ritmo acelerado. Este periodo, que ocurre entre los 10 y 19 años, es una de las etapas de transición más importantes en la vida de las personas. En los adolescentes, la maduración sexual (incluyendo el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, la aparición de la menarquia-espermarquia y la fecundidad) se está presentando cada vez más tempranamente; las relaciones sexuales entre los adolescentes y jóvenes se están dando también a edades más tempranas, mientras que la edad de casamiento está aumentando, alargando de esta manera el lapso de fecundidad no marital, por lo que están expuestos a embarazos no planeados por más tiempo que las generaciones anteriores. Las relaciones sexuales en la adolescencia suelen ocurrir de manera inesperada, centrar las estrategias de prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual sólo en el uso del condón puede no ser del todo efectiva, porque para que funcione es necesario tenerlo en el momento indicado. Por esta razón, existe un impulso internacional, y México no es la excepción, para promover la doble

protección o anticoncepción dual, es decir, el uso de condón junto con un método de acción prolongada, especialmente los que no requieren adherencia diaria ni mantenimiento constante, como son implantes anticonceptivos o dispositivos intrauterinos.

Objetivo: Determinar si los adolescentes saben en qué consiste la doble protección y si la están empleando actualmente.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo. La población analizada fue una muestra no probabilística por conveniencia que incluyó sujetos adolescentes de cualquier género, con edades entre diez y 19 años, que acudieron a consulta médica al Centro de Salud T-III Tulyehualco entre octubre de 2023 y marzo de 2024. A todos los participantes se les aplicó un cuestionario de 27 ítems relacionados con la vida sexual del adolescente y su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Se preguntó al adolescente sobre si ha hablado de salud sexual y reproductiva con sus padres. Entendiendo que la salud sexual y reproductiva incluye, pero no se limita, a las relaciones sexuales y su inicio, el uso de métodos anticonceptivos y la orientación sexual del individuo. Se consideró inicio de la vida sexual activa la edad en que el encuestado tuvo su primera relación sexual, independientemente de que ésta fuera vaginal, anal u oral. Se calificó como conocimiento adecuado de la doble protección cuando el entrevistado sabía que consiste en utilizar un preservativo en conjunto con un método hormonal (pastillas anticonceptivas, implante, inyectable) u otro método de planificación familiar (DIU). La población encuestada se catalogó en dos grupos: 1) adolescentes con vida sexual activa y 2) jóvenes célibes. Para el análisis descriptivo se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar y rango). Para las variables cuantitativas se determinó rango, media y desviación estándar, así como mediana y moda; para las cualitativas, frecuencia y porcentaje.

Resultados: La muestra estuvo integrada por 170 adolescentes. En la distribución por sexo predominaron las mujeres (62.94%). La edad media de la población fue 15.01 ± 2.35 años. El 38.82% de los adolescentes encuestados confirmaron haber comenzado ya su vida sexual y, en promedio, tuvieron su primera relación sexual a los 14.88 ± 2.11 años. Los hombres empiezan de forma más prematura su vida sexual (media: 14.19 años) en comparación con las mujeres (promedio: 15.20 años). Los adolescentes debutaron sexualmente con parejas de mayor edad (media: 1.54 años). Durante su primera relación sexual, el 60.61% emplearon medidas anticonceptivas para evitar el embarazo; actualmente, el 62.12% utilizan preservativos durante sus relaciones sexuales. El 24.24% señaló que, en algún momento de su vida, han mantenido sexo casual con dos o más personas durante un mismo periodo de tiempo y 4.55% han practicado sexo grupal. El número promedio de parejas sexuales que han tenido es 2.05 (rango: 1 a 6). El 88.89 de las mujeres tienen relaciones sexuales sólo con hombres. mientras que el 80.95% de los varones practican el coito únicamente con mujeres. La gran mayoría (82.94%) de los encuestados se reconoce como heterosexual, el resto

se identifica como bisexual, homosexual o asexual. Las mujeres viven más conductas de riesgo que los varones (promiscuidad, sexo casual, sexo grupal). En general, 33.53% de los encuestados consumen bebidas alcohólicas y las mujeres son más proclives a esta práctica; entre los que han iniciado su vida sexual, el beber alcohol es más común (50%) que entre los adolescentes célibes (23%). Los varones tienen más tendencia al consumo de drogas ilegales que las mujeres (9.52 vs 2.8%), y es mayor entre los adolescentes con vida sexual activa (7.58%) en comparación con los célibes (3.84%). El 12.35% de los encuestados tienen grado de escolaridad inferior al esperado para su edad; esta situación es más acentuada en el grupo con vida sexual activa (22.73%) y, en general, entre las mujeres (10%). El 61.17% de los entrevistados han hablado con sus padres sobre salud sexual; los jóvenes célibes han dialogado más con sus padres sobre salud sexual y reproductiva que los adolescentes que han comenzado su vida sexual. Las principales fuentes de información sobre sexualidad son los padres (44.12%), profesores (18.82%) y personal de salud (10.0%).

El 48.23% de los encuestados enfáticamente respondieron no saber en qué consiste la doble protección; 22.94% señalaron que sí sabían en qué consiste la protección dual, pero por sus respuestas se consideró que su conocimiento es erróneo y sólo el 28.82% contestaron en forma adecuada. En el grupo de adolescente con vida sexual activa, el 40.91% saben correctamente qué es la doble protección, mientras que entre los célibes el 21.15% tienen el concepto adecuado sobre la protección dual. En la actualidad, el 12.13% de los que tienen relaciones sexuales aplican la doble protección.

Conclusiones: este trabajo genera evidencia de la falta de avance en el uso de métodos anticonceptivos adecuados para la población adolescente, como los anticonceptivos reversibles de acción prolongada y, especialmente, la anticoncepción dual. Los resultados subrayan la necesidad de fomentar el acceso y uso de métodos anticonceptivos desde el inicio de la vida sexual. Es apremiante el promover e impartir educación sexual integral dirigida a niños y adolescentes para evitar el inicio precoz de la vida sexual copulativa en los adolescentes, y los riesgos y consecuencias inherentes a ella (mortalidad materna, marginación, pobreza, deserción escolar debidas a embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual).

INTRODUCCIÓN

Vivir la adolescencia es experimentar cambios a un ritmo acelerado. Este periodo, que ocurre entre los 10 y 19 años, es una de las etapas de transición más importantes en la vida de las personas. En los adolescentes, la maduración sexual (incluyendo el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, la aparición de la menarquia-espermarquia y la fecundidad) se está presentando cada vez más tempranamente; las relaciones sexuales entre los adolescentes y jóvenes se están dando también a edades más tempranas, mientras que la edad de casamiento está aumentando, alargando de esta manera el lapso de fecundidad no marital, por lo que están expuestos a embarazos no planeados por más tiempo que las generaciones anteriores.

Desde hace años se ha advertido aumento en la estadística de los riesgos que enfrenta la población adolescente como el inicio no elegido, voluntario o desprotegido de su vida sexual, la exposición a embarazos no planeados o en condiciones de riesgo, y la exposición a una enfermedad de transmisión sexual (ETS); situaciones que pueden llegar a afectar el completo desarrollo y potencial de los adolescentes mexicanos. Durante el 2022, México registro 15.1% de embarazos adolescentes, de los cuales 10% correspondían a la Ciudad de México; la alcaldía Xochimilco ocupa el segundo lugar en embarazo adolescente en la capital, con más de 81 embarazos por cada 1,000 adolescentes. Dentro del panorama epidemiológico, tan solo hasta la semana 35 de vigilancia epidemiológica cursada durante septiembre de 2023, se han reportado 392 casos de herpes genital, 31,027 de vulvovaginitis y 826 de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) correspondientes a la Ciudad de México sin especificar edad; no obstante, se estima que 30% de los casos de ETS corresponden a personas con edades entre 18 y 30 años. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, los métodos que más utilizan las y los adolescentes con vida sexual activa, son los no hormonales (69.4%), seguido de los hormonales (26.3%).

Es muy común que los adolescentes inicien su vida sexual activa con muchos temores generados por la falta de información y educación sobre sexualidad integral (la cual debiese incluir información sobre prevención de embarazos adolescentes y adquisición de ETS). Comúnmente se menciona que este grupo etario no pregunta sobre dichos temas debido a la vergüenza porque en la mayoría de las familias se habla poco o nada sobre sexualidad, no se enseña en las escuelas y, desgraciadamente, los servicios de salud tampoco abordan el tema con claridad o se reproducen mitos y conceptos erróneos en consultas generales. El uso del condón puede no ser del todo efectiva, porque para que funcione es necesario tenerlo en el momento indicado para promover la doble protección o anticoncepción dual, es decir, el uso de condón junto con un método de acción prolongada, considerando que las elecciones y decisiones que los jóvenes hacen durante la

adolescencia, en especial en materia de salud sexual y reproductiva, influyen de manera importante en las posibilidades de acceder a educación, empleo y participación social y política.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Los adolescentes que asisten al Centro de Salud T-III Tulyehualco - Xochimilco saben qué significa y cómo usar doble protección?

JUSTIFICACIÓN

Todas las personas, incluidos los adolescentes, tienen derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos que desea tener de acuerdo a sus necesidades personales, expectativas reproductivas y condición de salud, a fin de lograr una mejor calidad de vida, por lo que la planificación familiar y la anticoncepción son un derecho humano reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos desde la década de los setenta. Así mismo, los Derechos Sexuales son una respuesta a las distintas necesidades humanas en torno a la sexualidad; son el pilar de los diversos valores que se enseñan a lo largo de la vida, por lo que la población mexicana tiene derecho a ejercer de forma plena y responsable aspectos de su sexualidad y exigir la efectividad de las instituciones que proporcionen información con sustento científico y acceso a los servicios de salud.

La estadística de los riesgos que enfrenta la población adolescente como el inicio no elegido, voluntario o desprotegido de su vida sexual, la exposición a embarazos no planeados o en condiciones de riesgo, y la exposición a una ETS ha aumentado en los últimos años, motivo por el cual el hablar de métodos anticonceptivos con los adolescentes y facilitarles la información correcta y el acceso a éstos, así como hacerles saber sobre el uso correcto de la doble protección (uso combinado simultáneo de preservativo y otro método), logrará mayor protección y efectividad, lo cual posibilitará la disminución de casos de embarazos adolescentes (y sus complicaciones) y la propagación de ETS.

APORTE A LA SOCIEDAD

La educación sexual es un pilar fundamental en la promoción de la doble protección con métodos anticonceptivos. Al brindar información y herramientas sobre salud sexual y reproductiva, se empodera a las personas para tomar decisiones informadas y responsables sobre su vida sexual. Esta doble protección no solo beneficia a los individuos que la utilizan, sino que también aporta de manera significativa a la sociedad en su conjunto, ya que promueve la salud, el bienestar y el respeto mutuo entre los individuos.

MARCO TEÓRICO

ADOLESCENTES

Según la definición de la OMS, los adolescentes son aquellas personas que formen parte del grupo etario asociado a las fases de la vida entre las edades de los 10 hasta los 19 años, quienes experimentan un periodo de crecimiento y desarrollo en un ritmo acelerado con la presencia de muchos cambios tanto físicos, biológicos, mentales y sociales.⁽¹⁾

ESTADÍSTICA EN MÉXICO

En la actualidad, la población juvenil, más específicamente los adolescentes, ha ido aumentando, por lo que las consecuencias asociadas a la toma de decisiones sobre su sexualidad y derechos reproductivos es más importante que nunca. De acuerdo con datos del INEGI, México cuenta con una población mayor a 126 millones de habitantes. De éstos, 17.3% corresponde a los adolescentes (personas con edades entre 10 y 19 años); de los cuales, más de 50% de los varones y más de 40% de las mujeres ya han tenido su primera relación sexual.^(2,3) Estas cifras resultan muy importantes por los principales riesgos que la población adolescente enfrenta: el inicio no elegido, voluntario o desprotegido de su vida sexual, la exposición a embarazos no planeados o en condiciones de riesgo, y la exposición a una ETS, lo cual puede afectar el completo desarrollo y potencial de los adolescentes mexicanos.

Desde hace años se ha advertido aumento en la estadística de los riesgos antes mencionados que enfrenta la población adolescente. Datos recopilados por el INEGI durante el 2018 y publicados en el 2021, a propósito del Día Mundial para la Prevención del Embarazo No Planificado en Adolescentes, revelan que 39% de las adolescentes encuestadas a nivel nacional (escolarizadas y no escolarizadas) no usaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual. Así mismo, durante el 2022, México registró 15.1% de embarazos adolescentes, de los cuales 10% correspondían a la Ciudad de México; el segundo lugar en embarazo adolescente de la capital correspondió a la alcaldía Xochimilco, con más de 81 embarazos por cada 1,000 adolescentes. Dentro del panorama epidemiológico, tan solo hasta la semana 35 de vigilancia epidemiológica cursada durante septiembre 2023 se han reportado 392 casos de herpes genital, 31,027 de vulvovaginitis y 826 de infección por VIH correspondientes a la Ciudad de México sin especificar edad de los casos; no obstante, se estima que 30% de los casos de ETS corresponden a jóvenes con edades de 18 a 30 años.⁽⁴⁻⁸⁾

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, los métodos que más utilizan las y los adolescentes con vida sexual activa son los no hormonales (incluyen: dispositivo intrauterino [DIU] de cobre, preservativo interno y externo, espermicidas y diafragma), con 69.4%, seguido de los hormonales (como las pastillas o píldoras, el inyectable, implante subdérmico, parches corporales, píldora de emergencia, DIU con hormonas y anillo vaginal), con 26.3%.⁽⁹⁾

MARCO LEGAL

Como se mencionó anteriormente, la adolescencia es una serie de etapas con muchos cambios y primeras experiencias, entre ellas la sexual. Es muy común que los adolescentes inicien su vida sexual activa con muchos temores generados por la falta de información y educación sobre sexualidad integral (la cual debiese incluir información sobre prevención de embarazos adolescentes y adquisición de ETS). Generalmente se menciona que este grupo etario no preguntan sobre dichos temas debido a la vergüenza, porque en la mayoría de las familias se habla poco o nada sobre sexualidad, no se enseña en las escuelas y, lamentablemente, los servicios de salud tampoco abordan el tema con claridad o se reproducen mitos y conceptos erróneos en consultas generales.⁽¹⁰⁾ Es imprescindible que el personal de salud recuerde que las elecciones y decisiones que las personas hacen durante la adolescencia, especial en materia de salud sexual y reproductiva, influyen de una manera importante en las posibilidades de acceder a educación, empleo y participación social y política, por lo que los mensajes de autocuidado son más importantes pues fomentan la preparación para tener una actividad sexual protegida.⁽⁹⁾

Todas las personas tienen derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos que desea tener de acuerdo a sus necesidades personales, expectativas reproductivas y condición de salud, a fin de lograr una mejor calidad de vida, por lo que la planificación familiar y la anticoncepción son un derecho humano reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos desde la década de los setenta; así mismo, los Derechos Sexuales son una respuesta a las distintas necesidades humanas en torno a la sexualidad, siendo el pilar de los diversos valores que se enseñan a lo largo de la vida, por lo que la población mexicana tiene derecho a ejercer de forma plena y responsable aspectos de su sexualidad y exigir la efectividad de las instituciones que proporcionen información con sustento científico y acceso a los servicios de salud. A continuación, se enumeran los 14 Derechos Sexuales certificados en la cartilla edición 2016:^(11,12,13)

1. Decidir sobre mi cuerpo y mi sexualidad.
2. Ejercer y disfrutar mi sexualidad.
3. Manifestar mis afectos públicamente.
4. Decidir con quién o quiénes me relaciono.
5. Respeto a mi privacidad e intimidad.
6. Vivir libre de violencia.
7. Decidir sobre mi vida reproductiva.
8. Igualdad.
9. Vivir libre de discriminación.
10. Información sobre sexualidad.

11. Educación integral en sexualidad.
12. Servicios de salud sexual y reproductiva.
13. Identidad sexual.
14. Participación en políticas públicas sobre sexualidad.

La Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar indica que, entre las actividades de salud, se encuentra el servicio de planificación familiar el cual debe ofrecerse sistemáticamente a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta. Los solicitantes del servicio deben quedar protegidos al igual que recibir consejería e información sobre cómo evitar embarazos no deseados, prevenir embarazos de alto riesgo y métodos anticonceptivos.

Entre la información sobre métodos anticonceptivos que debe ofrecer el servicio de planificación familiar se encuentra su disponibilidad, presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, así como si se puede proceder para su colocación y, en caso necesario, información de su costo fuera de la institución.⁽¹⁴⁾

La versión de este servicio para el grupo de los adolescentes es mejor conocido como Servicios Amigables. La Norma Oficial Mexicana 047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, explica que entre los objetivos de este servicio se encuentra la consejería integral para identificar y resolver dudas y/o necesidades en materia de salud sexual y reproductiva. Pudiendo solicitar los adolescentes directamente consejería sobre planificación familiar, salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, prevención del embarazo no planeado y prevención de las ETS, estando o no acompañados de su tutor o representante legal; en caso de no estar acompañados, se hará constar, a través de una carta consentimiento (apéndice c de la NOM-047-SSA2-2015), el hecho de recibir consejería por parte de dos servidores del área de la salud. La ausencia de responsables legales de un menor de edad no justifica la negativa de brindar la atención médica que corresponda, ya que se violentarían sus derechos sexuales y reproductivos antes mencionados. ⁽¹⁵⁾

ANTICONCEPTIVOS Y LA DOBLE PROTECCIÓN

El objetivo de otorgar orientación y consejería sobre metodología anticonceptiva es apoyar la toma de decisiones autónomas y voluntarias sobre la vida sexual y reproductiva, además de seleccionar el método anticonceptivo que mejor se adecue a las necesidades y preferencias del paciente; sin embargo, existe también el objetivo de promover el uso de la doble protección, la cual consiste en explicar que es el uso de un método anticonceptivo moderno (como el dispositivo intrauterino, anticonceptivos orales, anticonceptivos inyectables y el anillo vaginal) además del uso de un método anticonceptivo de barrera (condón interno o externo), con el objetivo de prevenir un embarazo no

deseado y una ETS. El uso combinado de métodos anticonceptivos eleva la eficacia, ya sea que el paciente tenga una relación exclusiva, formal o informal, presentando 99% de efectividad. ^(12,16)

Métodos anticonceptivos

La definición de los métodos anticonceptivos es el uso de cualquier práctica, método, dispositivo o procedimiento quirúrgico para evitar que ocurra un embarazo no deseado en una persona o pareja sexualmente activa.⁽¹²⁾ Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad, los métodos anticonceptivos se clasifican en temporales y permanentes.^(12,14) Los métodos temporales en la actualidad posee diversas subdivisiones; en algunas se engloba o aísla respectivamente métodos cuya presentación puede o no tener hormonas (por ejemplo, los dispositivos intrauterinos); otra subdivisión de esta clasificación es respecto a si los métodos anticonceptivos son de acción prolongada o de corta duración;⁽¹⁷⁾ también depende de la fuente a consultar si se incluye o excluye la anticoncepción de emergencia, lo mismo que la lactancia materna y amenorrea.⁽¹²⁾ Hay literatura que excluye los métodos naturales o de abstinencia por considerarlos poco o nulos respecto a su efectividad anticonceptiva. Es importante también mencionar que en la actualidad varios métodos anticonceptivos temporales como el DIU y, en general, los anticonceptivos hormonales están siendo llamados “métodos anticonceptivos modernos”.⁽¹²⁾ Considerando estos antecedentes se ha realizado la siguiente tabla: ^(12,14)

Tabla 1: Métodos anticonceptivos.						
	Métodos			Efectividad anticonceptiva	De acción prolongada (DAP) o de corta duración (DCD)	Protección frente a ETS
Métodos temporales	Anticonceptivos hormonales	s	Anticonceptivos hormonales combinados (compuestos por estrógeno más progestágeno)	92-99%	DCD	X
			- Hormonales orales	99%	DAP	X
			- Hormonales inyectables de aplicación mensual	91%	DCD	X
			- Parche dérmico	91%	DCD	X
			- Anillo vaginal			

		Anticonceptivos con progestágeno solo - Hormonales orales - Hormonales inyectables de aplicación bimestral o trimestral - Implante subdérmico	92-97%	DCD	X
			99%	DAP	X
			99%	DAP	X
	Dispositivos intrauterinos	Hormonales Liberadores de levonorgestrel	95-99%	DAP	X
		No hormonales Fabricados con cobre, cobre con plata o cobre con oro	95-99%	DAP	X
	Métodos de barrera	- Condón externo o condón masculino	85-97%	DCD	✓
		- Condón interno o condón femenino	79-97%	DCD	✓
		- Espermicidas	72%	DCD	X
		- Diafragma y capuchón cervical	88%	DCD	X
	Métodos naturales o basados en el conocimiento de la fertilidad	Basados en los síntomas - Métodos de los dos días - Método de la temperatura basal - Método de la ovulación (del moco cervical o Billings) y sintotérmico	70-100%	DCD	X
		70-100%	DCD	X	
		70-100%	DCD	X	
Basados en el calendario		70-100%	DCD	X	

		Método de ritmo, Ogino-Knaus o calendario y de los días fijos (8 a 19 del ciclo)			
		Abstinencia	70-100%	DCD	X
		Coito interrumpido	70-78%	DCD	X
Métodos permanentes	Oclusión tubárica bilateral		99%	DAP	X
	Vasectomía		99%	DAP	X
La NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, no considera la lactancia materna y la amenorrea como método anticonceptivo.					

