

Autoeficacia anticonceptiva como factor predictivo del embarazo adolescente.

Estrada Caudillo, María Eugenia (1), Gómez Montoya Mónica (2), Gutiérrez Guillén, Jazmín Elena (3), Flores Arias, María Luisa (4) Regalado Cortés, Jacqueline (5), Torres Alfaro, Andrea Carolina (6)

1,2,5,6 [Alumnas participantes en el proyecto de investigación, División de Ciencias Naturales y Exactas, Departamento de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Guanajuato (autoeficaciaanticonceptiva@gmail.com)]

3 [Alumna participante en el proyecto de investigación, Centro Universitario de Ciencias Económico-Administrativas, Contaduría Pública, Universidad de Guadalajara]

4 [Investigador titular del proyecto, División de Ciencias Naturales y Exactas, Departamento de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Guanajuato]

Introducción:

El embarazo en la adolescencia es un problema de origen multifactorial, con alto riesgo de complicaciones para la madre, el feto y el neonato, repercutiendo en los resultados perinatales. Los hijos de madres adolescentes representan aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo, un 95% de ellas en países en desarrollo (Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016a).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), estima que 20% de nacimientos en la región son de madres menores de 20 años y 40% de estos embarazos son no deseados. (Mendoza et al., 2016b). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2018 aproximadamente 16 millones de partos en el mundo fueron de mujeres de 15 a 19 años y alrededor de un millón fueron de niñas menores de 15 años, la mayoría de éstas, originarias de países de ingresos bajos y medianos, como es el caso de México. (OMS, 2018)

Se considera que más del 80% de los embarazos no deseados o no planificados, son provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos y producto de una relación débil de pareja, en algunos casos de manera

fortuita y ocasional, por lo que la mayoría de las veces, el padre del embrión es también un adolescente. Estudios mundiales demuestran que el embarazo en

la adolescencia contribuye a la perpetuación del ciclo de la pobreza, y es considerado una problemática social cuyo efecto se traduce en falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, colocando a las jóvenes en un riesgo más alto para alcanzar sus logros educativos, ocupacionales y socioeconómicos. (García & González, 2018).

En relación con México, este es considerado uno de los países mayormente afectados por esta problemática social, pues ocupa el primer lugar en embarazo adolescente en los países integrantes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), según lo cual, en este país la tasa de fecundidad es de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años (Olguín & Rojas, 2018, párr.2). Por su parte, la Encuesta Intercensal en el 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), evidenció que en dicha tasa en este mismo rango de edades se apreció un incremento del 10% con respecto a 2009. (INEGI,

2015, p.25)

De acuerdo con Villalobos, Filipa de Castro, Rojas & Allen (2017) señalan que 20.5% de las adolescentes de entre 12 y 19 años en México han iniciado su vida sexual; 36.8% de ellas no utilizaron métodos anticonceptivos en la última relación sexual y más de la mitad experimentan un embarazo antes de completar los 20 años. Para el 2018, en la Encuesta Nacional de la Dinámica Geográfica 2018 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) se indica que en 2014, el 51.6% de mujeres en edad fértil eran usuarias de métodos anticonceptivos, mientras que en 2018 fue de 53.4%, lo cual representa un aumento de 1.8%. Asimismo, en 2014 con relación a la primera relación sexual, el 65.7% de las mujeres afirman no usar un método anticonceptivo, porcentaje que disminuyó a 59.4% en 2018 (INEGI, 2018).

