



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina  
Especialidad de Medicina Familiar

**FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DE VIDA SEXUAL TEMPRANA EN  
ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE QUERÉTARO**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la  
Especialidad en Medicina Familiar

**Presenta:**

Médico General: Beatriz Rodriguez Rovalo

**Dirigido por:**

M.en I.M. Lilia Susana Gallardo Vidal

**SINODALES**

M.en I.M. Lilia Susana Gallardo Vidal

Presidente

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos

Secretario

M.C.E. Martha Leticia Martínez Martínez

Vocal

Med. Esp. Ana Marcela Ibarra Yáñez

Suplente

Med. Esp. Adriana Jiménez Medina

Suplente

Dra. Guadalupe Zaldívar Lelo de Larrea  
Director de la Facultad de Medicina

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña  
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario  
Querétaro, Qro.  
Febrero 2019  
México.

## RESUMEN

**Introducción:** La vida sexual temprana se ha incrementado en las últimas décadas en los adolescentes, esto representa un problema de salud pública por las consecuencias que genera como es el embarazo adolescente por su alta morbimortalidad. **Objetivo:** Determinar los factores asociados al inicio de vida sexual temprana en adolescentes en una unidad de medicina familiar. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles en adolescentes de 14 a 19 años de la UMF No.13. El tamaño de muestra se calculó con la fórmula para casos y controles con un nivel de confianza del 95%, un poder de la prueba del 80%, con una relación 1:2 (n= 60 casos y 119 controles) muestreo no probabilístico por conveniencia. Variables a estudiar características sociodemográficas, individuales, familiares y sociales como factores asociados al inicio de vida sexual en adolescentes. El análisis estadístico con  $\chi^2$ , razón de momios con un nivel de confianza del 95%. **Resultados:** La edad promedio de inicio de la vida sexual activa es  $15.77 \pm 1.34$ . años Los factores familiares con asociación significativa para el inicio de vida sexual en adolescente, fueron los siguientes: la aprobación de los padres para tener actividad sexual en la adolescencia con una RM de 8.91 (IC 95%; 3.72-21.32), el no vivir con los padres de familia con una RM de 5.33 ( IC 95% 1.79-15.88), madre que trabaja con una RM de 2.32 ( IC 95% 1.25-4.32), antecedente de embarazo adolescente en la familia con una RM de 2.27 (IC 95% 1.21-4.27); a nivel social hubo asociación significativa cuando los amigos aprueban la actividad sexual en la adolescencia con una RM de 8.98 (IC 95% 3.37-23.88), el estrato socioeconómico alto con una RM de 2.86 (IC 95% 1.13-7.19); dentro de los factores individuales esta la aprobación personal de actividad sexual en la adolescencia con una RM de 15.07 ( IC 95% 7.25-31.35), trabajo remunerado con una RM 3.73 (IC 95% 1.93-7.19).**Conclusiones:** En Querétaro, este estudio demuestra que los factores asociados al inicio de vida sexual en adolescentes fueron diferentes a la evidencia científica e influenciada por los diferentes grupos sociales.

(**Palabras clave:** adolescentes, vida sexual, factores)

## SUMMARY

**Introduction:** Early sexual life has increased in recent decades in adolescents, this represents a public health problem because of the consequences it generates as teenage pregnancy due to its high morbidity and mortality. **Objective:** To determine the factors associated with the beginning of early sexual life in adolescents in a family medicine unit. **Material and methods:** A case-control study was carried out in adolescents aged 14 to 19 years of the UMF No.13. The sample size was calculated with the formula for cases and controls with a confidence level of 95%, a power of the test of 80%, with a 1: 2 ratio ( $n = 60$  cases and 119 controls) non-probabilistic sampling by convenience. Variables to study sociodemographic, individual, family and social characteristics as factors associated with the beginning of sexual life in adolescents. Statistical analysis with  $\chi^2$ , odds ratio with a confidence level of 95%. **Results:** The average age of onset of active sexual life is  $15.77 \pm 1.34$ . The family factors with significant association for the beginning of sexual life in adolescents were the following: the approval of the parents to have sexual activity in adolescence with an MRI of 8.91 (95% CI 3.72-21.32), not living with parents with a MRI of 5.33 (95% CI 1.79-15.88), mother who works with an MRI of 2.32 (95% CI 1.25-4.32), a history of adolescent pregnancy in the family with an MRI of 2.27 (CI 95% 1.21-4.27); At the social level there was a significant association when friends approve sexual activity in adolescence with an MRI of 8.98 (95% CI 3.37-23.88), the high socioeconomic stratum with an MRI of 2.86 (95% CI 1.13-7.19); within the individual factors is the personal approval of sexual activity in adolescence with an MRI of 15.07 (95% CI 7.25-31.35), paid work with an MRI 3.73 (95% CI 1.93-7.19). **Conclusions:** In Querétaro, this study shows that the factors associated with the beginning of sexual life in adolescents were different from scientific evidence and influenced by different social groups.