Fuente: Elaborado con base en NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México (2022) y Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores (2022).

Los anticonceptivos de emergencia o también llamados anticoncepción poscoital se refiere a ciertos anticonceptivos hormonales, mejor denominados “píldoras del día después”, actúan previniendo o retrasando la ovulación posterior al coito, o la colocación de un DIU de cobre, siendo una medida de emergencia para prevenir un embarazo no deseado e indicados en mujeres que hayan tenido relaciones sexuales sin protección o la falla del método anticonceptivo de elección, así como en mujeres víctimas de violación.^(12,17) No obstante, la NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, no considera las píldoras del día después como un método anticonceptivo dentro de la planificación familiar,⁽¹⁴⁾ por lo que debe orientarse a la paciente sobre los efectos secundarios derivados del propio método y del abuso de su toma, así como explicar que no se trata de un método abortivo en caso de presentar una gestación en el momento presente. ⁽¹⁷⁾ Por otro lado, el uso del DIU de cobre posee una tasa de fracaso menor que los métodos orales de anticoncepción de emergencia, pudiendo utilizarse como método anticonceptivo de manera continua posterior a su inserción.⁽¹⁸⁾

Tabla 2: Anticonceptivos de emergencia.	
Anticonceptivos de emergencia	Hormonal - Hormonales orales combinados - Hormonales con progestágeno solo - Antiprogestágeno
	No hormonal Dispositivo intrauterino T de cobre

Fuente: Elaborado con base en NOM 005-SSA2-1993, *De los servicios de planificación familiar, Lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México (2022)* y *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores (2022)*.

Cualquier método anticonceptivo puede iniciarse en el momento en que la mujer lo solicita, en cualquier fase del ciclo menstrual, al igual que en otros momentos de su historia reproductiva (posterior al parto, luego de un aborto o inmediatamente después del uso de un anticonceptivo de emergencia) siempre y cuando se tenga certeza razonable de que no hay riesgo de la presencia de una gestación actual, y asegurando en todo momento la elegibilidad médica del método. También se requiere informar que hay métodos anticonceptivos que adicionalmente requieren que la persona se abstenga de tener relaciones sexuales o que utilice protección local (condones) hasta el inicio del efecto anticonceptivo (*Tabla 3*); el cual dependerá del su mecanismo de acción y del momento del ciclo menstrual en que inicie su uso. ⁽¹²⁾

Tabla 3: Anticonceptivos, efecto anticonceptivo y protección anticonceptiva adicional.		
Tipo de anticonceptivo	Efecto anticonceptivo	¿Requiere protección anticonceptiva adicional?
Hormonales combinados (orales, inyectables, parches y anillo vaginal)	Se alcanza hasta 7 días después de su inicio	Sí
Hormonales orales con progestágeno solo	Se alcanza hasta 2 días después (48 horas)	Sí
Hormonales inyectables de progestágeno solo	Se alcanza hasta 7 días después de su inicio	Sí
Implante subdérmico	Se alcanza hasta 7 días después de su inicio	Sí

DIU hormonal	Se alcanza hasta 7 días después de su inicio	Sí
DIU no hormonal	Inmediata	No
Métodos de barrera	Inmediata	No

Fuente: Lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México (2022).

Doble protección

Pese a que pareciera fácil ofertar el uso de dos métodos anticonceptivos (moderno y de barrera), esto resulta a veces difícil, pues entre las inquietudes más frecuentes, que se asocian al uso de otros métodos anticonceptivos que no sean de barrera para las mujeres adolescentes, se encuentra el temor hacia los métodos anticonceptivos hormonales y los “estragos” que pudiesen ocasionar sobre el cuerpo femenino. Cabe aclarar que los diferentes criterios de elegibilidad disponibles para el uso de anticonceptivos (Tabla 4), así como documentos con directrices para el uso de anticonceptivos en adolescentes, establecen a la menarquia como un punto de partida aceptable para el uso de anticonceptivos hormonales sin restricciones o de una manera en la que los beneficios del método superen a los posibles riesgos. Así mismo, respecto a los implantes subdérmicos y DIU se ha visto una mejor continuidad con el uso de estos métodos anticonceptivos de acción prolongada, que con los métodos de acción más breve o que requieren un uso diario o rutinario. ⁽¹⁸⁾ La edad como único criterio no es una razón para negar cualquier tipo de anticonceptivo a las adolescentes.

Tabla 4: Clasificación de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.		
Categoría	Con elementos diagnósticos clínicos suficientes	Con diagnóstico clínico limitado
1	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo	Sí se puede usar el método
2	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método supera a los riesgos teóricos o demostrados	
3	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método	NO se puede usar el método
4	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud	

Fuente: Lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México (2022).

A pesar de lo anterior, por la situación predominante de los adolescentes, el preservativo (generalmente externo) es el método anticonceptivo que históricamente se ha recomendado de manera regular a este grupo etario, ya que no requiere de receta médica y es el único que previene de embarazos no deseados y de las ETS. ⁽⁹⁾

El hablar de métodos anticonceptivos con los adolescentes y facilitarles la información correcta y el acceso a éstos, al igual que el uso correcto de la doble protección de manera combinada (preservativos y otro método), logrará una mayor protección y efectividad, permitiendo la disminución de casos de embarazos adolescentes (y sus complicaciones) y la propagación de ETS.

OBJETIVOS

PRINCIPAL

Conocer cuántos de los adolescentes que asisten al Centro de Salud T-III Tulyehualco saben que es y cómo usar la doble protección.

ESPECÍFICOS

- Saber si los adolescentes que asisten al Centro de Salud T-III Tulyehualco practican de forma efectiva la doble protección
- Determinar cuántos de los adolescentes que asisten al Centro de Salud T-III Tulyehualco usan al menos un método anticonceptivo
- Identificar el promedio de edad del inicio de la vida sexual activa de los adolescentes que asisten al Centro de Salud T-III Tulyehualco

HIPÓTESIS

H0

Los adolescentes que asisten al Centro de Salud T-III Tulyehualco – Xochimilco saben que usar doble protección es el uso de un método anticonceptivo de barrera y un método anticonceptivo hormonal

H1

Los adolescentes que asisten al Centro de Salud T-III Tulyehualco – Xochimilco no saben que usar doble protección es el uso de un método anticonceptivo de barrera y un método anticonceptivo hormonal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y descriptivo. La población analizada fue una muestra no probabilística por conveniencia que incluyó sujetos adolescentes de cualquier género, con edades entre nueve y 18 años, que acudieron a consulta médica al Centro de Salud T-III Tulyehualco entre octubre de 2023 y marzo de 2024. A todos los participantes se les aplicó un cuestionario de 27 ítems (Anexo 1) relacionados con la vida sexual del adolescente y su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

CRITERIOS

Crterios de inclusión

Sujetos de cualquier género con edades entre nueve y 18 años, que respondiesen voluntariamente todas las preguntas del cuestionario aplicado.

Crterios de exclusión

Personas mayores de 18 años, niños menores de nueve años, individuos que no quisieran responder una o varias de las preguntas del cuestionario.

Crterios de eliminación

Todos los cuestionarios cuyas preguntas obligatorias estén incompletas, cuestionarios que hayan sido llenados erróneamente o con múltiples enmendaduras.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó con base en las propiedades del teorema del límite central el cual establece que, si el tamaño de la muestra es suficientemente grande, las distribuciones de las medias muestrales seguirá una distribución normal. El teorema de límite central considera una muestra como grande cuando su tamaño es superior a 30, por lo tanto, el tamaño mínimo de la muestra considerado para la realización de la presente investigación fue de por lo menos 30 participantes.

TÉCNICA DE MUESTREO.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para fines de esta investigación se consideró inicio de la vida sexual activa la edad en que el encuestado tuvo su primera relación sexual, independientemente de que ésta fuera vaginal, anal o sólo oral.

El cuestionario fue aplicado al adolescente por un enfermero o por un médico de servicio social. Los entrevistados podían elegir responder el cuestionario frente a sus padres o tutores, o hacerlo de manera privada sin la presencia de éstos.

ENCUESTA

Rontomé C y Cantón J elaboraron una encuesta piloto sobre hábitos sexuales de riesgo, validada internacionalmente. Esta encuesta fue modificada por Roberto González-Habib y colaboradores en 2019, para su aplicación en población mexicana. (19) Nuestra encuesta se basó en esta versión modificada.

El cuestionario (Anexo 1) incluyó preguntas agrupadas en las siguientes categorías:

- I. Características sociodemográficas (edad, sexo, grado de estudio, estado civil, residencia en la delegación Xochimilco);
- II. II. Toxicomanías (consumo de alcohol o drogas);
- III. III. Aspectos sobre sexualidad (conocimiento de la sexualidad, fuentes de información, edad al inicio de vida sexual activa [IVSA], edad de la pareja al momento que el adolescente tuvo su primera relación sexual, tipo de relación sexual, uso de preservativo en el IVSA, orientación sexual, parejas sexuales que ha tenido desde el IVSA);
- IV. IV. Salud sexual (uso actual de preservativo, razones de no usar preservativo en la primera relación sexual, precauciones para evitar el embarazo en la primera relación sexual y en las relaciones actuales, conocimiento y uso del método de la doble protección);
- V. V. Enfermedades de transmisión sexual (ETS diagnosticadas, número de parejas sexuales simultáneas, sexo grupal).
- VI.

Aspectos éticos. Los sujetos entrevistados participaron voluntariamente en la aplicación del cuestionario. En ningún caso se solicitaron datos personales que permitieran reconocer la identidad del adolescente, por lo que se respetó su anonimato y no se requirió consentimiento informado del entrevistado o del padre o tutor. La realización del estudio fue autorizada por la dirección del Centro de Salud T-III Tulyehualco.

Análisis estadístico. Para el análisis descriptivo se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar, intervalo intercuartílico y rango).

Para las variables cuantitativas se determinó rango, media y desviación estándar, así como mediana y moda; para las cualitativas, frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS: CUADROS Y GRÁFICAS

Tabla 5: Edad.			
	Hombres (n = 63)	Mujeres (n = 107)	Total (N = 170)
Media	14.40	15.37	15.01
Desviación estándar	2.19	2.37	2.35
Mediana	14	15	14
Moda	13	14	13
Rango			
Min	10	10	10
Max	19	19	19

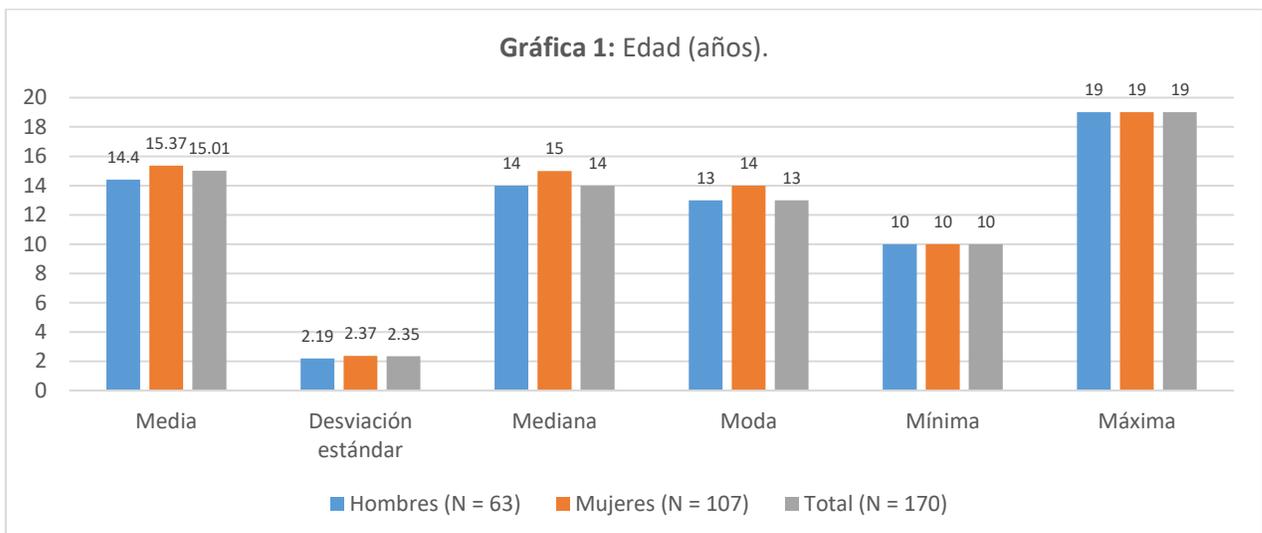


Tabla 6: Sexo biológico.			
	Hombres	Mujeres	Total
Total	63	107	170

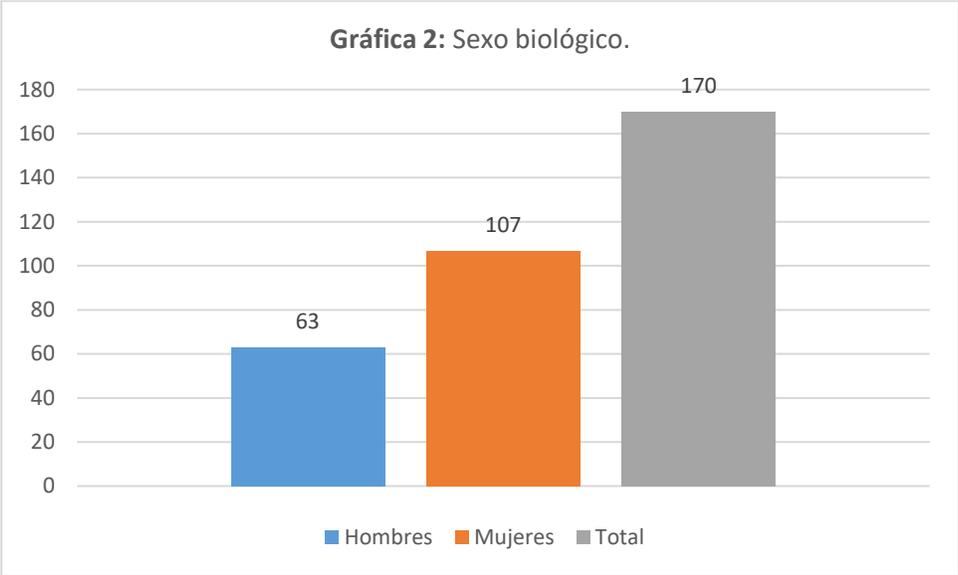


Tabla 7: Grado máximo de estudios.						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeta	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Primaria	5	7.94	11	10.28	16	9.41
Secundaria	48	76.19	60	56.07	108	63.53
Bachillerato	9	14.29	27	25.23	36	21.18
Universidad	1	1.59	9	8.41	10	5.88
Total	63	100.00	107	100.00	170	100.00

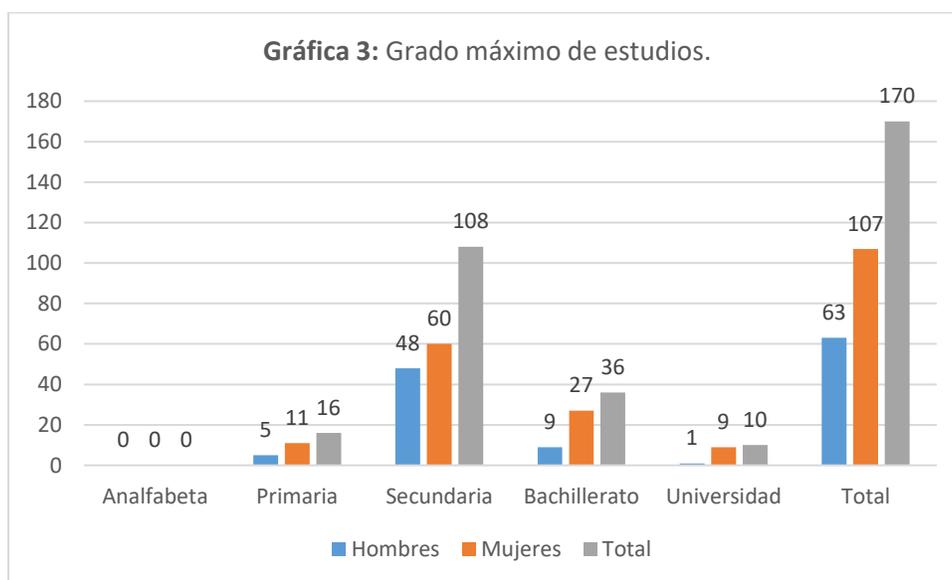


Tabla 8: Estado civil.						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Soltero	58	92.06	97	90.65	155	91.18
Casado	5	7.94	10	9.35	15	8.82
Otro	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	63	100.00	107	100.00	170	100.00

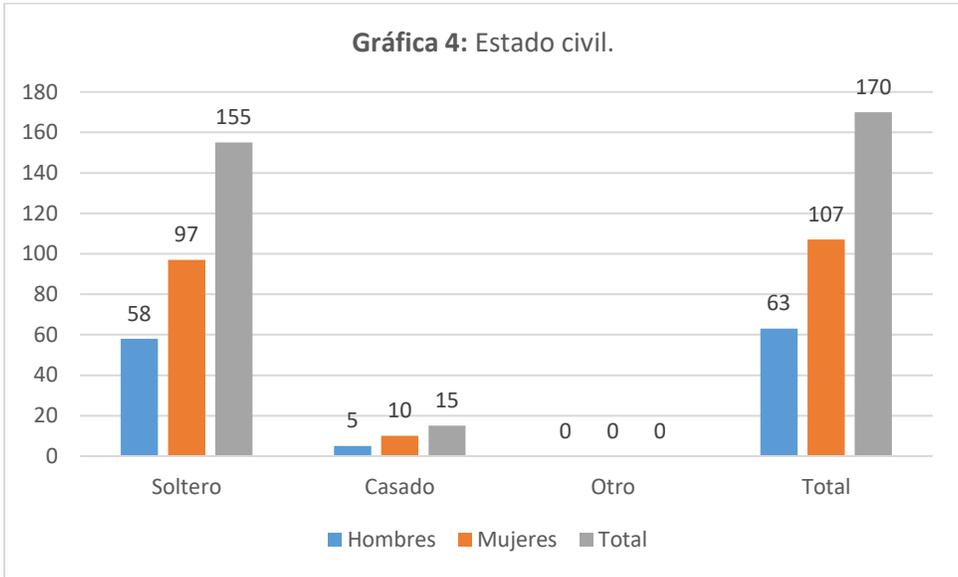


Tabla 9: Habita en Xochimilco.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	56	88.89	89	83.18	145	85.29
No	7	11.11	18	16.82	25	14.71
Total	63	100.00	107	100.00	170	100.00

Gráfica 5: Habita en Xochimilco.