Con respecto a al Estado de Guanajuato en 2017, el porcentaje de madres adolescentes fue de 18.6% con respecto al total de nacimientos en el Estado, lo cual lo posiciona cerca de la media nacional que es del 19.02%. En relación con los municipios, los que presentan un mayor porcentaje de nacimientos de embarazos adolescentes son Cortázar con 24.30%, Pueblo Nuevo con 24.10%, y Jaral del Progreso con 23.60%; seguidos de localidades con un alto porcentaje de embarazo adolescente como Villagrán con 22.81%, Apaseo el Grande con 22.40%, Cuerámara con 22.30%, Comonfort con 21.60%, Romita con 21.30%, Coroneo con 21.20%, Silao con 21.16%, Yuriria con 21.12%, Ocampo con 20.70% y Guanajuato capital con 20.50%; el resto de los municipios tienen porcentajes menores a 20%, donde Santiago Maravatío representa el municipio con menor porcentaje con 12.12%. (Islas, 2017, párr.3-6)

Lamentablemente el embarazo a temprana edad representa gran riesgo para el adolescente, ya que existen complicaciones durante el mismo, parto o puerperio, en el año 2009, el 13.8% de las muertes maternas correspondía a menores de 19 años por esta razón, cada año, unos 3 millones de mujeres entre 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos y en el caso de los niños que nacen de estas madres, enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. (OMS, 2018)

En el aspecto psicológico también encontramos

repercusiones importantes, ya que la adolescente soltera embarazada se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con un estado anímico de depresión durante la gestación. Los trastornos sociales y económicos que esto pudiera provocar, en algunos casos, propicia inestabilidad emocional, sentimientos de culpa y frustración al ver limitadas sus oportunidades tanto académicas como de vida. Se ha demostrado que los embarazos adolescentes son, en gran parte, producto de una autoestima baja, por lo que nace la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no sólo la exclusiva y repetitiva educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar y la salud sexual y reproductiva. (Mora & Hernández, 2015 pp.76-82)

Conforme con la evidencia científica, muchas son las causas que favorecen el embarazo adolescente y el inicio precoz de las relaciones sexuales, entre ellas se encuentran el estatus socioeconómico relativamente bajo que predispone a la ignorancia y la falta o baja escolarización de los jóvenes. Por otro lado, la falta de una adecuada educación e información sexual explica en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente, siendo fuentes primordiales padres, profesores, profesionales de la salud que muchas ocasiones se ven diluidas y reemplazadas por los amigos, medios de comunicación, etc.

Esta falta de información gira en torno a temas como la propia sexualidad, los métodos anticonceptivos, su funcionamiento, su efectividad o efectos secundarios, la existencia y transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS). Muchas adolescentes que se embarazan se ven obligadas a dejar la escuela, lo que implica menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo, necesario para enfrentar su nueva responsabilidad como madre. (Lasa, Lozano, Arévalo & Paricio, s.f. p. 821; Secretaría de Salud, 2016; Gómez-Inclán & Durán-Arenas, 2017; OMS, 2018, párr. 12)

Se ha demostrado que los embarazos adolescentes son, en gran parte, producto de una autoestima baja, por lo que nace la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no sólo la exclusiva y repetitiva educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar y la salud sexual y reproductiva

va. (Mora & Hernández, 2015 pp.76-82) Es posible apreciar una falta de capacidad del adolescente para decidir si tener o no relaciones sexuales, cuándo y con quién, por lo que existen casos en la que los varones muchas veces mayores de edad respecto a las mujeres insisten tantas veces en la práctica de relaciones sexuales a las adolescentes, como muestras de amor y con amenazas de que al no consumarse le abandonarán, lo que lleva a ceder a la mujer a tales prácticas de riesgo. Un aspecto interesante respecto a la cultura es que los varones de distintas edades comparten una concepción errónea en donde el no de las mujeres no es tal, sino que simplemente se hacen desear. (Bianco, 2017a)

La enfermería como profesión procura otorgar cuidados para la salud a las personas sanas y enfermas dentro de su ciclo vital, lo que le exige el entendimiento las respuestas humanas de los individuos, familias y comunidades de forma integral, que permitan el desarrollo de marcos conceptuales para la integración de intervenciones de enfermería efectivas que favorezcan el cambio real de conductas de riesgo a conductas saludables. (Olivari-Medina & Urra-Medina, 2007)

Marco teórico

De acuerdo con la OMS la salud sexual se define como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (OMS, s.f., párr.1). Por tanto, la salud sexual no solo se encamina al asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual, sino a las relaciones interpersonales y el desarrollo de vida de cada individuo. Es este contexto, la planificación familiar, además de un derecho humano es un componente esencial de la salud reproductiva como un elemento básico para el desarrollo social y económico de las personas y las comunidades, así como para la igualdad de hombres y mujeres. (SS, 2014, pp.15-16)

Por su parte, la OMS (s.f.) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”, donde ocurren importantes cambios

físicos y biológicos acompañados de crecimiento y madurez tanto física como emocional. Mientras que el embarazo o gestación se define como un período durante el que el embrión se desarrolla y crece en el interior del cuerpo de la madre y cuya duración comprende desde la fecundación del óvulo hasta el momento del parto. (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014, p.7) Por tanto, el embarazo es el estado en el que el cuerpo de una mujer proporciona las condiciones necesarias para el desarrollo de un embrión.

Por tanto, el embarazo adolescente o embarazo precoz es definido como aquel que ocurre cuando no se tiene la preparación emocional ni física para éste, el cual se presenta al comienzo de la edad fértil, es decir, durante la pubertad o adolescencia inicial o al final de esta, en otras palabras, hasta los 19 años. Muchos de ellos son embarazos no planeados ni deseados y representan riesgos y consecuencias graves para la madre y el hijo principalmente. (Fundación Plan Internacional España, s.f.)

Como ya se ha analizado anteriormente, muchos son los factores que predisponen a un embarazo adolescente, entre ellos se encuentra la autoeficacia anticonceptiva, relacionada con la planificación familiar no es solo un asunto limitativo a las mujeres, sino que es fundamental que todas las parejas tengan acceso a información y servicios para evitar embarazos no planeados a través del uso de métodos que permitan ejercer una vida sexual plena y responsable. (p.118)

El concepto de autoeficacia es poco desarrollado y estudiado, así como aplicado a circunstancias y áreas de estudio específicas. En relación con esto, Bandura (2001) desarrolla una teoría conocida como autoeficacia percibida, la cual hace referencia a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados (párr. 1). Esta teoría expone cómo las conductas de las personas influyen de manera directa o indirecta en el comportamiento de un individuo; gracias al impacto obtenido. Para el ámbito de enfermería, Nola Pender en su modelo de promoción de la salud adopta la idea de Bandura, enfocándose en la obtención de información para determinar qué tan capaz se percibe una persona de realizar una acción a favor de su salud. (Aristzábal, Blanco, Sánchez & Ostiguín, 2011)

De acuerdo con Gómez, Ibaceta, Muñoz &

Pardo (1996), la autoeficacia anticonceptiva consiste en la percepción de una persona con relación a su propia capacidad de controlar o prevenir los riesgos presentes al tener relaciones sexuales, tales como contraer una infección o enfermedad de transmisión sexual, así como un embarazo no deseado a través de comportamientos sexuales y contraceptivos que eviten dichos riesgos. Para ello es necesario que una persona comprenda y acepte las relaciones sexuales antes de que ocurran; así como llevar a cabo comportamientos

sexuales que propicien la disminución de riesgos dentro de una vida sexual y tener una adecuada salud reproductiva. (pp.173-174).

Del mismo modo, según la teoría sociocognitiva de Bandura explicada por López- Rosales & Moral-de la Rubia (2000), la autoeficacia anticonceptiva debe evaluarse desde tres aspectos de conducta que hacen referencia a capacidades percibidas en sí misma por la persona, como son la capacidad para decir no a relaciones sexuales, la capacidad para preguntar al compañero sexual sobre sus experiencias sexuales previas y conductas de riesgo que haya llevado a cabo y la capacidad para adquirir y utilizar de manera adecuada los distintos preservativos. (p.423)

En relación con el uso de métodos anticonceptivos y la autoeficacia, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) & UNICEF (2016) mencionan que la planificación familiar y la anticoncepción son variables relacionadas con la autoeficacia anticonceptiva de las personas, pues proporcionan un referente para asumir conductas y motivaciones que permitan incrementar su percepción relacionada con su propia capacidad de evitar situaciones de riesgo, tales como embarazos no deseados. Estos elementos son importantes para la salud y bienestar tanto de las mujeres como de los infantes en virtud de que previene los embarazos precoces o tardíos, extiende el periodo entre los nacimientos y limita el número total de hijos de manera responsable.