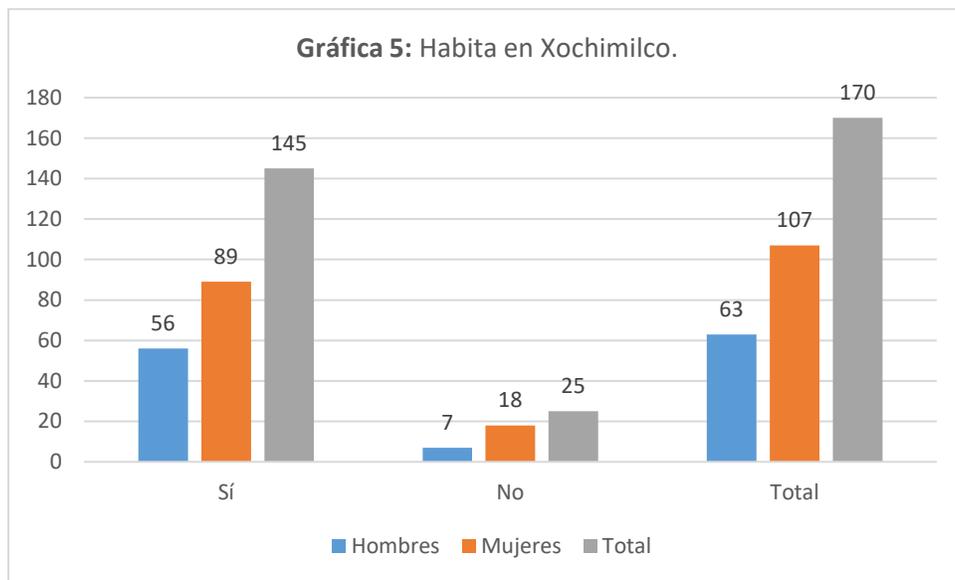


Tabla 10: Consumo de bebidas alcohólicas de cualquier tipo en las últimas fiestas a las que ha asistido.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	14	22.22	43	40.19	57	33.53
No	49	77.78	64	59.81	113	66.47
Total	63	100.00	107	100.00	170	100.00

Gráfica 6: Consumo de bebidas alcohólicas de cualquier tipo en las últimas fiestas a las que ha asistido.

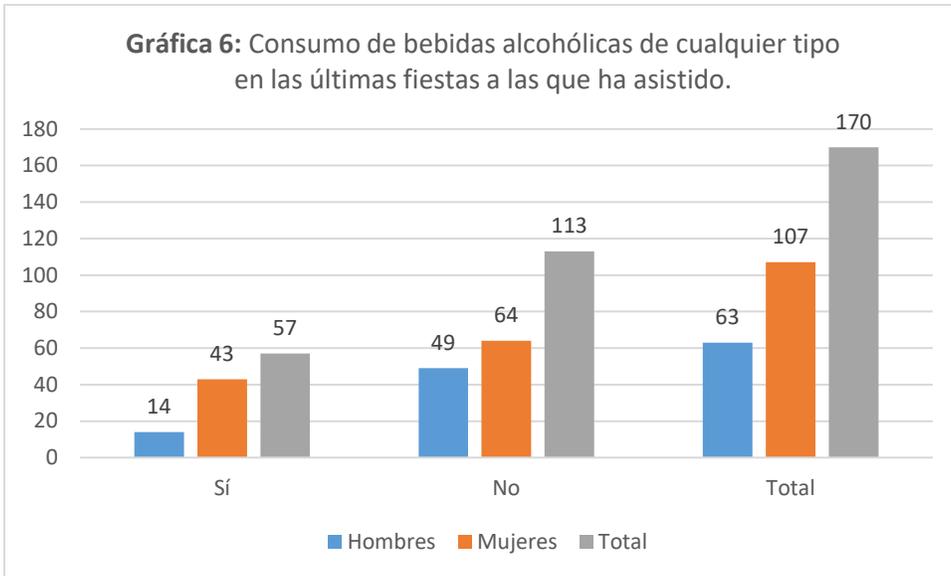


Tabla 11: Consumo de cualquier tipo de drogas en las últimas fiestas a las que ha asistido.						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	6	9.52	3	2.80	9	5.29
No	57	90.48	104	97.20	161	94.71
Total	63	100.00	107	100.00	170	100.00

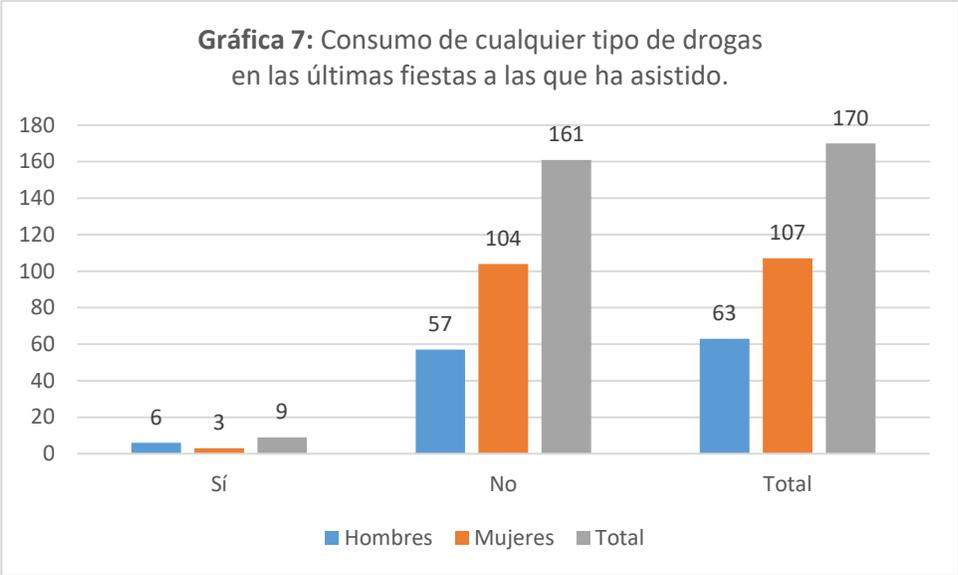


Tabla 12: Habla con los padres sobre salud sexual.						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	31	49.21	73	68.22	104	61.18
No	32	50.79	34	31.78	66	38.82
Total	63	100.00	107	100.00	170	100.00

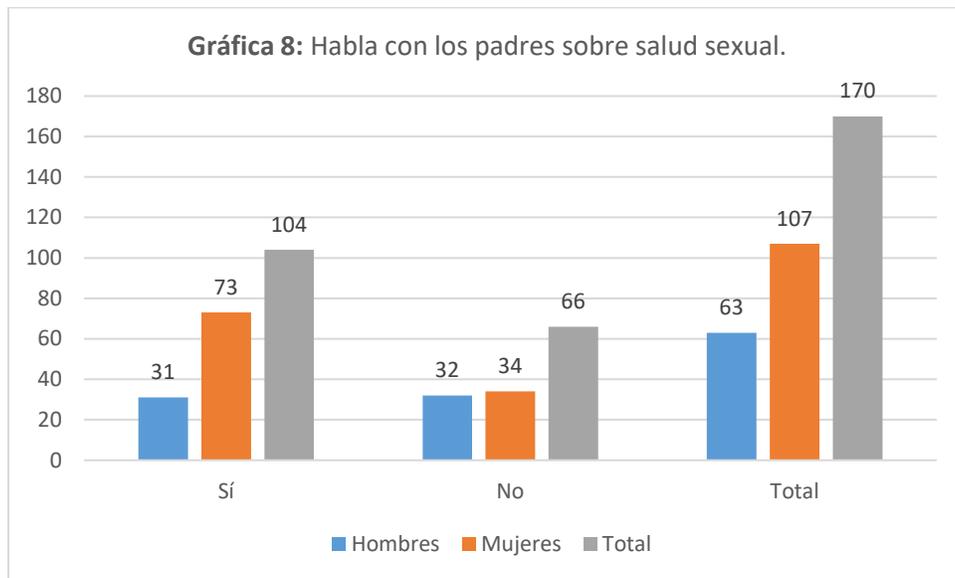


Tabla 13: Principal fuente de información sobre salud sexual y reproductiva.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Padres	26	41.27	49	45.79	75	44.12
Hermanos	2	3.17	8	7.48	10	5.88
Familiares	3	4.76	3	2.80	6	3.53
Amigos	3	4.76	10	9.35	13	7.65
Profesores	12	19.05	20	18.69	32	18.82
Pareja	0	0.00	1	0.93	1	0.59
Personal de Salud	7	11.11	10	9.35	17	10.00
Medios comunicación	5	7.94	3	2.80	8	4.71
Nadie	5	7.94	3	2.80	8	4.71
Total	63	100.00	107	100.00	170	100.00

Gráfica 9: Principal fuente de información sobre salud sexual y reproductiva.

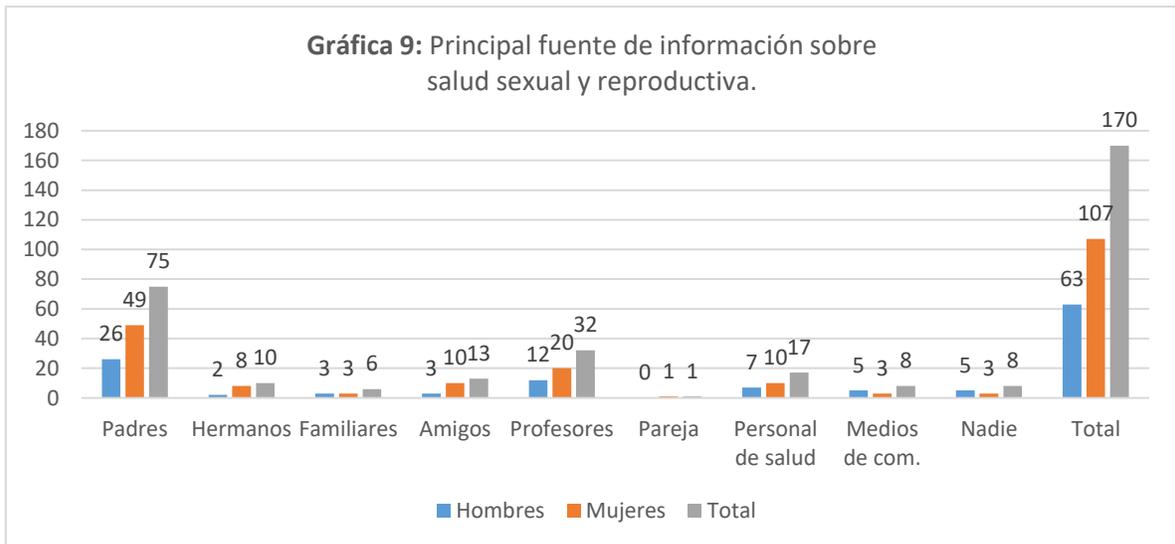


Tabla 14: Vía de la primera relación sexual.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Oral	2	3.17	7	6.54	9	5.29
Vaginal	16	25.40	36	33.64	52	30.59
Anal	2	3.17	0	0.00	2	1.18
Mixta	1	1.59	2	1.87	3	1.76
No ha IVSA	42	66.67	62	57.94	104	61.18
Total	63	100.00	107	100.00	170	100.00

Abreviaturas: IVSA = inicio de vida sexual activa.

Gráfica 10: Vía de la primera relación sexual.

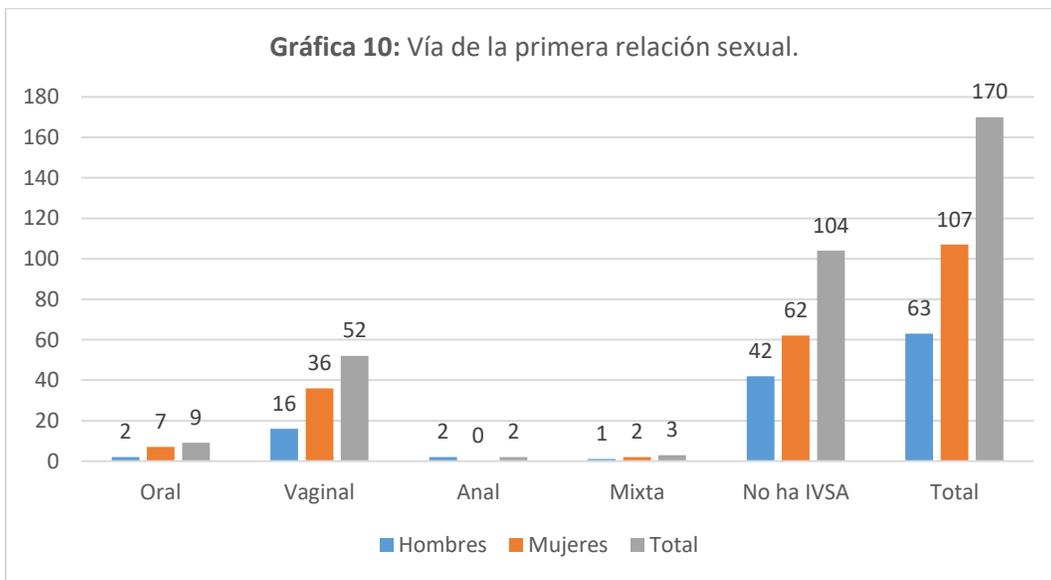


Tabla 15: Edad de inicio de vida sexual activa.			
	Hombres (N = 21)	Mujeres (N = 45)	Total (N = 66)
Media	14.19	15.20	14.88
Desviación Estándar	2.32	1.95	2.11
Mediana	14	15	15
Moda	13	15	15
Rango			
Mínima	9	11	9
Máxima	18	18	18

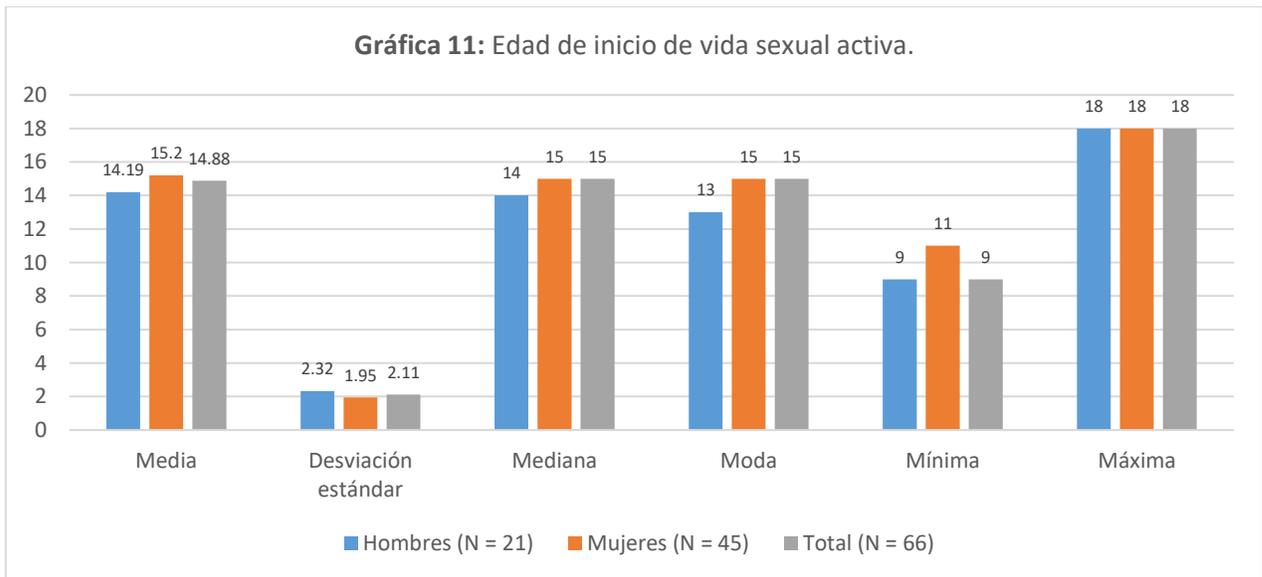


Tabla 16: Uso de preservativo en la primera relación sexual.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	7	33.33	21	46.67	28	42.42
No	14	66.67	24	53.33	38	57.58
Total	21	100.00	45	100.00	66	100.00

Gráfica 12: Uso de preservativo en la primera relación sexual.