Metodología

El diseño de esta investigación es cuantitativo porque las variables son de índole numérica únicamente, se considera no experimental debido a que no hubo manipulación de las variables. Se considera observacional porque

en el abordaje de la población de estudio se observó su propio comportamiento relacionado con las variables, es descriptivo porque se hace uso de la estadística descriptiva para comprender en primera instancia las variables electas. Finalmente se considera transversal dado que el estudio fue realizado en un tiempo determinado.

El universo del estudio fue conformado por 600 estudiantes de nivel secundaria en el nivel escolar secundaria de edades entre 12 y 15 años, de primero, segundo y tercer grados en los turnos matutino y vespertino de la secundaria pública federal "Guadalupe Victoria" ubicada en Guanajuato, Guanajuato.

La muestra calculada de manera inicial fue de 226 estudiantes, con un nivel de confianza de 90% y un margen de error de 5, sin embargo, en virtud de que los estudiantes se encontraban en cierre de cursos, esto representó, entre algunas otras, una limitante que provocó que fuera posible obtener la información completa de 161 estudiantes de acuerdo con la escala utilizada. El muestreo de este estudio es por conveniencia ya que los estudiantes que participaron fueron seleccionados por las autoridades de la institución según la disponibilidad de los mismos al encontrarse en el periodo de cierre de cursos.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Adolescentes matriculados en la Secundaria Federal "Guadalupe Victoria" ubicada en Guanajuato, Gto.
- Hombres y mujeres con edades entre 12-15 años.
- Adolescentes que presenten el consentimiento informado.
- Adolescentes que deseen participar en el proyecto de investigación.
- Los criterios de exclusión se mencionan a continuación:
 - Estudiantes que cursan un embarazo.
 - Estudiantes con capacidades diferentes para la atención y el aprendizaje
- Los criterios de eliminación son los siguientes:
 - Estudiantes con cuestionarios incompletos.

Descripción de los instrumentos

A continuación, se presenta la descripción de cada uno de los instrumentos utilizados para el presente trabajo. En primer lugar, se elaboró una cédula para datos sociodemográficos que

incluyó información relacionada con la edad, género, estado civil, el estado civil de sus padres y su grado escolar. Asimismo, se agregaron preguntas sobre cómo perciben la relación de su familia y la comunicación con sus padres, se cuestionó también si tenían pareja en la actualidad, si había tenido relaciones sexuales en el pasado, a qué edad fue su primera relación sexual, con cuántas personas han tenido relaciones sexuales, si han utilizado algún método anticonceptivo. Otras preguntas fueron sobre cuáles métodos anticonceptivos conocen y cuáles consideran más efectivos para evitar un embarazo no deseado. Finalmente se preguntó al adolescente cuál sería su actuar frente a un embarazo no deseado.

Otro instrumento utilizado para la recolección de datos fue la escala de autoeficacia anticonceptiva creada por Levinson & College (1986), la cual comprende 18 ítems, en su versión adaptada para uso en población mexicana. Cada uno de los ítems plantea situaciones que deben ser respondidas por el sujeto de estudio a través de una escala de Likert de cinco incisos, en el cual se interpreta su

autoeficacia en situaciones de índole sexual con su pareja que puedan representar un riesgo de embarazo no deseado. Los 18 ítems de la escala tienen 5 opciones de respuesta en una escala de Likert que va desde 1 = no completamente verdadero para mí hasta 5 = completamente verdadero para mí y requiere de aproximadamente 10 minutos para ser contestada. Para evaluar los resultados los ítems 2, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14 y 15 deben ser invertidos, de tal modo que a mayor será la autoeficacia de la persona para la anticoncepción.

Resultados

En el presente apartado se presentan los resultados obtenidos de los análisis estadísticos realizados para una muestra final por conveniencia de 161 estudiantes adolescentes de la Secundaria Federal No.1 Guadalupe Victoria, de los diferentes grados y turnos matutino y vespertino.

Con respecto a las edades, el promedio general es de 13.6 años, siendo para las mujeres de 13.68 y para los hombres de 13.52.

En relación con el grado escolar y de acuerdo al género la muestra se encontraba distribuida de la siguiente manera: 32 (33.3%) estudiantes

mujeres se encontraban en el primer grado, 33 (34.3%) de ellas en el segundo grado y 31 (32.3%) en el tercero.

Por otro lado, 24 (36.9%) estudiantes hombres se encontraban en primer grado, 16 (24.6%) de ellos en el segundo y 25 (38.5%) de tercero. Cabe destacar que 94 mujeres mencionaron ser solteras (97.9%) y dos viven en unión libre (2.1%), mientras que 64 hombres son solteros (98.5%) y uno vive en unión libre (1.5%). Con relación a los padres de las estudiantes mujeres, 16 de ellas afirmaron que sus padres son solteros (16.7%), 42 que son casados (43.8%), 20 que son divorciados (20.8%), 15 que viven en unión libre (15.6%) y 3 que son viudos (3.1%); con respecto a los estudiantes hombres, 11 mencionaron que sus padres son solteros (16.9%), 36 que son casados (55.4%), 11 que son divorciados (16.9%) y 7 que viven en unión libre (10.8%).

De manera general, de acuerdo con la escala utilizada en la metodología del proyecto, se observa que las mujeres califican la relación con su familia, muy buena (38.5%) a diferencia del 33.8% de los hombres que la consideran buena. Con relación a su vida sexual se observa que los porcentajes son muy semejantes entre hombres (6.2%) y en mujeres (7.3%) sin embargo, es ligeramente menor para estas últimas. Se reporta como edad de su primera relación sexual para las mujeres de 14-15 años y para los hombres entre los 10-14 años lo que coincide con lo reportado por ENSANUT 2012, además ambos sexos coinciden en que el método que más se utilizan es el condón masculino.

Los adolescentes reportaron que en cuanto un embarazo no planeado la mejor opción es casarse y tener al bebé (mujeres 63.5% y hombres 78.5%). Este resultado es preocupante debido a que son opciones que implican que el adolescente tenga que abandonar sus estudios para dedicarse a actividades laborales necesarias para la manutención de la nueva familia y que socialmente no corresponden a su edad.

Existen hombres (47.7%) y mujeres (27.1%) que están de acuerdo con que es responsabilidad de ambos que su pareja sienta placer sexualmente, sin embargo en el porcentaje de desacuerdo, las mujeres (18.8%) representaron poco más del doble del porcentaje con respecto a los hombres (9.2%), mostrando falta de

responsabilidad por parte de algunas de ellas, por otro lado el 26.0% de las adolescentes expresa que no existe suficiente confianza para hablar de sexo con sus parejas, a diferencia de los hombres (24.6%), además un 38.5% de hombres pueden tener relaciones sexuales como algo que quieren y disfrutan, situación contraria con la de las mujeres (26.0%), el resto indica que una mínima cantidad de hombres (18.3%) se sienten obligados a tener relaciones sexuales, esto va de la mano con que un 47.9% de las mujeres no pueden detener a sus parejas en el acto sexual debido a que no saben cómo hacerlo, en este sentido el porcentaje de hombres es menor (27.7%). Estos resultados pueden relacionarse a que culturalmente en México existe de manera impresionante el machismo, por o que el hombre tiene relaciones sexuales en búsqueda de su placer independientemente de la mujer, quien muchas veces ni lo desea, ni lo disfruta, además de que en caso de presentarse una relación sexual y el varón no las desee y sin embargo lo haga, quiere decir que la ideología de que el hombre no puede quedar mal ante la mujer sigue siendo de gran peso para los adolescentes.