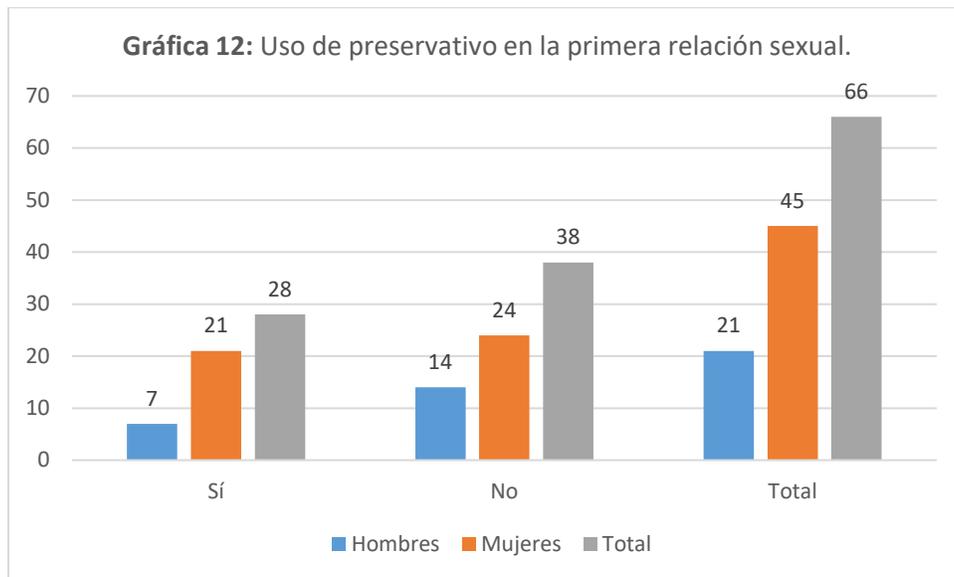


Tabla 17: Edad de la primera pareja sexual.			
	Hombres (N = 21)	Mujeres (N = 45)	Total (N = 66)
Media	15.38	17.09	16.55
Desviación Estándar	2.50	2.31	2.49
Mediana	15	17	17
Moda	13	15	15
Rango			
Mínima	12	13	12
Máxima	19	23	23

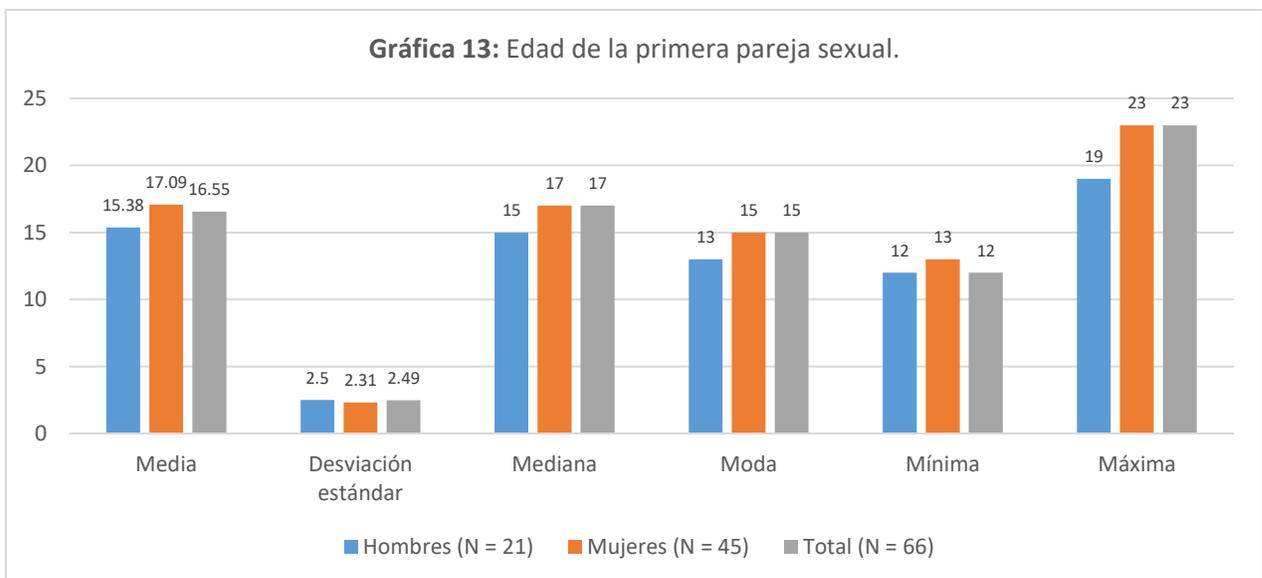


Tabla 18: Ha tenido sexo oral.						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	8	12.70	31	28.97	39	22.94
No	55	87.30	76	71.03	131	77.06
Total	63	100.00	107	100.00	170	100.00

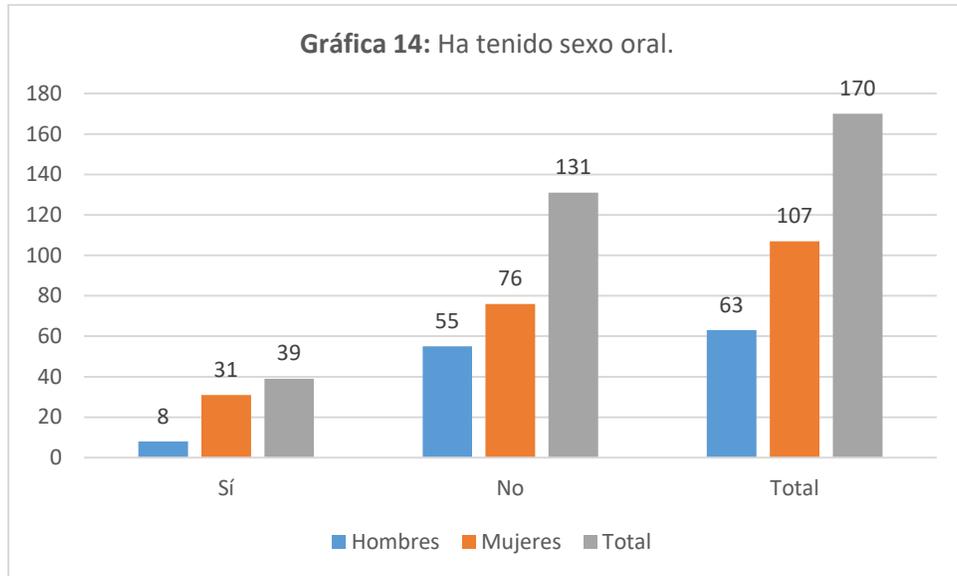


Tabla 19: Ha tenido sexo anal.						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	4	6.35	5	4.67	9	5.29
No	59	93.65	102	95.33	161	94.71
Total	63	100.00	107	100.00	170	100.00

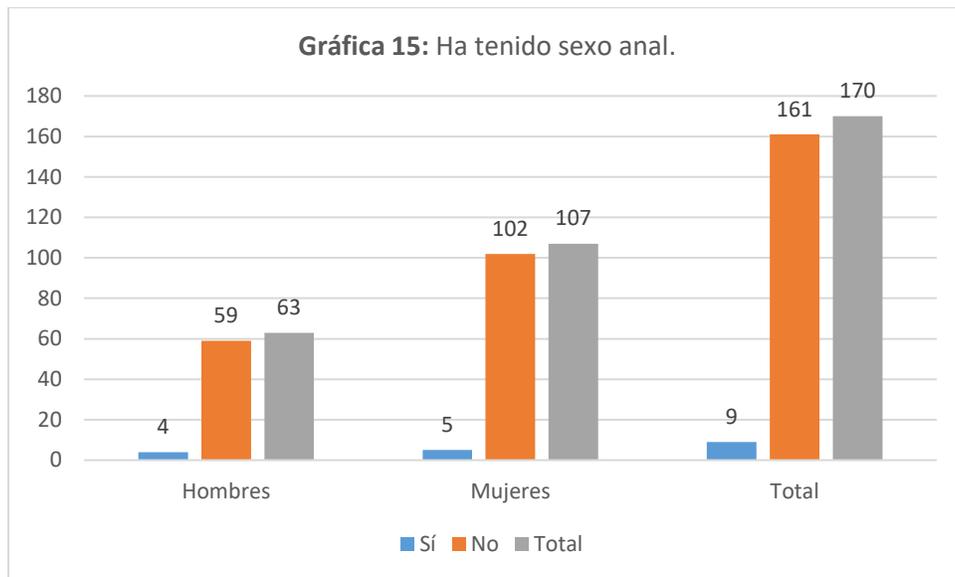


Tabla 20: Diversidad sexual.						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sólo con hombres	4	19.05	40	88.89	44	66.67
Por lo general con hombres, pero al menos una vez con una mujer	0	0.00	2	4.44	2	3.03
Sólo con mujeres	17	80.95	1	2.22	18	27.27
Por lo general con mujeres, pero al menos una vez con un hombre	0	0.00	1	2.22	1	1.52
Igual, hombres y mujeres	0	0.00	1	2.22	1	1.52
Total	21	100.0	45	100.0	66	100.0

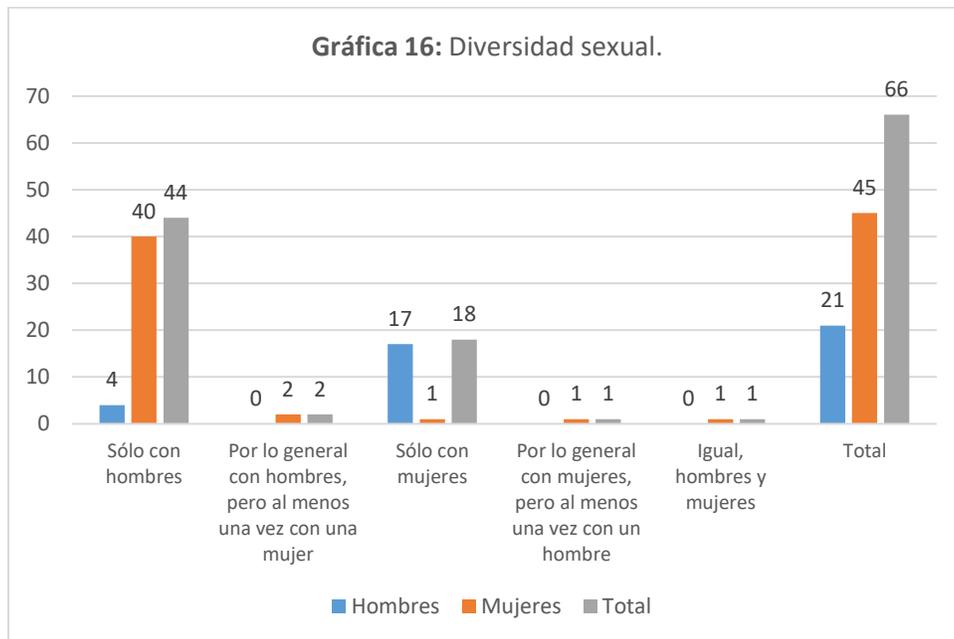


Tabla 21: Orientación sexual.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Heterosexual	20	95.24	33	73.33	53	80.30
Homosexual	1	4.76	2	4.44	3	4.55
Bisexual	0	0.00	7	15.56	7	10.61
Otra	0	0.00	3	6.67	3	4.55
Total	21	100.00	45	100.00	66	100.00

Gráfica 17: Orientación sexual.

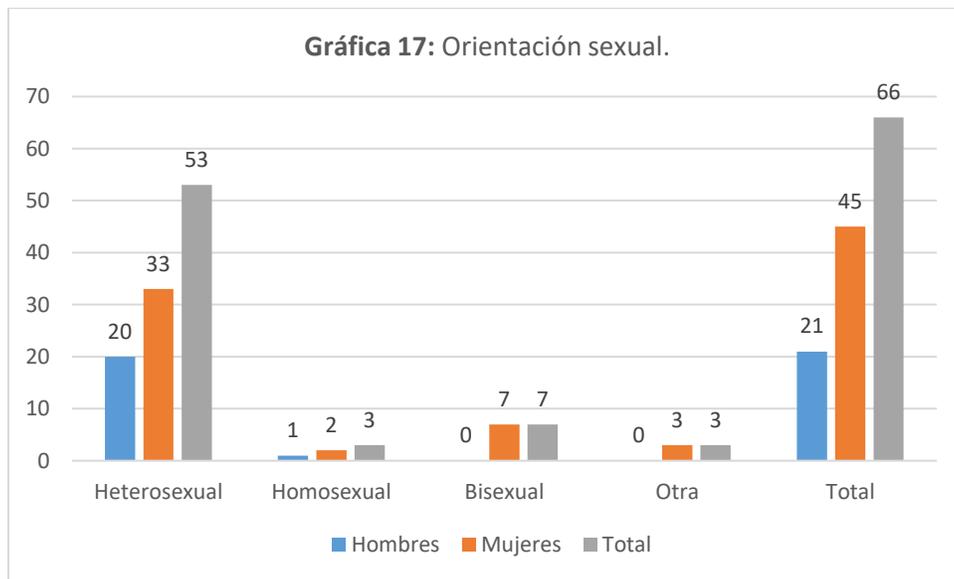


Tabla 22: Número parejas sexuales.			
	Hombres (N = 21)	Mujeres (N = 45)	Total (N = 66)
Media	1.81	2.16	2.05
Desviación estándar	1.21	1.41	1.35
Mediana	1	2	1.5
Moda	1	1	1
Rango			
Mínimo	1	1	1
Máximo	5	6	6

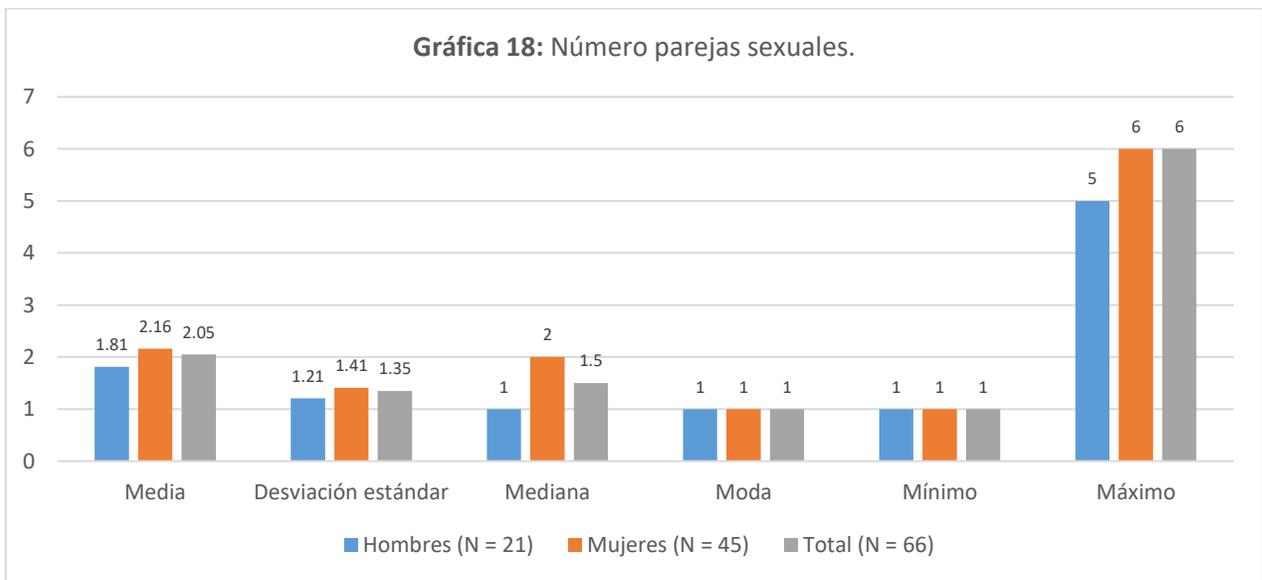


Tabla 23: Uso actual de preservativo.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	14	66.67	27	60.00	41	62.12
No	7	33.33	18	40.00	25	37.88
Total	21	100.00	45	100.00	66	100.00

Grafica 19: Uso actual de preservativo.

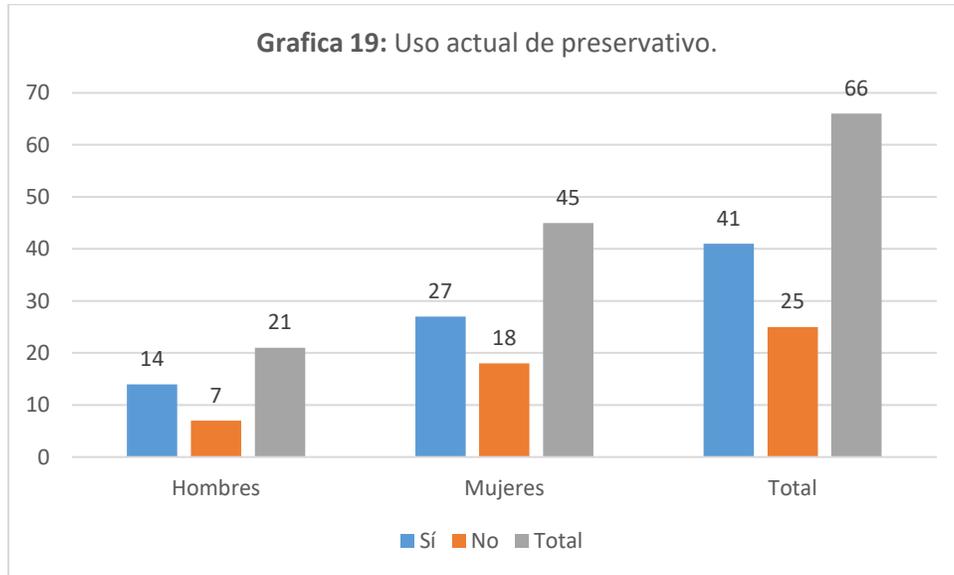


Tabla 24: Causa de no usar preservativo la primera vez.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
No hablaron del tema	4	19.05	7	15.56	11	16.67
Dificultad de uso	0	0.00	0	0.00	0	0.00
No tenían condones	4	19.05	4	8.89	8	12.12
Conocía bien a la pareja	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Mi pareja no quería usarlo	2	9.52	2	4.44	4	6.06
Yo no quería usarlo	1	4.76	1	2.22	2	3.03
Otro MPF	1	4.76	1	2.22	2	3.03
Violación	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Solo fue sexo oral	1	4.76	6	13.33	7	10.61
Impotencia con condón	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Enamorado	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Sin condón se sentía mejor	1	4.76	1	2.22	2	3.03
Alcohol/Drogas	0	0.00	1	2.22	1	1.52
Deseo descontrolado	0	0.00	1	2.22	1	1.52
Intento de tener hijos	0	0.00	0	0.00	0	0.00
No había riesgos	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Otra razón	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Sí se usó preservativo	7	33.33	21	46.67	28	42.42
Total	21	100.00	45	100.00	66	100.00

Abreviaturas: MPF = método de planificación familiar.

Gráfica 20: Causa de no usar preservativo la primera vez.

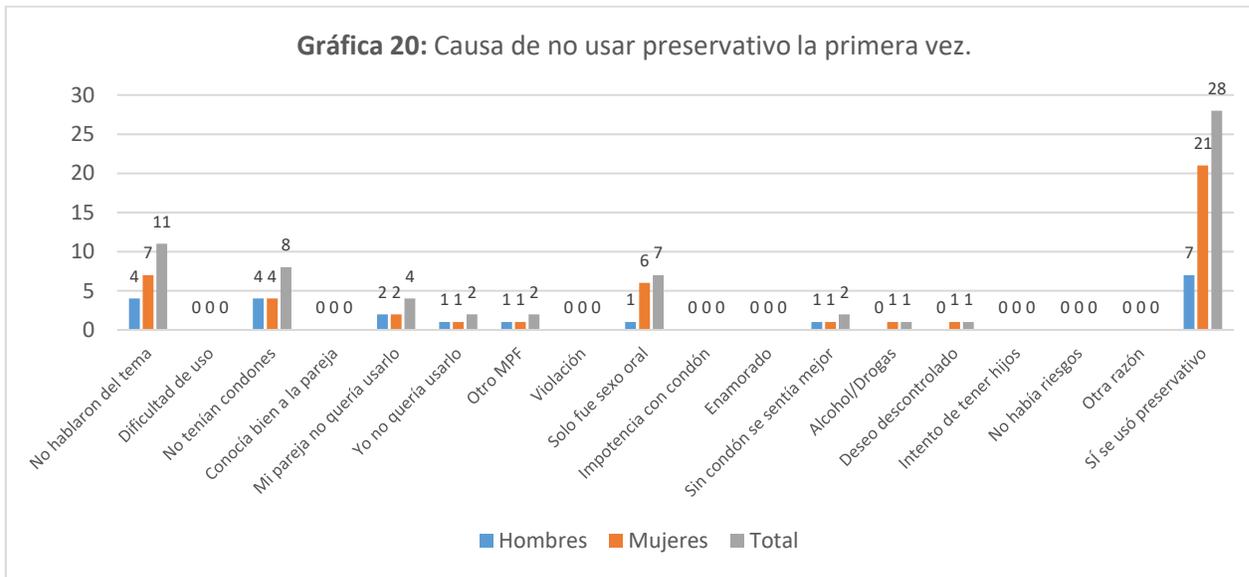


Tabla 25: Precauciones para evitar un embarazo.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	15	71.43	25	55.56	40	60.61
No	5	23.81	12	26.67	17	25.76
No hubo penetración	1	4.76	8	17.78	9	13.64
Total	21	100.00	45	100.00	66	100.00

Gráfica 21: Precauciones para evitar un embarazo.

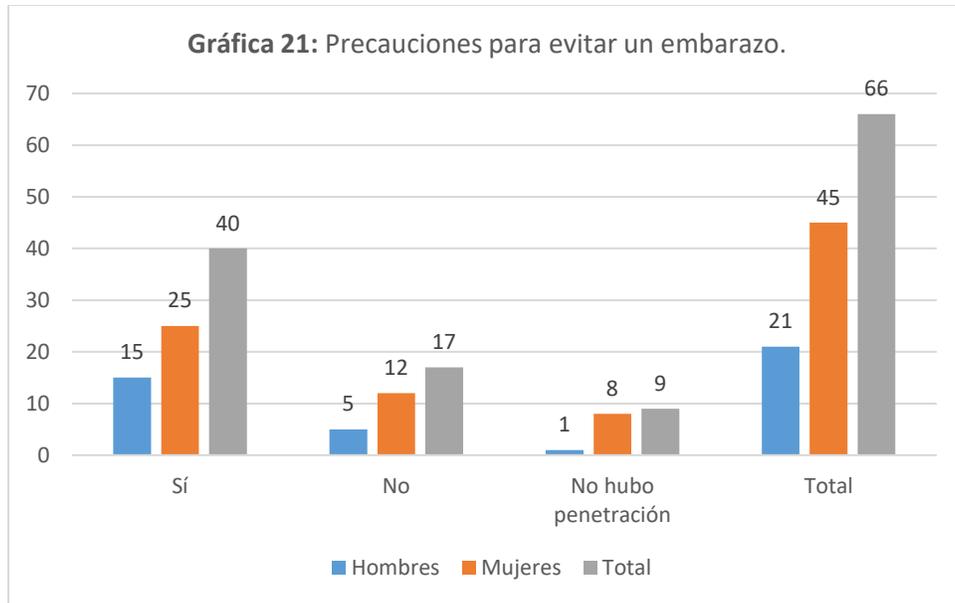


Tabla 26: Método de planificación familiar actual.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Preservativo	14	66.67	20	44.44	34	51.52
Pastillas hormonales	0	0.00	2	4.44	2	3.03
Coito interrumpido	1	4.76	4	8.89	5	7.58
Píldora de emergencia	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ritmo	0	0.00	0	0.00	0	0.00
DIU	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Anillo vaginal	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Parche hormonal	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Sexo durante el periodo	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Implante	2	9.52	4	8.89	6	9.09
Inyectable	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ninguno	4	19.05	15	33.33	19	28.79
Total	21	100.00	45	100.00	66	100.00

Abreviaturas: DIU = dispositivo intrauterino.

Gráfica 22: Método de planificación familiar actual.

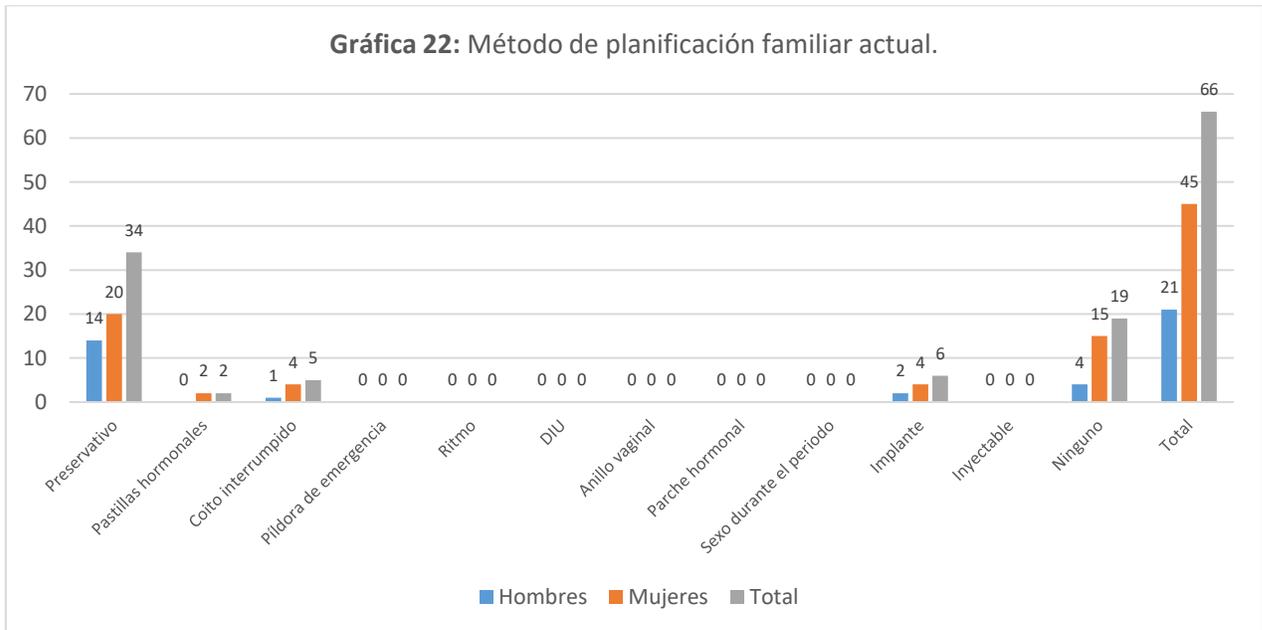


Tabla 27: Conocimiento de la doble protección.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Doble condón	5	7.94	3	2.80	8	4.71
Condón + P. emergencia	14	22.22	17	15.89	31	18.24
Condón + P. hormonal	1	1.59	4	3.74	5	2.94
Condón + Implante/DIU	5	7.94	6	5.61	11	6.47
Condón + MPF	7	11.11	26	24.30	33	19.41
No	31	49.21	51	47.66	82	48.24
Total	63	100.00	107	100.00	170	100.00

Abreviaturas: P = píldora. DIU = dispositivo intrauterino. MPF = método de planificación familiar.

Gráfica 23: Conocimiento de la doble protección.

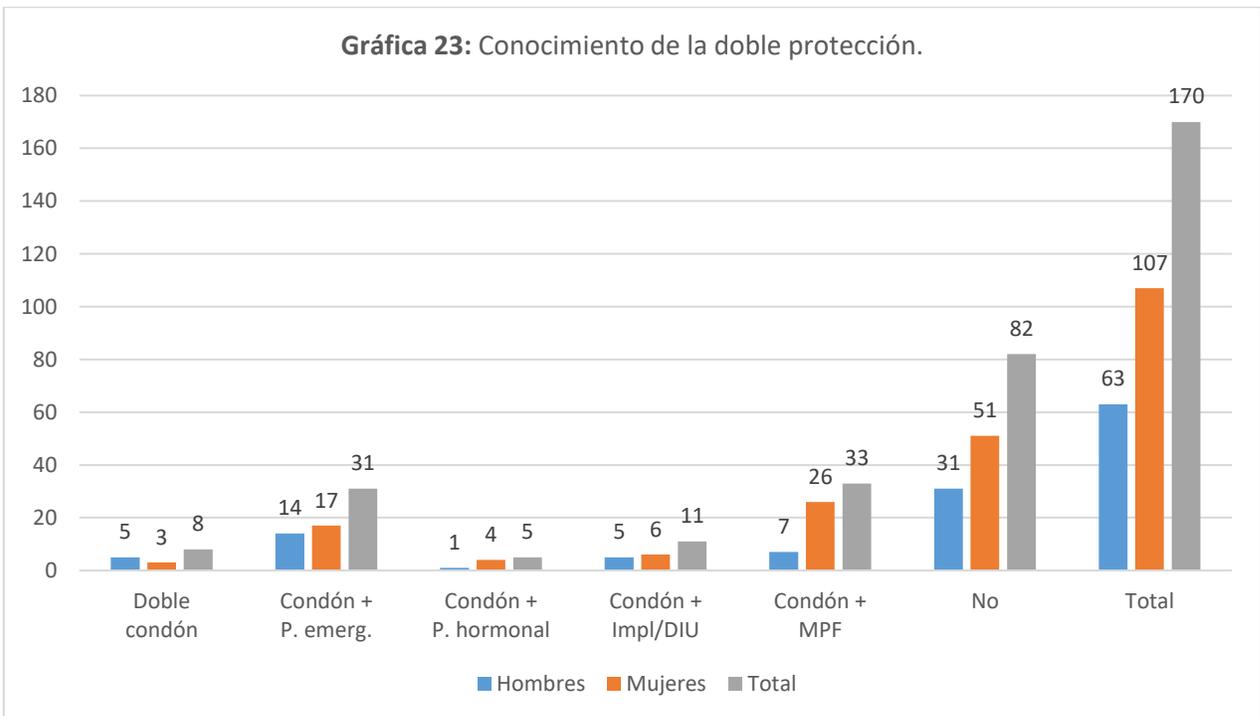


Tabla 28: Uso de doble protección.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Doble condón	0	0.00	2	1.87	2	1.18
Condón + P. Emergencia	4	6.35	5	4.67	9	5.29
Condón + P. Hormonal	0	0.00	1	0.93	1	0.59
Condón + Imp/DIU	0	0.00	3	2.80	3	1.76
Condón + MPF	2	3.17	2	1.87	4	2.35
No	57	90.48	94	87.85	151	88.82
Total	63	100.00	107	100.00	170	100.00

Gráfica 24: Uso de doble protección.

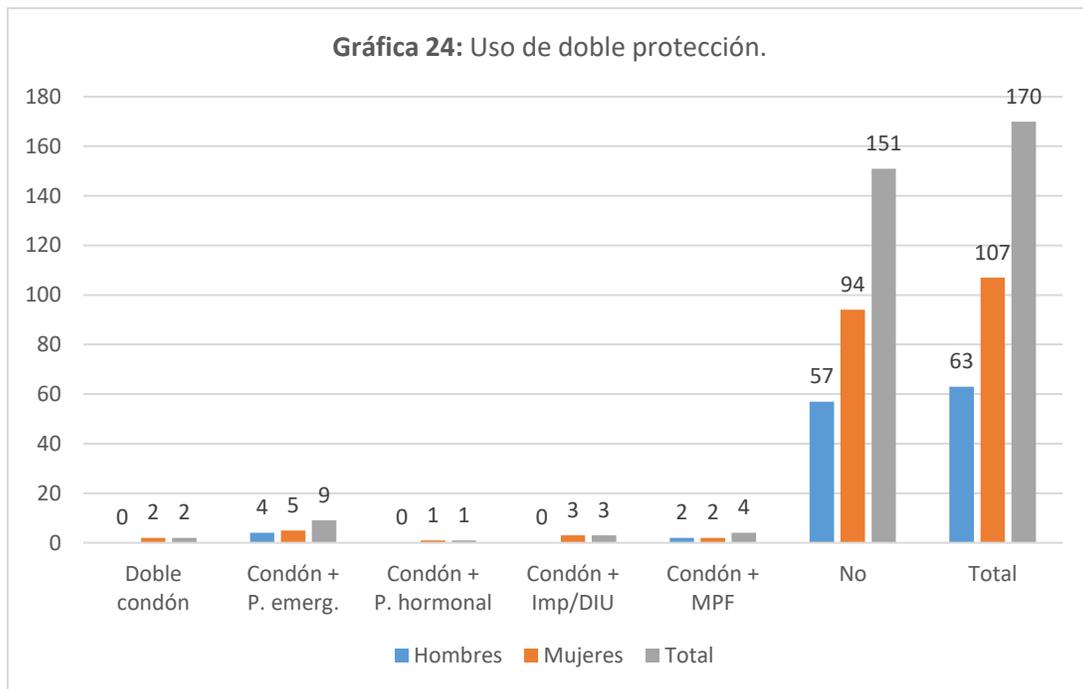


Tabla 29: Diagnóstico de alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS).						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Infección por clamidia	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Gonorrea	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Sífilis	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Tricomoniasis	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Herpes genital	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Condilomas	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Infección por VPH en el cuello de la matriz	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Micosis u hongos vaginales	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hepatitis B	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Uretritis	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ladillas o piojos en el pubis	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otra ETS	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ninguna enfermedad	21	100.00	45	100.00	66	100.00
Total	21	100.00	45	100.00	66	100.00

Abreviaturas: VPH = virus del papiloma humano. ETS = enfermedad de transmisión sexual.

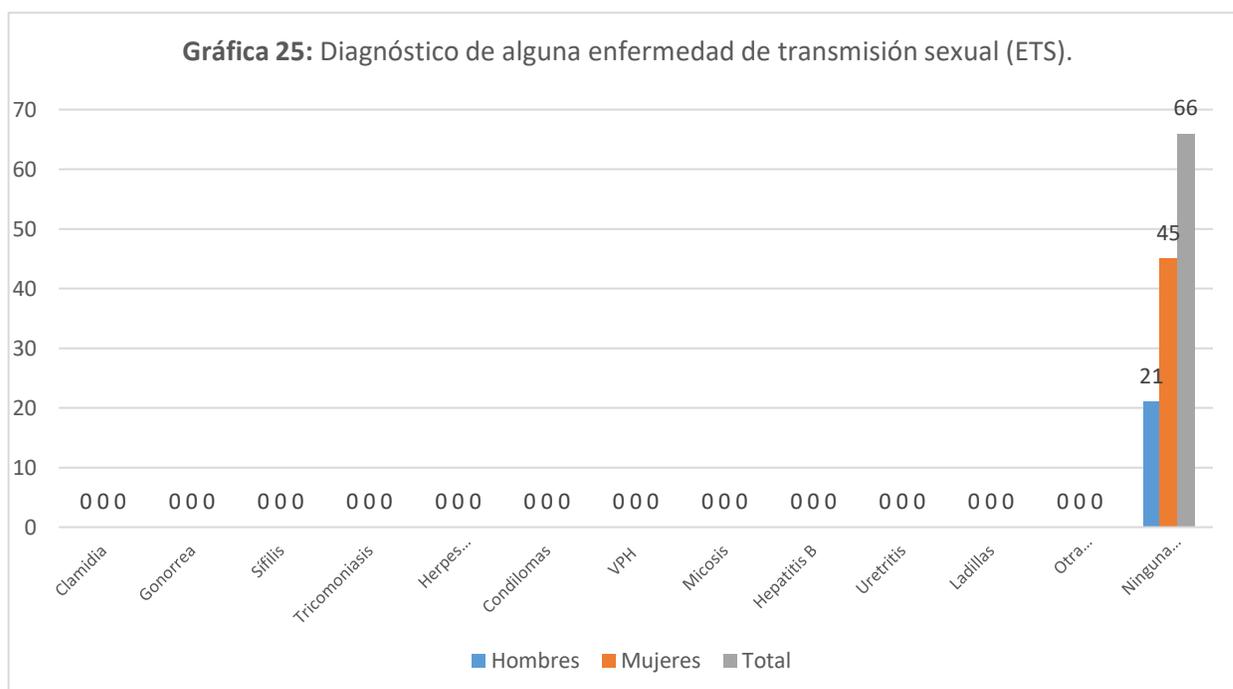


Tabla 30: Múltiples parejas sexuales.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	5	23.81	11	24.44	16	24.24
No	16	76.19	34	75.56	50	75.76
Total	21	100.00	45	100.00	66	100.00

Gráfica 26: Múltiples parejas sexuales.

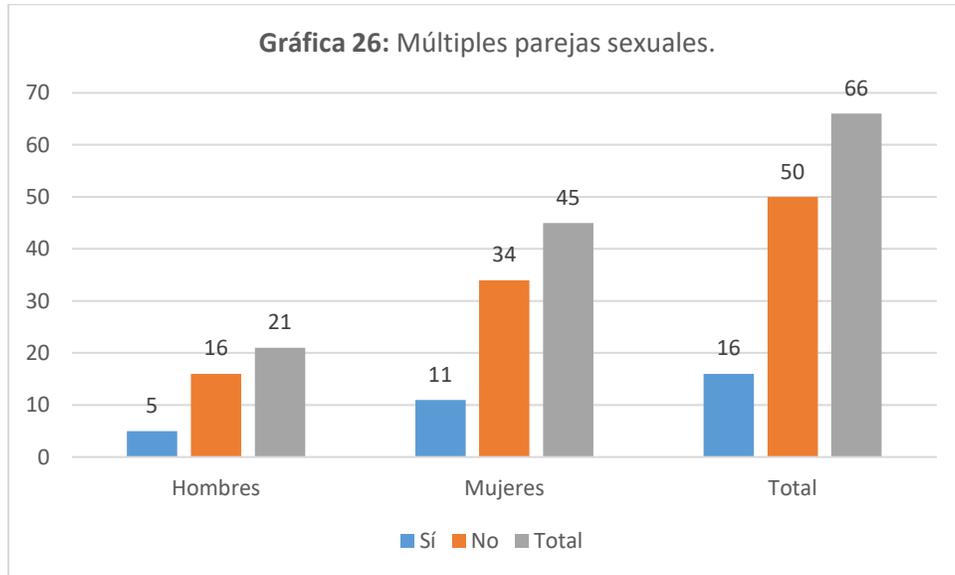
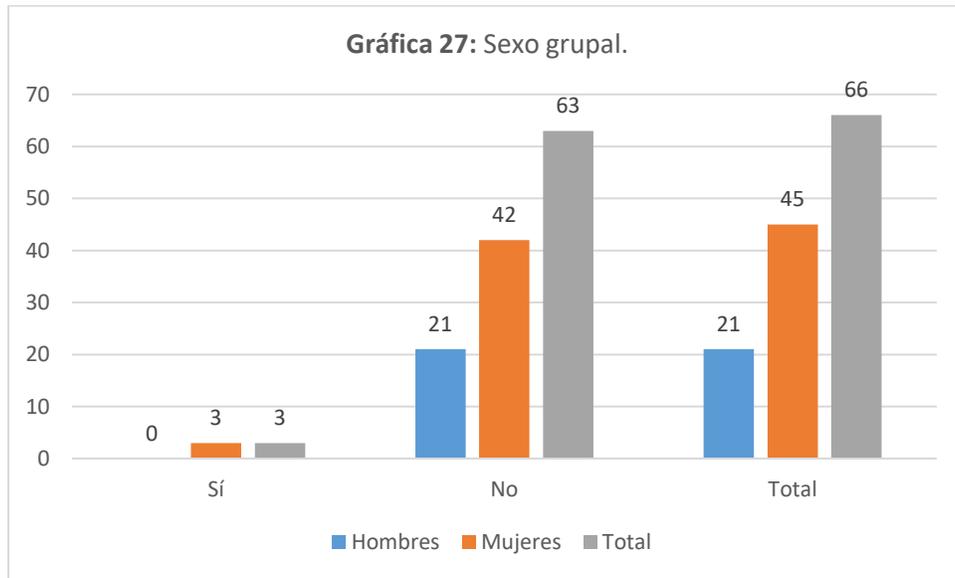


Tabla 31: Sexo grupal.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	0	0.00	3	6.67	3	4.55
No	21	100.00	42	93.33	63	95.45
Total	21	100.00	45	100.00	66	100.00

Gráfica 27: Sexo grupal.



ANÁLISIS DE RESULTADOS

Vivir la adolescencia es experimentar cambios a un ritmo acelerado. Este periodo, que ocurre entre los 10 y 19 años, es una de las etapas de transición más importantes en la vida de las personas. En los adolescentes, la maduración sexual (incluyendo el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, la aparición de la menarquia-espermarquia y la fecundidad) se está presentando cada vez más tempranamente; las relaciones sexuales entre los adolescentes y jóvenes se están dando también a edades más tempranas, mientras que la edad de casamiento está aumentando, alargando de esta manera el lapso de fecundidad no marital, por lo que están expuestos a embarazos no planeados por más tiempo que las generaciones anteriores.⁽²⁰⁾

Si bien la adolescencia se considera una etapa de crecimiento excepcional y gran potencial, también constituye una etapa en la cual puede existir una exposición a conductas de riesgo, entre ellas las relacionadas con la salud sexual y reproductiva: inicio no elegido, voluntario o desprotegido de su vida sexual, la exposición a embarazos no planeados o en condiciones de riesgo, y la exposición a una ETS, incluyendo el SIDA.

Vida sexual. El inicio de la vida sexual es un evento crucial en la vida de las personas porque tiene implicaciones para su futuro, como asumir nuevos roles y patrones de comportamiento que tendrán efectos en su salud sexual y reproductiva y que moldearán su desarrollo durante la edad adulta.