Aún con toda esta problemática cabe mencionar que las mujeres han logrado llegar a tener un empoderamiento en la toma de sus decisiones en materia de su sexualidad, ya que, actualmente existe una lucha para reducir o erradicar el machismo, esto se refleja con un 41.7% de mujeres que indicaron que les resulta fácil negar una propuesta por parte de su pareja a tener relaciones sexuales; en el mismo sentido los hombres presentan un porcentaje menor (35.4%).

Por otro lado el 35.4% de las mujeres y el 32.3% de los hombres consideran que, al encontrarse emocional y sexualmente involucrados con alguna persona, pueden llegar a tener relaciones sin utilizar algún método anticonceptivo, este dato es relevante debido a que se encuentran expuestos a riesgos propios de la relación sexual sin protección como pudiera ser un embarazo no deseado o alguna enfermedad de transmisión sexual. Otro dato que es interesante mencionar es que una mínima cantidad de los adolescentes (4.2% de mujeres y 7.7% de los hombres) independientemente de su compromiso sentimental y sexual con su pareja, sí utilizarían algún método de anticoncepción, denotando un sentido de responsabilidad. Aunque la

mayor cantidad de la muestra (36.6% de mujeres y 29.2% de hombres) considera que pueden tener relaciones sexuales fácilmente sin que las consecuencias del acto los limiten, lo que nos podría explicar por qué hoy en día sigue incrementando la tasa de embarazos adolescentes, así como el contagio de enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes.

Algunos estudiantes indicaron que tendrían o tuvieron cierto problema para la adquisición de algún método provocado por sentimiento de vergüenza o incomodidad; si bien un 20.8% mostraron un comportamiento totalmente distinto, dejando claro que no se les presentó alguna dificultad y que les es prioritario cuidarse al tener relaciones sexuales; en los hombres se denota un comportamiento más favorable, donde el 32.3% está en desacuerdo, lo cual nos da a entender que también es fundamental para ellos evitar consecuencias a causa de tener relaciones sexuales sin protección; sin embargo, el 21.5% está de acuerdo, lo cual confirma que los adolescentes no consideran que pueden ir a establecimientos a comprar métodos anticonceptivos sin tener el miedo a ser juzgados o intimidados, esto puede ser un factor predisponente para un embarazo no deseado o de la contracción de alguna enfermedad de transmisión sexual.

Por otro lado se refleja que un porcentaje de mujeres (39.6%) y de hombres (41.5%) adolescentes tienen la capacidad decisiva de cuidar su salud sexual, así como usar algún método anticonceptivo con su pareja durante el acto sexual, lo que hace referencia a que consideran las posibles consecuencias que se pueden generar al tener relaciones sexuales sin protección; por el contrario, el 7.3% de las mujeres y el 10.8% de los hombres están en desacuerdo ante la situación, siendo este dato preocupante, ya que indica una falta de responsabilidad, autonomía y autoeficacia anticonceptiva.

Tanto hombres como mujeres (42.7% y 44.6% respectivamente) pueden preguntarle a su pareja sexual sin dificultad si está usando algún método anticonceptivo antes de acto sexual, o de la misma forma decirle a su pareja que él o ella no está usando un método, lo que quiere decir que ambos géneros son conscientes de la responsabilidad que conlleva tener relaciones sexuales. Sin embargo, el 13.8% de los hombres y el 12.5% de las mujeres mostraron una actitud de desacuerdo, lo cual nos indica la vulnerabili-

dad en la que se encuentran algunos adolescentes ante el riesgo de no utilizar protección.

Se ve una mínima diferencia entre hombres y mujeres (46.2% y 46.9% respectivamente) al decidir comunicarle a su pareja antes del acto sexual que está utilizando algún método anticonceptivo, por lo que se reafirma lo antes mencionado, así como la supuesta responsabilidad de los adolescentes en el ejercicio de su vida sexual, pues se evidencia que 7.7% en hombres y 5.2% en mujeres están en completo desacuerdo, aunque es pequeña la diferencia se denota que aún prevalece la poca facilidad que tiene la mujer al hablar de protección con su pareja previo a la relación sexual.