En México, la cifra de adolescentes que han empezado su vida sexual varía, según la fuente, de 22.8 a 45.0% (22.2-40.0% de las mujeres y 23.6-50.0% de los hombres). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) Continua 2022, el 23.5% de los adolescentes (22.2% de las mujeres y 24.9% de los hombres) iniciaron ya su vida sexual;⁽²¹⁾ mientras que el INEGI señala que, en 2022, entre los adolescentes, más de 50% de los varones y más de 40% de las mujeres ya han tenido su primera relación sexual.^(2,3) En nuestra investigación, 38.82% de los adolescentes encuestados confirmaron haber comenzado ya su vida sexual (42% de las mujeres y 33% de los hombres), estos resultados se encuentran intermedios entre lo informado por la ENSANUT y el INEGI; respecto a las mujeres que iniciaron su vida sexual, nuestros datos (42%) son similares a lo registrado por el INEGI en 2022 (40%), pero más elevados que lo reportado por ENSANUT 2022 (22.2%); en cuanto a los varones, en nuestra serie registramos que 33% tuvieron ya su primera relación sexual, este porcentaje es intermedio entre lo notificado por el INEGI (50%) y la ENSANUT (23.6%). Las diferencias muy probablemente se deben al tamaño de las poblaciones analizadas; nuestra muestra de adolescentes encuestados (N = 170) es relativamente pequeña en comparación con la población analizada por la ENSANUT (N = 2,577)^(21,22) y el INEGI (proyección poblacional de

adolescentes de aproximadamente 13 millones);^(2,3,23) aun así, nuestros datos se sitúan entre el rango de lo informado por estos organismos.

Tanto el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) México como el Programa Nacional de Juventud (PROJUVENTUD) señalan que, en promedio, los jóvenes inician su vida sexual entre los 15 y los 19 años.^(24,25) En nuestra serie, la media de edad a la que los entrevistados tuvieron su primera relación sexual fue 14.88 ± 2.11 años, que es ligeramente menor a lo señalado por el UNFPA México y el PROJUVENTUD. Nuestra encuesta fue efectuada en 2024, dos y cuatro años después que aquellos estudios;^(24,25) así, la diferencia tal vez se debe a que, con el transcurso del tiempo, el inicio de la vida sexual es cada vez más temprano, como lo señalan Rojas y Castrejón, quienes concluyen que en las cohortes de jóvenes analizadas por ellos se registra un ligero adelanto en la edad de iniciación sexual;⁽²⁶⁾ a su vez, Gayet y Gutiérrez comentan que la tendencia en el tiempo parece mostrar que las proporciones de la población que ha tenido relaciones sexuales antes de los 20 años se incrementan cada vez más.⁽²⁷⁾

Rojas y Castrejón, al analizar las diferencias de estas edades entre hombres y mujeres, constataron que en el país persiste todavía un patrón de iniciación sexual fuertemente marcado por el género. Los varones mexicanos continúan iniciando su actividad sexual de manera más temprana que las mujeres.^(26,28) Esto coincide con lo registrado en nuestra encuesta: los hombres empiezan de forma más prematura su vida sexual (media: 14.19 años) en comparación con las mujeres (promedio: 15.20 años). En nuestra encuesta, el debut sexual más precoz entre los varones correspondió a un adolescente que tuvo su primera relación sexual a los nueve años (siendo niño) con una chica de 13 años, evento que puede considerarse como una violación. Entre las mujeres, el inicio sexual más temprano correspondió a dos chicas que principiaron a los 11 años, con varones de 13 y 15 años, respectivamente.

En general, los adolescentes de nuestra serie empezaron su vida sexual con parejas de mayor edad (media: 1.54 años); las mujeres se iniciaron con compañeros sexuales que en promedio eran 1.89 años más grandes que ellas; mientras que entre los varones fue con personas que, en promedio, eran 1.19 años mayores. Las diferencias más acentuadas correspondieron a un chico de que debutó sexualmente a los 14 años con una mujer de 19; dos chicas se iniciaron a los 12 y 13 años con hombres de 19 y 20 años, respectivamente (estos tres casos pueden tipificarse como delitos en nuestra sociedad). Entre nuestros encuestados, la tendencia es que empiezan su vida sexual con personas de mayor edad, lo cual coincide con lo reportado en el estudio de Menkes y colaboradores quienes señalan que los adolescentes, sobre todo las mujeres, se inician con parejas de mayor edad.⁽²⁸⁾

Comportamiento sexual. Conde-Ferrández, en un estudio efectuado en jóvenes de Mérida, Yucatán, reporta que, para evitar el embarazo, 31% practican la masturbación mutua, 44% el sexo oral y 18% coito anal.⁽²⁹⁾ También en Mérida, Losa-Castillo analizó las conductas sexuales de 245 estudiantes de secundaria; encontró que las prácticas sexuales fueron: caricias o besos en genitales (78.57%), coito vaginal (28.57%), masturbación a la pareja (28.57%), sexo oral (28.57%) y penetración anal (28.57%).⁽³⁰⁾ En nuestra serie, la mayoría de adolescentes (78.79%) tuvieron su primera relación sexual por vía vaginal, 13.64% debutó con sexo oral, 4.54% iniciaron su primera relación por vía mixta y el 3.03% restante por vía anal. En la actualidad, 50% efectúan sexo oral y 13.74% practican coito anal; esta casuística es similar a la registrada por Conde-Ferrández, pero varía sensiblemente de lo informado por Losa-Castillo, la diferencia tal vez se debe a que este autor estudió una población de menor edad que únicamente incluyó estudiantes de secundaria y entre éstos el coito vaginal o el sexo anal son mucho menos comunes que el practicar sólo caricias o besos a los genitales de la pareja, comportamiento que nosotros no indagamos.

Conductas sexuales de riesgo. En diversos estudios se concluye que el tener relaciones sexuales a edad temprana aumenta los riesgos para la salud sexual y reproductiva. Llevar a cabo conductas sexuales de riesgo se refieren a la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la de otra persona, especialmente por infecciones de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no planeados; además, el tener relaciones sexuales con mayor número de parejas aumenta la probabilidad de infecciones de transmisión sexual. El tener múltiples parejas sexuales puede manifestarse de diversas formas: 1) Sexo casual, que se define como encuentros sexuales sin compromiso en individuos que no son pareja “formal”; este tipo de encuentros sexuales entre los jóvenes se ha convertido en una norma cultural. 2) Sexo grupal, que consiste en tener actividad sexual con más de una pareja en la misma ocasión, en donde el riesgo de contagio por la diseminación de infecciones de transmisión sexual es muy común. 3) Sexo transaccional, se refiere a tener relaciones sexuales a cambio de dinero, favores o regalos; es considerado de alto riesgo en la adquisición de infecciones de transmisión sexual, ya que la persona a la que se le paga por ello no está en situación de negociar el uso de condón, y puede estar imposibilitada a negarse a tener prácticas sexuales consideradas de alto riesgo.⁽³¹⁾

Contreras-González, en su análisis de estudiantes de bachillerato, señala que el número de parejas sexuales que los adolescentes han tenido oscila desde una hasta cinco o más.⁽³²⁾ Al comparar la edad de inicio temprano de la vida sexual activa (antes de los 16 años) con la modalidad de múltiples parejas sexuales, Hurtado detectó sexo casual en 71% los casos (51% hombres, 20% mujeres), sexo grupal en 15% (12% hombres, 3% mujeres) y transaccional en 10.2% (10% varones, 0.2% chicas); sus resultados señalan diferencias en la frecuencia de los comportamientos sexuales entre hombres y mujeres, siendo los varones quienes tienen mayor número de conductas sexuales de riesgo; esto, comenta el autor, puede atribuirse a los estereotipos de género en donde hay mayor permisividad

con los hombres que con las mujeres respecto a tener relaciones sexuales, a pesar de que los jóvenes están inmersos en un cambio social encaminado hacia la equidad de género y las mujeres tienden cada vez más a imitar los comportamientos riesgosos adjudicados tradicionalmente a los hombres. ⁽³¹⁾ Esta observación parece explicar lo detectado en nuestra encuesta, en la que son las mujeres quienes viven más conductas de riesgo: 24.24% de los adolescentes (24.44% de las mujeres y 23.81% de los varones) señalan que, en algún momento de su vida, han mantenido sexo casual con dos o más personas durante un mismo periodo de tiempo y 4.55% (tres chicas) ha practicado sexo grupal. En general, el número promedio de parejas sexuales que han tenido es 2.05 (rango: 1 a 6); entre las mujeres la media es 2.16 (rango: 1 a 6), mientras que entre los varones el promedio es 1.81 (rango: 1 a 5); estos rangos coinciden con el reportado por Contreras-González (intervalo: 1 a \geq 5).

Toxicomanía. Hasta finales de la década de los 80 del siglo pasado, la adolescencia se había considerado como una etapa relativamente exenta de problemas de salud, pero en las últimas décadas se ha hecho evidente que los adolescentes y jóvenes enfrentan serios problemas como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, accidentes y suicidios, entre otros.

Datos de la ENSANUT Continua 2022 señalan que la prevalencia de consumo de alcohol actual es de 20.6% en la población adolescente, siendo mayor entre los hombres (22.0%) que entre las mujeres (19.2%).⁽³³⁾ A su vez, los Centros de Integración Juvenil (CIJ) informan que, a nivel nacional, 40.7% de estudiantes de secundaria y bachillerato (41.9% hombres y 39.4% mujeres) han consumido alcohol alguna vez en la vida, y lo ha hecho 51.4% (51.1% hombres y 51.7 mujeres) en la Ciudad de México; en el último año, 24.2% a nivel nacional (24.3% hombres y 24.0% mujeres) y 32.1% (31.1% hombres y 33.2% mujeres) en la Ciudad de México. ⁽³⁴⁾ En nuestra serie, 33.53% de los adolescentes indicaron que ingieren alcohol; por género, el 40.19% de las mujeres consumen bebidas alcohólicas frente a 22.22% de los hombres. Entre los adolescentes que iniciaron su vida sexual las cifras son más notorias: 50% de los encuestados señaló haber ingerido alcohol; los varones de este grupo resultaron más propensos al consumo de bebidas alcohólicas (52.38%) que las mujeres (48.89%). Estas cifras contrastan notoriamente con las registradas en el grupo de adolescentes célibes: 23.08% de éstos señaló haber consumido alcohol; por género, las mujeres de este grupo fueron más proclives a la ingesta de alcohol (33.87%) en comparación con los hombres (7.14%). La notable diferencia con lo reportado por la ENSANUT 2022 posiblemente se debe a que ésta, en su estudio, analiza la ingesta de alcohol excesiva durante el último año, mientras que en nuestra serie sólo se interrogó a los encuestados sobre si habían consumido alcohol durante las últimas fiestas a las que asistieron y no se les preguntó si este consumo era habitual u ocasional, ni sobre la cantidad ingerida durante el año, por lo que nuestros resultados no son equiparables a los obtenidos por la ENSANUT; sin embargo, son similares a lo notificado por los Centros de Integración Juvenil (CIJ). Nuestra casuística señala que, en la Alcaldía Xochimilco, las mujeres adolescentes tienen una marcada

tendencia al consumo de alcohol, sobre todo entre las chicas que iniciaron ya su vida sexual. También resalta la gran diferencia que existe en la ingesta de alcohol entre el grupo de adolescentes célibes (23.08%, similar a lo señalado por la ENSANUT) frente al de los que iniciaron ya su vida sexual (50%, análogo a lo referido por los CIJ para la Ciudad de México). Esto último es un aspecto que abre las puertas a un estudio futuro enfocado a determinar si la elevada frecuencia de consumo de alcohol es causa o consecuencia del inicio de la vida sexual en los adolescentes.

El consumo de drogas ilegales en el último año ha tenido un importante incremento entre los adolescentes. Un análisis sobre prevalencia de consumo de drogas ilegales en estudiantes de secundaria y bachillerato en la Ciudad de México, efectuado por los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en 2018, señala que 22.8% (23.4% hombres y 22.3% mujeres) de la población estudiantil ha consumido droga alguna vez en la vida; 16.0% de éstos (16.5% hombres y 15.6% mujeres) lo ha efectuado en el último año; y 8.2% de la población (9.1% hombres y 7.2% mujeres) lo ha realizado en el último mes. En nuestra serie, 5.29% de adolescentes (9.52% de los varones y 2.8% de las chicas) han consumido algún estupefaciente. En el grupo con vida sexual activa, el 7.58% (14.29% hombres y 4.44% mujeres) son aficionados a las drogas. Entre los adolescentes célibes, 3.85% (7.14% hombres y 1.61% mujer) consumen drogas. En nuestro estudio, en general, los hombres mostraron ser más propensos al uso de drogas, comparativamente con las mujeres. Nuestra encuesta sólo investigó sobre el consumo de drogas durante las últimas fiestas a las que asistieron los entrevistados, por lo que son equiparables a lo informado por los CIJ sobre consumo en el último mes. Nuestros datos coinciden con lo informado por los CIJ en cuanto a que los varones son más propensos al uso de drogas. Similar a lo observado respecto al alcoholismo, el consumo de drogas es más común entre los adolescentes con vida sexual activa que entre los célibes, en una proporción de 2:1 (7.58% versus 3.85%).

Control natal. En 2022 inició su vida sexual 22.8% de las personas de 12 a 19 años (23.6% hombres y 22% mujeres). De estos adolescentes, 20.9% no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual (30.5% mujeres y 12.0% hombres), y 17.5% tampoco lo usó en la última relación sexual (24.8% mujeres y 11.9% hombres).^(21,22)

El UNFPA México indica que, la gran mayoría (97%) de los adolescentes que han iniciado su vida sexual conoce al menos un método anticonceptivo; sin embargo, más de la mitad no utilizaron ninguno en su primera relación sexual.⁽²⁴⁾ En contraste, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) Continua 2022 informa que 79.1% de la población adolescente que empezó su vida sexual usó algún método anticonceptivo en su primera relación; de éstos, 73.2% reportó el condón, con mayor proporción en hombres (82.5%) respecto a las mujeres (63.1%).^(21,22) Durante la última relación sexual, 82.5% de los adolescentes utilizaron algún método anticonceptivo; de esta población, 74.3% usó preservativo (82.3% varones y 63.8% mujeres).^(21,22)

En nuestro estudio, 60.61% de los adolescentes confirmaron haber tomado precauciones para evitar el embarazo durante su primera relación sexual, 25.75% no usaron ningún método anticonceptivo y 13.64% no emplearon medidas contraceptivas por no haber tenido relaciones vaginales. La cifra registrada en nuestra encuesta sobre los adolescentes que no usaron algún método anticonceptivo (25.75%) en su primera relación difiere de la señalada por la ENSANUT (20.9%). Esta discrepancia de aproximadamente 5% puede ser debida a que la ENSANUT califica como adolescentes a la población de 12 a 19 años, mientras que nosotros nos basamos en el rango de edad señalado por la OMS (10 a 19 años); si consideramos que en nuestro estudio 5% de los encuestados tuvieron su primera relación antes de los 12 años y no emplearon ningún método anticonceptivo, este porcentaje podría ser la explicación de la diferencia (4.89%) entre lo hallado por nosotros y lo indicado por la ENSANUT.

Respecto a los que sí emplearon métodos anticonceptivos en su primera relación, nosotros detectamos que 60.61% lo hizo, ENSANUT 79.1%, valores que difieren en cerca de 18%. Entre los adolescentes encuestados por nosotros, 13.64% respondieron que no los emplearon porque su primera relación no fue vaginal; este grupo está en el limbo para catalogarlos: en efecto, no utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación, pero ésta no fue vaginal por lo que puede considerarse que en realidad sí emplearon una medida contraceptiva (tuvieron sexo anal u oral). Así, en nuestro estudio puede señalarse que 74.25% (60.61 + 13.64%) sí recurrió a algún método para evitar el embarazo; esta cifra es muy similar a la señalada por la ENSANUT (79.1%) y más aún si se considera lo señalado en el párrafo anterior.

En nuestra serie, 57.58% de los encuestados no utilizaron preservativo durante su primera relación sexual. Las principales causas de no hacerlo fueron: no hablaron del tema antes de tener relaciones (28.95%), no tenían preservativos en ese momento (21.05%), sólo tuvieron sexo oral (18.42%), la pareja sexual no quiso usarlo (10.54%), uso de otro método de planificación familiar (5.26%). En la actualidad, el 62.12% utilizan condones durante sus relaciones sexuales.

Escolaridad. En literatura consultada, no encontramos datos equiparables para contrastar con lo evidenciado en nuestra pesquisa. Detectamos que, en general, el nivel de escolaridad esperado para la edad del adolescente encuestado fue adecuado en 87.65% y en el 12.35% restante no lo fue. Sin embargo, al comparar el grupo con vida sexual activa frente al de célibes, observamos que la escolaridad no fue la adecuada en 22.73 y 5.77%, respectivamente; esto muestra una tendencia al rezago educativo entre los adolescentes del primer grupo. Posiblemente se debe a que ese 22.73% corresponde a adolescentes que están casados o viven en amasiato y han truncado su educación como resultado de vivir en pareja o por dedicarse al cuidado de los hijos que tienen. Por otro lado, como cabría esperarse en una sociedad en la que aún persiste la desigualdad social por género: el

desfase educativo correspondió mayoritariamente al sexo femenino (16.82% de las mujeres) en comparación con el masculino (6.35% de los hombres).

Villalobos A y asociados señalan que 8.4% de adolescentes con vida sexual activa contaba con primaria o menos en 2019;⁽³⁵⁾ en nuestra encuesta, la cifra fue 12.12%, ligeramente superior a lo reportado por este autor. En un estudio previo, efectuado en 2015, Villalobos A señala que las adolescentes con grado educativo bajo (primaria o menos) presentaron una tasa más alta de fecundidad (180 nacimientos por 1,000 mujeres), en comparación con las que tienen una escolaridad de secundaria o más (60 nacimientos por 1,000 mujeres).⁽³⁶⁾ En nuestro estudio, aunque no se preguntó en el cuestionario aplicado, detectamos que el 17.8% de las adolescentes con vida sexual activa habían tenido al menos un hijo, lo cual representa una tasa de 178 nacimientos por 1,000 mujeres, muy similar a lo registrado por Villalobos.⁽³⁶⁾

Estado civil. El matrimonio infantil y las uniones tempranas constituyen una violación a los derechos humanos de la niñez y son consideradas por el Sistema de Naciones Unidas como prácticas nocivas que afectan gravemente la vida, la salud, la educación y la integridad de las niñas en particular, impacta su desarrollo futuro y el de sus familias, e incrementa la discriminación y la violencia contra ellas.⁽³⁷⁾

Miles de niñas en México ven interrumpida abruptamente su infancia y adolescencia y, con ello, su pleno desarrollo, al ser obligadas a casarse como resultado de costumbres arraigadas en diversas comunidades mexicanas, así como por el embarazo infantil y adolescente no planeado, resultado en muchas ocasiones de violación sexual, que lleva a niñas y adolescentes a emparejarse a temprana edad. El matrimonio infantil está prohibido en todo el territorio nacional. En 2020 el número de nuevos matrimonios de mujeres de entre 14 y 17 años se redujo en el país, según datos de las Estadísticas de Nupcialidad publicadas por INEGI. No obstante, las uniones tempranas son un fenómeno que ha aumentado en México en los últimos años.⁽³⁸⁾

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en pleno siglo XXI, la quinta parte de las mujeres mexicanas (21%) se unen y viven en pareja antes de cumplir 18 años, siendo niñas o adolescentes. En la Ciudad de México, la cifra fue de 9.3% en 2018.⁽³⁹⁾ En nuestro estudio, 8.82% de los adolescentes (7.94% de los hombres y 9.34% de las mujeres) son casados o viven en amasiato. Como era de esperar, estos casos correspondieron a jóvenes que iniciaron ya su vida sexual. El porcentaje de chicas casadas registrado en nuestra serie (9.34%) coincide exactamente con lo informado por el CONAPO (9.3%) para la Ciudad de México.

Orientación sexual. La sexualidad humana se ha estudiado considerando tres dimensiones principales: la biológica, la psicológica y la social, y a las cuales se les ha añadido recientemente la dimensión del género, ésta representa una visión del hombre y la mujer que va más allá del

sexo físico para estudiar también el papel social y cultural que implican las actitudes e ideologías personales. La diversidad sexual es un aspecto fundamental de la cultura actual, hoy en día vemos la vida de manera muy distinta a la forma en la que nuestros antepasados la percibían, no es extraño conocer el significado de términos como “heterosexual, homosexual, bisexual o transexual”; sin embargo, aún vivimos en comunidades que segregan y discriminan a personas que se sienten identificadas con una sexualidad fuera de lo que consideran normal, la denominada “heterosexualidad”.⁽⁴⁰⁾

Recientemente, INEGI publicó los resultados de la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) 2021, en ella señala que entre la población adolescente de 15 a 19 años se observaba el mayor porcentaje de población LGBTI+: Una de cada seis personas en este rango de edad (el 15.6%) a nivel nacional se identificaba como parte de la población LGBTI+ (lesbiana, gay, bisexual, pansexual, asexual, demisexual, entre otras) durante 2021.⁽⁴¹⁾

En una muestra que involucró 204 estudiantes de 27 bachilleratos distintos del estado de Veracruz, Domínguez y asociados detectaron que el 70.6% de los estudiantes encuestados señalan ser heterosexuales, 15.7% bisexuales, 5.9% homosexuales, 1.0% asexual y 6.8% no contestó.⁽⁴²⁾ Mientras que Aparicio y colaboradores, en una encuesta aplicada a 100 adolescentes de una preparatoria privada al sur de la Ciudad México, encontraron que 89% de los adolescentes estudiados reporta ser heterosexual, 6% bisexual, 2% homosexual y 3% no contestó.⁽⁴⁰⁾ Los resultados de nuestra encuesta son similares a los notificados por Aparicio: 82.94% de los adolescentes indicaron ser heterosexuales, 10.59% se declararon bisexuales, 2.94% homosexuales y 3.53% asexuales.

Preferencia sexual. En una encuesta aplicada a una muestra de estudiantes de bachillerato en la ciudad de Querétaro, Contreras-González y colaboradores identificaron que un 85.7% de las mujeres gustan de los varones, 4.8% gusta de mujeres y 9.5% de ambos; de los hombres, 86.5% se siente atraído por las mujeres, 8.1% por otros hombres y 5.4% por ambos sexos.⁽³²⁾ Contrastados frente a los resultados del estudio antes señalado, los nuestros son ligeramente distintos: 90.9% de las mujeres tienen relaciones sexuales sólo con hombres, 2.22% prefieren únicamente mujeres y 6.07% señalan poder optar entre mujeres u hombres para el coito; entre los varones, 80.95% prefieren únicamente mujeres y el 19.05% restante practica su actividad sexual sólo con hombres.

Información sobre sexualidad. Según datos del CONAPO, todos los días nacen más de mil bebés de niñas y adolescentes; en 2020 se registraron 373,661 nacimientos de madres menores de 18 años, de los cuales 8,876 son de jovencitas entre los 12 y 14 años, lo cual repercute en defunciones por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio en adolescentes de 15 a 17 años, y que ocupa el sexto lugar de las causas de muerte de este sector de la sociedad. A su vez, el Registro Nacional

de Población (RENAPO) señala que cuatro de cada 100 nacimientos son de niñas madres menores de 17 años y eso repercute en defunciones por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio en adolescentes de 15 a 17 años, y ocupa el sexto lugar de las causas de muerte de este sector de la sociedad.⁽⁴³⁾

De acuerdo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) es imprescindible brindar educación sanitaria, información y servicios de salud sexual y reproductiva, para lograr disminuir los embarazos adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual, al igual que los problemas derivados de ellos como: muertes maternas, alto índice de personas infectadas con VIH o SIDA, marginación, pobreza, deserción escolar, entre otras.⁽⁴⁴⁾ Es urgente el promover e impartir educación sexual integral dirigida a niños y adolescentes, porque, aunque existe, aún es insuficiente.

En una encuesta que incluyó a 3,824 adolescentes de 15 a 18 años inscritos en escuelas públicas y privadas de educación media superior en México, Rojas encontró que, durante la primaria, muy pocos estudiantes (3 a 7%) recibieron educación integral en sexualidad (EIS). En contraste, durante la secundaria, entre una quinta parte y la mitad reportaron haber recibido EIS, mientras que, durante la educación media superior, la recepción de ESI descendió a 10-15%.⁽⁴⁵⁾

La Encuesta Nacional sobre EIS en Adolescentes 2023, realizada en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), arrojó que 40% de los estudiantes de secundaria entrevistados no tuvieron educación sexual en la primaria y 15% no la ha recibido todavía en la secundaria. Además, solo 16% habla de estos temas en sus casas. Aunque 46% de los adolescentes tienen dudas sobre sexualidad, únicamente cuatro de cada 10 logran resolverlas. Para ello, 25% recurre a sus profesores y profesoras; 41% a sus amistades y 51% a su madre o padre. Fuera de la escuela, la información sobre EIS la impartieron: personal médico o de enfermería 50%, personal promotor de la salud o trabajadoras/es sociales 56%, youtubers e influencers 13%, activistas e integrantes de organizaciones de la sociedad civil 11%, padres de familia 14%, integrantes de la iglesia 9%, profesores 1%, hermana/hermano 1% y otros 1%.⁽⁴⁶⁾ En una encuesta aplicada a 321 adolescentes de entre 12 y 16 años en Querétaro, Gayou-Esteva encontró que las fuentes de información sobre sexualidad fueron: los padres 64.1% (mamá 46.7%, papá 17.4%), personal de salud 7.9%, internet 6.6%, profesores 2.8%, otros 10.7%.⁽⁴⁷⁾ Nosotros también encontramos resultados similares a los de estos estudios: el 61.17% de los adolescentes han hablado con sus padres sobre salud sexual. En nuestra serie, las principales fuentes de información sobre sexualidad fueron: los padres (44.12%), profesores (18.82%) y personal de salud (10.0%); y no ha recibido información sobre sexualidad el 4.71%; esta casuística difiere en que los profesores tuvieron mayor participación (18.82%) en brindar información a los adolescentes que en la investigación realizada por Gayou-Esteva (9%).⁽⁴⁷⁾ También observamos que los jóvenes célibes han hablado más con sus

padres sobre salud sexual y reproductiva (65.38%) que los adolescentes que han iniciado su vida sexual (54.55%); además, un porcentaje mayor de los primeros han recibido información sobre el tema de sexualidad proveniente de los padres, profesores y personal de salud, en comparación con lo adolescentes que han iniciado relaciones sexuales copulativas (*Tabla 5*). Esto permite suponer que el diálogo sobre sexualidad entre padre e hijos es un factor protector para evitar el inicio temprano de la vida sexual de los adolescentes.

Doble protección. La anticoncepción en adolescentes constituye uno de los pilares fundamentales para prevenir las consecuencias de la actividad sexual sin protección, como el embarazo y las ITS, incluyendo la infección por VIH/SIDA, así como los problemas derivados del embarazo adolescente: muertes maternas, marginación, pobreza, deserción escolar, etcétera.

Las relaciones sexuales en la adolescencia suelen ocurrir de manera inesperada, centrar las estrategias de prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual sólo en el uso del condón puede no ser del todo efectiva, porque para que funcione es necesario tenerlo en el momento indicado. Por esta razón, existe un impulso internacional, y México no es la excepción, para promover la doble protección o anticoncepción dual, es decir, el uso de condón junto con un método de acción prolongada, especialmente los que no requieren adherencia diaria ni mantenimiento constante, como son implantes anticonceptivos o dispositivos intrauterinos.⁽⁴⁸⁾

A partir de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2012 y 2018-2019, Villalobos y colaboradores encontraron que, entre los adolescentes, la prevalencia de anticoncepción dual en la última relación fue 4.4% en 2018-2019, y comentan que la cifra es inadmisiblemente baja dada la magnitud del problema del embarazo adolescente en México.⁽⁴⁹⁾

El objetivo de nuestro estudio fue determinar si los adolescentes encuestados sabían qué es la doble protección para evitar el embarazo y las ITS. Encontramos que 48.23% de los jóvenes (47.66% de las mujeres y 49.21% hombres) respondieron definitivamente no saber en qué consiste; 28.82% (33.64% chicas y 20.63% varones) contestaron en forma adecuada; 22.94% (18.69% mujeres y 30.16% hombres) señalaron que sí lo saben, pero por sus respuestas se consideró que su concepto es erróneo (*Tablas 8 y 9*). Entre los adolescentes con vida sexual activa, 40.91% tiene el conocimiento correcto sobre qué es la doble protección; mientras que, entre los célibes, lo sabe el 21.15%. Actualmente, sólo 12.13% de los entrevistados aplican adecuadamente la doble protección. En nuestro estudio, la gran mayoría (77.06%) de los adolescentes entrevistados no sabe en qué consiste la doble protección, por lo que se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alterna (H1): Los adolescentes que asisten al Centro de Salud T-III Tulyehualco - Xochimilco no saben que utilizar doble protección consiste en el uso de un método anticonceptivo de barrera y un

método anticonceptivo hormonal. Ocho de cada 10 adolescentes no saben en qué consiste la doble protección.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, cuatro de cada 10 adolescentes han iniciado su vida sexual. Los varones debutan sexualmente de manera más temprana que las chicas; los adolescentes empiezan su vida sexual con personas de mayor edad. Las mujeres viven más conductas de riesgo que los varones (promiscuidad, sexo casual, sexo grupal). En general, Tres de cada 10 consumen bebidas alcohólicas y las mujeres son más propensas a esta práctica; entre los que han iniciado su vida sexual, el beber alcohol es más común (50%) que entre los adolescentes célibes (23%). Los varones son tienen más tendencia al consumo de drogas ilegales que las mujeres, y es mayor entre los adolescentes con vida sexual activa en comparación con los célibes. Durante su primera relación sexual, dos de cada tres adolescentes emplearon medidas anticonceptivas para evitar el embarazo; la misma proporción utiliza métodos anticonceptivos en la actualidad. El nivel de escolaridad esperado para la edad del adolescente encuestado fue adecuado en la gran mayoría (87%); sin embargo, entre la población con vida sexual, hay mayor rezago educativo en comparación con los adolescentes célibes; el número de mujeres que han truncan su educación es mayor que el de los hombres. El 9% de los adolescentes son casados o viven en amasiato. La gran mayoría de adolescentes (ocho de cada 10) se reconoce como heterosexual, el resto se identifica como bisexual, homosexual o asexual. Nueve de cada 10 mujeres tienen relaciones sexuales sólo con hombres; mientras que ocho de cada 10 varones practican el coito únicamente con mujeres. Las principales fuentes de información sobre sexualidad son los padres, profesores y personal de salud; los jóvenes célibes han hablado más con sus padres sobre salud sexual y reproductiva que los adolescentes que han comenzado su vida sexual; además, un porcentaje mayor de los primeros han recibido información sobre el tema de sexualidad proveniente de los padres, profesores y personal de salud, en comparación con lo adolescentes que han iniciado relaciones sexuales copulativas. Ocho de cada diez adolescentes no saben en qué consiste la doble protección y sólo uno de cada 10 utilizan adecuadamente la doble protección.

En conclusión, este trabajo genera evidencia de la falta de avance en el uso de métodos anticonceptivos adecuados para la población adolescente, como los anticonceptivos reversibles de acción prolongada y la anticoncepción dual. Los resultados subrayan la necesidad de fomentar el acceso y uso de métodos anticonceptivos desde el inicio de la vida sexual con base en el respeto a los derechos sexuales y reproductivos. Es apremiante el promover e impartir educación sexual integral dirigida a niños y adolescentes para evitar el inicio precoz de la vida sexual copulativa en los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Salud del adolescente*. (s/f). Who.int. Recuperado el 23 de septiembre de 2023, de <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (s/f). *Censo de Población y Vivienda 2020*. Org.mx. Recuperado el 23 de septiembre de 2023, de <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
3. *COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 340/22 28 DE JUNIO DE 2022*. (s/f). Org.mx. Recuperado el 23 de septiembre de 2023, de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endiseg/Resul_Endiseg21.pdf
4. INEGI. (2021, septiembre 23). ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANIFICADO EN ADOLESCENTES (DATOS NACIONALES). Recuperado el 23 de septiembre de 2023, de https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Fcontenidos%2Fsaladeprensa%2Faproposito%2F2021%2FEAP_Embarazos21.docx%23%3A~%3Atext%3DEN%2520relaci%25C3%25B3n%2520con%2520la%2520actividad%2C15%2525%2520de%2520quienes%2520s%25C3%25AD%2520asisten.%26text%3D2018-%2CFuente%253A%2520INEGI.%2Cde%2520la%2520Din%25C3%25A1mica%2520Demogr%25C3%25A1fica%252C%25202018.&wdOrigin=BROWSELINK
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (s/f). *Tabulados Interactivos- Genéricos*. Org.mx. Recuperado el 24 de septiembre de 2023, de https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Natalidad_Natalidad_02_4e506333-fc26-4f8b-af82-575643de5fe2&idrt=126&opc=t
6. *Jóvenes de la alcaldía Xochimilco reflexionan sobre la importancia de prevenir embarazos adolescentes*. (2022, octubre 6). UNFPA México. <https://mexico.unfpa.org/es/news/j%C3%B3venes-de-la-alcald%C3%ADa-xochimilco-reflexionan-sobre-la-importancia-de-prevenir-embarazos>
7. Zaragoza-Jimenez, C. A. (s/f). Boletín Epidemiológico Sistema Nacional de vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información. Número 36. Vol 40. Semana 36. Del 3 al 9 de septiembre del 2023. Gob.mx. Recuperado el 24 de septiembre de 2023, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/857514/sem36.pdf>
8. INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONA EL ARTÍCULO 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD, CON EL OBJETIVO DE FOMENTAR E INCLUIR LA EDUCACIÓN SEXUAL COMO UN EJE TRANSVERSAL DENTRO DE LOS PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO. (2020, febrero 20). Gob.mx.

- https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/2/2020-03-24-1/assets/documentos/Inic_PRI_Sen_mayorga_art_135bis_ley_gral_salud_edu_sexual.pdf
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2021). *GUÍA PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA (ARAP) EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE*. Unfpa.org. https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/arap_1.pdf
 10. Métodos Anticonceptivos: de la prevención al disfrute De la teoría a la acción en Salud Sexual y Salud Reproductiva de Adolescentes. (s/f). Ipasmexico.org. Recuperado el 24 de septiembre de 2023, de <https://ipasmexico.org/pdf/DeLaTeoriaAccionSSyRAdolescentes/IpasCAM2021-Tomo10-Digital.pdf>
 11. *Salud sexual y reproductiva*. (s/f). Gob.mx. Recuperado el 24 de septiembre de 2023, de https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_adultos_may_saludsexual.pdf
 12. Secretaria de Salud. (2022). *LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA PRESCRIPCIÓN Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MÉXICO* (Primera edición). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/62e/d55/612/62ed55612aa1b145827553.pdf>
 13. *Derechos Sexuales para Adolescentes y Jóvenes*. (s/f). gob.mx. Recuperado el 24 de septiembre de 2023, de <https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/derechos-sexuales-para-adolescentes-y-jovenes?idiom=es>
 14. *NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar*. (s/f). Gob.mx. Recuperado el 24 de septiembre de 2023, de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4699269&fecha=30/05/1994
 15. Secretaría de Salud. (s/f). *NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad*. gob.mx. Recuperado el 24 de septiembre de 2023, de <https://www.gob.mx/salud/documentos/nom-047-ssa2-2015-para-la-atencion-a-la-salud-del-grupo-etario-de-10-a-19-anos-de-edad>
 16. Consejo Nacional de Población. (s/f). *Yo te cuido, tú me cuidas*. gob.mx. Recuperado el 24 de septiembre de 2023, de <https://www.gob.mx/conapo/documentos/yo-te-cuido-tu-me-cuidas>
 17. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud (OMS/SSR) y Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Knowledge SUCCESS. *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*, Edición 2022. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS; 2022

18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS
19. González-Habib R, Pastén-Zapata AE, Zetina-Alvarado S. Evaluación de las conductas sexuales de riesgo y hábitos anticonceptivos en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet Mex.* 2019 marzo;87(3):153-166. <https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2542>
20. García-Baltazar J, Figueroa-Perea JG. Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5519/5903>
21. Hubert C, Suárez-López L, de la Vara-Salazar E, Villalobos A. Salud sexual y reproductiva en población adolescente y adulta en México, 2022. *Salud Publica Mex.* 2023;65(supl 1):S84-S95. <https://doi.org/10.21149/14795>
22. Secretaría de Salud | 09 de julio de 2023. Cerca de 20% de las personas de 12 a 19 años no usó algún anticonceptivo en su primera relación sexual. <https://www.gob.mx/salud/prensa/204-cerca-de-20-de-las-personas-de-12-a-19-anos-no-uso-algun-anticonceptivo-en-su-primera-relacion-sexual#:~:text=En%20cuanto%20a%20la%20poblaci%C3%B3n,de%20embarazos%20e%20infecciones%20de>
23. INEGI. Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Niña. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_DiaNina22.pdf
24. UNFPA México. Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes. <https://mexico.unfpa.org/es/topics/salud-sexual-y-reproductiva-en-adolescentes-y-j%C3%B3venes#:~:text=Las%20probabilidades%20de%20que%20las,los%2019%20a%C3%B1os%20en%20promedio>
25. Gobierno de México. Salud sexual y reproductiva. <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/salud-sexual-y-reproductiva-96056#:~:text=De%20acuerdo%20al%20Programa%20Nacional,y%2019%20a%C3%B1os%20de%20edad>
26. Rojas OL, Castrejón CJL. El inicio de la vida sexual en México. Un análisis de los cambios en el tiempo y las diferencias sociales. *Revista Latinoamericana de Población.* 2020; 14(27), 77–114. <https://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i12.n27>.
27. Gayet C, Gutiérrez JP. Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Salud Pública de México.* 2014;56 (6): 638-647. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v56i6.7391>
28. Menkes-Bancet C, de Jesús-Reyes D, Sosa-Sánchez IA. Jóvenes en México: ¿existen diferencias entre hombres y mujeres en su inicio sexual y uso del condón? *Papeles de*

- Población. 2019; 25(100): 183-215. Epub 19 de junio de 2020. <https://doi.org/10.22185/24487147.2019.100.17>
29. Conde-Ferrález L, González-Losa MR. Conocimientos acerca de las infecciones de transmisión sexual y prácticas de riesgo en jóvenes, para la promoción de la salud. *Ciencia y Humanismo en la Salud*. 2016; 3 (1): 146-155. <https://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/48>
 30. Losa-Castillo RI, González-Losa MR. Conductas sexuales en adolescentes de una escuela secundaria en Mérida, Yucatán, México. *Rev Biomed*. 2018;29(3):69-75. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82281>. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v29i3.625>
 31. Hurtado MZM, Veytia LM, Guadarrama GR, González-Forteza C. Asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio temprano de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios. *Nova Scientia* [revista en la Internet]. 2017 [citado 2024 Jul 10] ; 9(19): 615-634. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052017000200615&lng=es
 32. Contreras-González R, Magaly-Santana A, Jiménez-Torres E, Gallegos-Torres R, Xequemoraes Á, Palomé-Vega G et al . Nivel de conocimientos en adolescentes sobre el virus del papiloma humano. *Enferm Univ* [revista en la Internet]. 2017; 14(2): 104-110. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000200104&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.01.002>
 33. Ramírez-Toscano Y, Canto-Osorio F, Carnalla M, Colchero MA, Reynales-Shigematsu LM, Barrientos-Gutiérrez T, López-Olmedo N. Patrones de consumo de alcohol en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud Publica Mex*. 2023;65(supl 1):S75-S83. <https://doi.org/10.21149/14817>
 34. Centros de Integración Juvenil. Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9320/9320CD.html>
 35. Villalobos A, Ávila-Burgos L, Hubert C, Suárez-López L, de la Vara-Salazar E, Hernández-Serrato MI, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. *Salud Publica Mex*. 2020;62:648-660. <https://doi.org/10.21149/11519>
 36. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Publica Mex*. 2015;57:135-143.
 37. UNICEF. Agencias de la ONU saludan la prohibición del matrimonio infantil en todo el territorio nacional. <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/agencias-de-la-onu-saludan-la-prohibici%C3%B3n-del-matrimonio-infantil-en-todo-el>