Por lo anterior algunos autores han destacado que los adolescentes en esta etapa experimentan algunas actividades con el propósito de encontrar o afianzar su identidad, aunque muchos de los comportamientos sexuales suelen ser riesgosos e inconscientes dando como resultado, embarazos no planeados o relaciones sexuales forzadas en las cuales existe un alto riesgo en el escaso uso de métodos anticonceptivos.

Conclusiones

El embarazo adolescente es un problema de salud pública que debe ser analizado y abordado a través de la diversidad de factores que determinen esta conducta de riesgo en este grupo de edad. Uno de estos factores puede ser la percepción sobre la relación y comunicación que tiene el adolescente respecto a su familia y la cual son consideradas como buenas, aunque aún existen adolescentes que las catalogan entre malas y muy malas. Ello implica una limitante importante para el intercambio de información relevante respecto al ejercicio saludable de su sexualidad. Aunque son pocos los estudiantes que reportan haber iniciado o continuar con su vida sexual activa, las edades de éstos corresponden a las ya reportadas a nivel nacional.

Dentro de los métodos anticonceptivos de elección de este grupo continúan siendo el condón masculino y la pastilla del día siguiente, también son considerados como los más efectivos para la prevención de embarazos adolescentes. Esta información debe ser considerada para la educación sexual y reproductiva que es brindada por el personal de salud entre otros que

deben garantizar el tipo y calidad de información que posee el adolescente al respecto con la finalidad de que tome decisiones favorables.

La mayoría de los adolescentes considera como primera opción frente a un embarazo no deseado el apoyar a su pareja, tener y mantener al bebé e incluso casarse, estas decisiones implicarían para el adolescente la deserción escolar, deterioro y apoyo en la relación familiar, empleos en condiciones precarias, así como probable depresión, ansiedad, estrés entre otras.

Se observa que la mujer continua considerando que no es su responsabilidad lo que su pareja sienta sexualmente a diferencia de los hombres probablemente por la percepción social de superioridad de hombre frente a la mujer, que le asigna tradicionalmente esta responsabilidad, ello también se percibe al momento de que el hombre muestra menos dificultad para asistir a algún establecimiento para conseguir algún método anticonceptivo; sin embargo, pese a este papel al momento de hablar de sexo y sus implicaciones el hombre tiene menos confianza que las mujeres, salvo si la mujer de la que se trate le atrae verdaderamente física o emocionalmente.

Probablemente el hombre frente a la exigencia social de dominio sobre la mujer y de superioridad frente a sus pares presenta una limitación mayor para negarse a tener relaciones sexuales, aunque no las desee, sin embargo, cuando las tiene presenta una mayor capacidad de disfrutar las relaciones sexuales a comparación de las mujeres quienes expresan en mayor medida hacer lo que su pareja quiere por no sentir la confianza de expresar sus deseos.

A pesar de que los adolescentes piensen en las consecuencias de las relaciones sexuales antes de tenerlas, no es un limitante para abstenerse lo que los vuelve vulnerables a los riesgos propios del acto sexual entre los que destacan embarazos no deseados o inclusive la transmisión de enfermedades de transmisión sexual. Por su parte las mujeres que se sienten comprometidas emocionalmente con su pareja no piensan en las consecuencias al tener relaciones sexuales sin protección esto podría ser relacionado a la seguridad o convicción de que un sentimiento mutuo y duradero.