38. REDIM. Matrimonio y unión temprana en niñas y mujeres adolescentes de los municipios de México. <https://blog.derechosinfancia.org.mx/2022/05/16/matrimonio-y-union-temprana-en-ninas-y-mujeres-adolescentes-de-los-municipios-de-mexico/>
39. CONAPO. Niñez interrumpida. Matrimonio infantil y adolescente en México. 1a ed. Abril de 2023.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/821703/Ninez_completo_Final_WEB.pdf
40. Aparicio SH, Padilla FP, Reygadas CX, Uribe BV. El verdadero color de la diversidad sexual: La actitud de los adolescentes. <https://vinculacion.dgire.unam.mx/vinculacion-1/Congreso-Trabajos-pagina/PDF/Congreso-Estudiantil-2014/Proyectos-2014-Area/Ciencias-Biologicas/psicologia/4.11%20CIN2014A10168-%20Psicologia.pdf>
41. REDIM. Niñez y adolescencia LGBTI+ en México. <https://blog.derechosinfancia.org.mx/2022/12/16/ninez-y-adolescencia-lgbti-en-mexico/#:~:text=De%20las%204.6%20millones%20de,de%200%20a%206%20a%C3%B1os>
42. Domínguez VBI, López RF, Jasso MJL. Sexting, grooming, acoso y hostigamiento sexual en adolescentes de bachillerato en México. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*. 2024; 15 (1): 36-48. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20240601-171>
43. UNFPA. Presentan campaña para prevención y erradicación de embarazo en niñez, adolescencias y juventudes. <https://mexico.unfpa.org/es/news/presentan-campa%C3%B1a-para-prevenci%C3%B3n-y-erradicaci%C3%B3n-de-embarazo-en-ni%C3%B1ez-adolescencias-y>
44. Sánchez-Rojas MB, Gutiérrez-Enríquez SO, Gaytán-Hernández D, Terán-Figueroa Y. Necesidad de educación sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria. *Rev Enferm Neurol*. 2020; 19 (1): 15-24. <https://doi.org/10.51422/ren.v19i1.283>
45. Rojas R, Castro F, Villalobos A, Allen-Leigh B, Romero M, Braverman-Bronstein A et al . Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud pública Mex [revista en la Internet]*. 2017; 59(1): 19-27. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000100019&lng=es. <https://doi.org/10.21149/8411>
46. Encuesta Nacional sobre EIS en Adolescentes 2023. <https://eismiderecho.ilsb.org.mx/wp-content/uploads/2023/08/Encuesta-Nacional-sobre-EIS-en-Adolescentes-2023.pdf>
47. Gayou-Esteva U, Meza-de-Luna MA, Noriega-Vivanco S, Vázquez-Bautista LG. Panorama sobre Educación Sexual Integral, deseo y prospectiva de embarazo entre adolescentes de Querétaro. *Diálogos sobre educación. Temas actuales en investigación educativa*, 2020; 11 (21), 00004. Epub 03 de marzo de 2021. <https://doi.org/10.32870/dse.v0i21.633>

48. Instituto Nacional de Salud Pública | 25 Septiembre, 2020. Uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes. <https://www.insp.mx/avisos/uso-de-metodos-anticonceptivos-entre-adolescentes>
49. Villalobos A, Ávila-Burgos L, Hubert C, Suárez-López L, Vara-Salazar E, Hernández-Serrato MI et al. Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. Salud Pública Méx. [revista en la Internet]. 2020; 62(6): 648-660. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000600648&lng=es. <https://doi.org/10.21149/11519>.

VISTO BUENO

	 Dr. Renán A. Amador	 Rebeca Natalia Rosales Pérez
Firma del asesor interno	Firma del asesor externo	Firma de la alumna

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

¿Qué edad tienes?

Sexo

- a) Hombre
- b) Mujer

¿Cuál es tu grado máximo de estudios?

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Preparatoria
- e) Universidad o carrera técnica

Estado civil

- a) Soltero(a)
- b) Casado(a)
- c) Divorciado(a)
- d) Viudo(a)
- e) Separado(a)

¿Vives en la delegación Xochimilco?

- a) Sí
- b) No

ESTILOS DE VIDA

¿Has consumido bebidas alcohólicas de cualquier tipo en las últimas fiestas a las que has asistido?

- a) Sí
- b) No

¿En las últimas fiestas a las que has asistido has tomado o te has inyectado alguna droga (sin contar alcohol)?

- a) Sí
- b) No

INFORMACIÓN Y EXPERIENCIA SEXUAL

¿Has hablado con tus padres acerca de temas de sexualidad?

- a) Sí
- b) No

¿Cuál fue tu principal fuente de información de temas sexuales y anticonceptivos?

- a) Padre o Madre
- b) Hermanos
- c) Cónyuge-pareja
- d) Otro familiar
- e) Profesor
- f) Amigos de mi edad
- g) Médico-enfermera-personal de salud
- h) Medios de comunicación (Televisión-radio, Internet y/o Libros-revistas-periódicos)
- i) A mí nadie me contó nada

Tu primera relación sexual fue vía...

- a) Oral
- b) Vaginal
- c) Anal
- d) Mixta
- e) No he tenido relaciones sexuales

¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual? (si no has tenido no contestes)

- a) Menos de 9 años
- b) 9 años
- c) 10 años
- d) 11 años
- e) 12 años
- f) 13 años
- g) 14 años
- h) 15 años
- i) 16 años
- j) 17 años
- k) Más de 17 años

¿Usaste preservativo en tu primera relación sexual? (si no has tenido no contestes)

- a) Sí
- b) No

Cuando tuviste tu primera relación sexual, ¿qué edad tenía tu pareja? (si no has tenido no contestes)

¿Te han realizado o has realizado sexo oral?

- a) Sí

- b) No

¿Has practicado el sexo anal?

- a) Sí
- b) No

A lo largo de tu vida has tenido relaciones sexuales con... (si no has tenido no contestes)

- a) Sólo con hombres
- b) Por lo general con hombres, pero al menos una vez con una mujer
- c) Sólo con mujeres
- d) Por lo general con mujeres, pero al menos una vez con un hombre
- e) Igual, hombres y mujeres

Tu orientación sexual es...

- a) Heterosexual
- b) Homosexual
- c) Bisexual
- d) Otra

En tu vida, aproximadamente ¿cuántas parejas sexuales has tenido? (si no has tenido no contestes)

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5 a 9
- f) 10 a 14
- g) 15 a 20
- h) Más de 20

SALUD SEXUAL

¿Actualmente utilizas preservativo durante tus relaciones sexuales? (si no has tenido no contestes)

- a) Sí
- b) No

¿Cuál es la razón principal por la que no utilizaste preservativo la primera vez que tuviste relaciones sexuales? (si no has tenido no contestes)

- a) No hablamos del tema antes de tener relaciones
- b) Era difícil proponerlo por miedo a perder a mi pareja
- c) No teníamos preservativos en ese entonces

- d) Conocía lo suficiente a mi pareja
- e) Él o ella no quería usarlo
- f) Yo no quería usarlo
- g) Utilizamos otro método anticonceptivo
- h) Fue violación
- i) Sólo tuvimos sexo oral
- j) Él tenía impotencia con el uso del preservativo
- k) Estaba muy enamorado
- l) Sin preservativo se siente mejor
- m) Había bebido o usado drogas
- n) Tenía un deseo descontrolado
- o) Estábamos intentando tener hijos
- p) Creí que no corría riesgos
- q) Otra razón
- r) Sí utilizamos preservativo

¿Tomaste precauciones para evitar el embarazo en tu primera relación sexual?

- a) Sí
- b) No
- c) No, porque no hubo penetración vaginal

¿Cuál de los siguientes métodos para evitar el embarazo utilizan tú y tu pareja?

- a) Preservativo o condón
- b) Píldora
- c) Termina afuera (coito interrumpido)
- d) Píldora del día siguiente
- e) Ritmo
- f) DIU
- g) Anillo vaginal
- h) Parche anticonceptivo
- i) Vasectomía
- j) Salpingoclasia
- k) Lo hacemos durante la regla
- l) Implante
- m) Inyectable
- n) Ninguno

¿Sabes que es la doble protección?

- a) Sí, el uso de doble condón
- b) Sí, el uso de condón y pastilla de emergencia
- c) Sí, el uso de condón y pastillas hormonales
- d) Sí, el uso de condón y el implante o el DIU
- e) Sí, el uso de condón y otro método anticonceptivo
- f) No

¿Haz aplicado la doble protección?

- a) Sí, el uso de doble condón
- b) Sí, el uso de condón y pastilla de emergencia
- c) Sí, el uso de condón y pastillas hormonales
- d) Sí, el uso de condón y el implante o el DIU
- e) Sí, el uso de condón y otro método anticonceptivo
- f) No

ETS

¿Te han diagnosticado a lo largo de tu vida alguna de las siguientes enfermedades?

- a) Selecciona las opciones correspondientes
- b) Infección por clamidia
- c) Gonorrea
- d) Sífilis
- e) Tricomoniasis
- f) Herpes genital
- g) Condilomas
- h) Infección por virus del papiloma en el cuello de la matriz
- i) Micosis u hongos vaginales
- j) Hepatitis B
- k) Uretritis
- l) Ladillas o piojos en el pubis
- m) Otra enfermedad de transmisión sexual
- n) Ninguna enfermedad

¿Has tenido más de una pareja sexual en algún momento de tu vida? (ya sea de forma permanente u ocasional)

- a) Sí
- b) No

¿Has tenido sexo en grupo? (tríos, grupos, etc.)

- a) Sí
- b) No

CAPÍTULO II

CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL

EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN COMO PERSONA

El servicio social en la medicina es una actividad obligatoria para los estudiantes de la Universidad Autónoma Metropolitana que están cursando la carrera de medicina. Consiste en brindar atención médica a comunidades vulnerables y desfavorecidas, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y promover la salud pública en áreas donde más se necesita. Por lo que realizar el servicio social en la medicina fue una experiencia enriquecedora ya que me permitió adquirir mucha más experiencia práctica que en el internado médico al tener la oportunidad de aplicar los conocimientos teóricos adquiridos en la universidad en un entorno real, desarrollando mis habilidades clínicas y de comunicación con los pacientes al ser yo en un determinado momento el “médico responsable” y no solo un estudiante más.

Durante mi servicio social en medicina, adquirí importantes compromisos que marcaron mi desarrollo profesional y personal. Uno de los compromisos más significativos fue la responsabilidad con la comunidad y la salud pública. Al trabajar directamente con pacientes en diferentes contextos y necesidades de salud, comprendí la importancia de brindar una atención integral y de calidad a todos los individuos, independientemente de su condición socioeconómica. Me enfrenté a diversos desafíos que pusieron a prueba mis habilidades y mi capacidad de adaptación. En la clínica, la alta demanda de pacientes, la escasez de recursos y la complejidad de los casos clínicos fueron algunos de los desafíos que enfrenté a diario.

Así mismo me permitió contribuir al bienestar de la comunidad al brindar atención médica a personas que no tienen acceso a servicios de salud de calidad, ayudando a mejorar la calidad de vida de quienes más lo necesitan y tomar conciencia de las desigualdades en el acceso a la salud y la importancia de trabajar para mejorar la equidad en el sistema de salud. Mi compromiso con la comunidad se fortaleció al reconocer que la medicina no solo se trata de curar enfermedades, sino también de prevenirlas y promover estilos de vida saludables. Participar en campañas de vacunación, charlas educativas y jornadas de salud comunitarias me permitió contribuir de manera activa en la prevención de enfermedades y en la promoción de hábitos saludables en la población. La experiencia me permitió adquirir habilidades clínicas y técnicas indispensables para el ejercicio de la medicina. Desde la atención de urgencias hasta la realización de procedimientos médicos, cada área de enfoque me brindó una perspectiva integral sobre la práctica médica y la importancia de brindar una atención humanizada y de calidad a los pacientes.

EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN PROFESIONAL

Respecto a mi formación profesional en medicina el servicio social desempeñó un papel crucial a la hora de proporcionar acceso a la atención sanitaria a las poblaciones desatendidas, en particular aquellas en circunstancias sociales y económicas vulnerables. Tuve la oportunidad de participar en programas que desconocía y de aplicar mis conocimientos y habilidades en entornos del mundo real, dándome cuenta de la realidad y acceso limitado a los servicios de atención médica que a menudo tienen las comunidades. Esta experiencia práctica no sólo pudo beneficiar a las comunidades que reciben atención, sino que también enriqueció mi formación profesional como graduada, permitiéndome desarrollar habilidades clínicas e interpersonales esenciales al tiempo que fomenta un sentido de responsabilidad social y empatía.

Durante el contexto de mi formación profesional en medicina del servicio social, fue fundamental abordar los determinantes sociales de la salud para promover el bienestar comunitario. La OMS define dichos determinantes sociales de la salud como las condiciones en las que los individuos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, enfatizando el impacto significativo de los factores sociales y económicos en los resultados de salud por lo que, al reconocer y abordar estos determinantes, pude participar en programas que permiten reducir las desigualdades en salud y mejorar los resultados generales de salud dentro de las comunidades. Este enfoque no sólo mejora la calidad de la atención brindada, sino que también capacita a los profesionales de la salud para abogar por cambios sistémicos que aborden las causas fundamentales de las disparidades en salud.

La colaboración con organizaciones comunitarias es un aspecto clave de la formación profesional en medicina de servicios sociales, ya que permite a los proveedores de atención médica brindar atención integral y holística a personas y comunidades necesitadas. Al asociarse con organizaciones locales, los proveedores de atención médica podemos aprovechar los recursos, las redes y la experiencia existentes para abordar una amplia gama de problemas de salud y desafíos sociales de manera efectiva. Este enfoque colaborativo fomenta un sentido de participación y empoderamiento de la comunidad, lo que nos permite como personal de salud trabajar junto con los miembros de la comunidad para identificar prioridades, implementar intervenciones personalizadas y promover resultados de salud sostenibles. A través de estas asociaciones, la formación profesional en medicina de servicios sociales se convierte en un vehículo para promover no sólo la salud individual sino también la resiliencia y el bienestar de la comunidad.

EN RELACIÓN A SU APORTACIÓN A LA COMUNIDAD

Los médicos pasantes desempeñan un papel crucial a la hora de brindar acceso a la atención médica a las poblaciones desatendidas, contribuyendo así significativamente a la mejora de la salud de la comunidad. En muchas comunidades, especialmente en áreas desatendidas, el acceso a una atención médica adecuada es limitado o inexistente, lo que dificulta que las personas reciban servicios médicos esenciales cuando los necesitan. Los pasantes de medicina, a menudo somos considerados un recurso de atención médica rentable, ofreciendo nuestros servicios en entornos de atención primaria, clínicas y centros de salud comunitarios. Al participar activamente en la prestación de atención médica, no sólo mejoramos nuestras habilidades clínicas, sino que también garantizamos que las poblaciones vulnerables reciban los servicios de atención médica que merecen.

Los pasantes médicos somos un vínculo vital entre las comunidades desatendidas y los servicios de atención médica. Nuestra presencia en entornos de atención primaria ayuda a abordar la disparidad en el acceso a los servicios de atención médica. Al brindar atención médica a poblaciones desatendidas, contribuimos a promover el acceso equitativo a la atención médica dentro de la comunidad. Además, estamos bien posicionados para abordar los determinantes sociales de la salud que impactan significativamente el bienestar de la comunidad. Los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación, la vivienda y el acceso a la atención sanitaria, desempeñan un papel crucial en la configuración de los resultados de salud individuales y comunitarios. Al trabajar en estrecha colaboración con pacientes y miembros de la comunidad, los pasantes podemos identificar y abordar estos determinantes sociales mucho más fácilmente con una perspectiva más fresca e innovadora, abogando por políticas e intervenciones que promuevan la equidad en salud y la justicia social. Al abordar los determinantes sociales, contribuimos a crear un entorno comunitario más equitativo y saludable.

Además de brindar servicios de atención médica directos y abordar los determinantes sociales de la salud, los médicos pasantes colaboramos con organizaciones comunitarias durante las ferias, brigadas y jornadas de salud para brindar atención integral e integrada. Al estar asociados con estas organizaciones comunitarias locales, los médicos pasantes podemos aprovechar los recursos y la experiencia existentes para mejorar la calidad y el alcance de los servicios de atención médica brindados a la comunidad. Este enfoque colaborativo fomenta una visión holística de la prestación de atención médica, enfatizando la importancia de la atención preventiva, la promoción de la salud y la participación comunitaria. A través de una colaboración eficaz, no solo contribuimos a mejorar los resultados de salud individuales, sino que también fortalecen la salud y el bienestar general de las comunidades a las que sirven.

EN RELACIÓN CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA

El servicio social de medicina es una actividad obligatoria para los estudiantes de la Universidad Autónoma Metropolitana que están cursando la carrera de medicina. Consiste en brindar atención médica a comunidades vulnerables y desfavorecidas, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y promover la salud pública en áreas donde más se necesita. Para llevar a cabo el servicio social en la medicina en la Universidad Autónoma Metropolitana, los estudiantes deben cumplir con ciertos requisitos y seguir un proceso específico. Es importante que se pongan en contacto con el departamento de servicio social de la universidad para recibir información detallada sobre las opciones disponibles y los pasos a seguir.

En la Universidad Autónoma Metropolitana, la investigación en el área de medicina es una parte fundamental de nuestra formación académica. A través del servicio social en medicina en la UAM, tuve la oportunidad de aplicar mis conocimientos teóricos en situaciones reales, brindando atención médica a comunidades vulnerables y contribuyendo al bienestar de la sociedad. Además, la investigación en medicina en la Universidad Autónoma Metropolitana nos permite estar a la vanguardia en el campo de la salud, desarrollando nuevas técnicas y tratamientos que benefician a la población en general.

Como habitualmente resulta, la Universidad Autónoma Metropolitana es poco reconocida en comparación a otras instituciones educativas como la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Politécnico Nacional al momento de integrarnos al campo laboral, así sea durante una pasantía, no obstante, durante mi servicio social tuve la oportunidad de encontrarme y convivir con varios médicos egresados de la misma Universidad Autónoma Metropolitana, quienes nunca se negaron a tenerme como pasante y siempre me dieron orientación y libertad al momento de manejar la consulta médica, incentivando mi conocimiento previamente obtenido y fomentando la adquisición de nueva información para la mejora de mi actividad como profesional al momento de enfrentarme a la vida médica una vez terminase mi servicio social. La diversidad de opiniones y enfoques en el ámbito médico me enseñó la importancia de la colaboración y el respeto mutuo para lograr un trabajo conjunto eficiente y de calidad.

Las prácticas profesionales en las clínicas afiliadas a la UAM son una parte esencial de nuestra formación en medicina. A través del servicio social en hospitales afiliados a la UAM, los estudiantes tienen la oportunidad de adquirir experiencia clínica, trabajar en equipo con profesionales de la salud y enfrentarse a situaciones médicas reales. Esta formación en medicina en la Universidad Autónoma Metropolitana nos prepara para ser profesionales competentes y éticos, capaces de brindar atención de calidad a nuestros pacientes.