Referencias

Allen-Leigh, B., Villalobos, A., Hernández, M.,

- Suárez, L., De la Vara, E., De Castro, F. & Schiavon, R. (2013). Inicio de la vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud pública de México*, 55(2), 6-7.
- Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A. & Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm. univ* 8(4), pp.16-23. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-
- Bandura, A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficiencia. Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/effguideSpanish.html>
- Barbón, O.G. (2011). Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. *Ciencia y enfermería* 17(1), pp.19-25.
- Chávez, V. (2017). Las causas que explican el embarazo adolescente en la Argentina. Recuperado de: <https://www.infobae.com/tendencias/2017/07/11/las-causas-que-explican-el-embarazo-adolescente-en-la-argentina/>
- Fundación Plan Internacional España. (s.f.). Embarazo adolescente. Recuperado de: <https://plan-international.es/por-ser-nina/campana/embarazo-adolescente-0>
- García, A. & González, M. (s.f). Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 22(3), 418.
- Gómez, J., Ibaceta, P., Muñoz, F., & Pardo, E. (1996). Autoeficacia percibida en relación al comportamiento sexual y contraceptivo de los jóvenes. *Revista de la psicología general y aplicada*, 49(1), 173-183.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Encuesta Intercensal 2015. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Geográfica 2018. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública & UNICEF México. (2016). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México. Recuperado de: https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_ENIM2015.pdf
- Islas, L. (2017). Los municipios de Guanajuato con más embarazos adolescentes. Unión Guanajuato. Recuperado de: <http://www.unionguanajuato.mx/articulo/2017/03/13/educacion/los-municipios-de-guanajuato-con-mas-embarazos-adolescentes>
- Hernández-Montaña, A. & González-Tovar, J. (2015). Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación desde la Teoría Fundamentada. *Ciencia Ergo Sum* 23(2), pp.112-120
- Geffroy, C. (2016). En busca del placer... Una perspectiva de género. *Bulletin de l'Institut français d'études andines* 45(3), pp.373-388
- Lasa, I., Lozano, J. L., Arévalo, J. & Paricio, J. (s.f.) Capítulo 26 Embarazo en la adolescencia. *Manual de salud reproductiva en la adolescencia* 823.
- López-Rosales, F. & Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud pública de México*, 43(5), 421-432.
- López, R. (2017). Adolescentes embarazadas: riesgos y consecuencias. Recuperado de: <http://aps.iss.gov.sv/familia/adolescencia/Adolescentes%20embarazadas%3A%20riesgos>
- Mendoza, L. A., Benítez, D. I., & Peñaranda, C.B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(3), pp.243-253.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014). Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Recuperado de: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GPC_de_embarazo_y_puerperio.pdf
- Montiel, Y.V., Lowit, M., Frómeta, I., Torriente,

D., Labrada, M., Izquierdo, M., & Rubio, A. (2010). Factores psicosociales que influyen en el embarazo adolescente. *Revista Información Científica* 68(4). Recuperado de: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/539/946>

Mora, A. & Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia: como ocurre en la sociedad actual.

Revista de perinatología y reproducción humana, 29(2), pp.76-82.

Olivari-Medina, C. & Urra-Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de la salud. *Ciencia y Enfermería* 13(1), 9-15. Recuperado de : https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Desarrollo en la adolescencia. Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Panamericana de la Salud. (23 de enero de 2015). A menudo las personas jóvenes de la región no se protegen para evitar el embarazo. Recuperado de: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=866:a_menudo-las-personas-jovenes-de-la-region-no-se-protegen-contr-el-embarazo&Itemid=499

Organización Mundial de la Salud. (23 de febrero de 2018).

El embarazo en la adolescencia. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> Organización Mundial de la Salud. (2018).

El Embarazo en la Adolescencia. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> Organización Mundial de la Salud. (s.f.).

Salud Sexual. Recuperado de: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/

Peláez-Mendoza, J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1) Secretaría de Salud. (2002).

La salud sexual y reproductiva: un derecho a conquistar. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOC-SAL7199.pdf>

Secretaría de Salud. (2014). Programa de Acción Específico, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018. Recuperado de: http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/SaludSexualyReproductivaparaAdolescentes_2013_2018.pdf

Salud Pública de México (2017).

El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7891/11185>

Valdez, E., Pérez, R., Ibañez, S. & Rodríguez, M. (2017).

Creencias sobre el uso del condón en una población universitaria. *CIENCIA ergo-sum*. 1.

Villalobos, A., De Castro, F., Rojas, R., & Allen, B. (2017). Anticoncepción en adolescentes mexicanos de las escuelas de nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública de México*. 59(5), pp.567-568.