(**Keywords:** adolescents, sex life, factors)

## **DEDICATORIA**

A mis maravillosos padres Adelina y Luis por sus sabios consejos, a mi amado esposo Emmanuel por su apoyo y gran esfuerzo para culminar esta maravillosa profesión que es la Medicina Familiar, a mi tesoro hijo Gael por su gran amor y besitos, a mis queridos suegros Maricela y Trinidad por los ánimos brindados y su esmerado esfuerzo a lo largo de estos tres años y a Dios por su soberanía, por todas las situaciones que me permitió afrontar.

## **AGRADECIMIENTOS**

Esta investigación es el producto sinérgico de muchas mentes, comenzó hace dos años con una pregunta de investigación, y ahora doy las gracias a todos y cada uno de los profesores que día a día me compartieron sus enseñanzas.

De forma muy especial a mi asesora Dra. Susy Gallardo Vidal, por su competencia profesional y por dirigir esta investigación, basada en múltiples y excelentes sugerencias para concluir exitosamente, agradezco su tiempo brindado en la realización del presente trabajo de investigación.

Dra. Azucena Bello Jiménez por cada viernes académico que contribuyó al crecimiento profesional durante mi residencia.

Dra. Leticia Blanco Castillo por su apoyo en los momentos inesperados.

De manera muy gratificante y orgullosa de haber trabajado a lado de grandes líderes de la investigación Dr. Enrique Villareal y MGSA. Emma Rosa Vargas Daza.

Dra. Paty Flores Bautista por sus enseñanzas académicas, gran amiga, por su compromiso y cuidado incondicional.

Y por terminar a la Dra. Luz Dalíd Terrazas Rodríguez y Dr. Manuel Enrique Herrera por proporcionarme las herramientas necesarias para realizar este trabajo de investigación y alcanzar el objetivo de terminar la residencia de medicina familiar.

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
I.1 OBJETIVO GENERAL	3
I.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
I.2 HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS	4
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	6
II.1 Definición de adolescencia	6
II.2 Sexualidad humana y los derechos sexuales	8
II.3 El inicio de vida sexual en la adolescencia	9
II.4 Embarazo adolescente	11
II.5 Educación sexual	12
II.6 Consecuencias de la sexualidad temprana en adolescentes	15
II.7 Factores que influyen en el inicio de vida sexual activa	19
III. METODOLOGÍA	24
III.1 Diseño de la investigación	24
III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición	24
III.3 Procedimiento y estrategia	25

III.4 Consideraciones éticas	26
II.5 Análisis estadístico	27
IV.RESULTADOS	28
V.DISCUSIÓN	35
VI.CONCLUSIÓN	38
VII.PROPUESTAS	39
VIII.ANEXOS	40
IX.LITERATURA CITADA	45
APÉNDICE	50

## **ÍNDICE DE CUADROS**

<b>Cuadro</b>	<b>Página</b>
IV.1Factores asociados a nivel familiar para el inicio de vida sexual temprana en adolescentes	30
IV.2Factores asociados a nivel social para el inicio de vida sexual temprana en adolescentes	31
IV.3Factores asociados a nivel individual para el inicio de vida sexual temprana en adolescentes	32
IV.4Modelo de regresión logística múltiple para explicar la probabilidad de inicio de vida sexual temprana en el adolescente	33
IV.5Cálculo de la probabilidad de inicio de vida sexual temprana en la adolescencia	34

## INTRODUCCIÓN

Desde hace ya unas décadas, la sexualidad es un derecho humano universal, que ha tenido un gran impacto en todo el mundo, por la evidencia de que los adolescentes comienzan de manera precoz sus relaciones sexuales, esta situación se ve reportada por ENSANUT en un periodo de seis años, que refiere se ha incrementado hasta en un 23% de esta población. Sin embargo, los programas de educación sexual van dirigidos a los y a las adolescentes que se encuentran entre los 15 años y más, lo que favorece la vulnerabilidad de riesgos a los adolescentes de 10 a 14 años, esto lleva a considerar que los profesionales de la salud se dedican a la promoción de los derechos sexuales basada exclusivamente en métodos anticonceptivos; cuando se debe abarcar y reconocer a la salud sexual como parte esencial para el bienestar individual, interpersonal y social de todo ser humano.(Cannoni G et al,2015; Encuesta Nacional de Salud y Nutrición,2012)

Además, para que los y las adolescentes inicien su vida sexual no depende totalmente de sus derechos sexuales, el acceso a educación sexual y uso de métodos anticonceptivos, sino además de la aceptación de los grupos sociales en los que se desarrolla la población adolescente. (Corona F et al,2015; Organización Mundial de la Salud, 2018; Royuela-Ruiz P et al,2015)

Para el sistema de salud el ejercicio libre de la actividad sexual, conlleva una serie de problemas de salud, debido a que él o la adolescente se encuentran en una etapa con varios cambios que aún no concluyen totalmente su desarrollo físico, intelectual y social, situación que los hace ser vulnerables de manera impactante al sufrimiento, traumatismo físico y psicológico, el aumento de las infecciones de transmisión sexual, riesgo de VIH, embarazos no deseados, abortos inseguros, morbimortalidad materna.(Lawrence F et al,2013;Fontenberry JD,2013)

Los estudios mencionan que el inicio temprano de las relaciones sexuales y la falta de uso de métodos anticonceptivos, son unos de los factores más importantes en el incremento de los embarazos en la adolescencia, en el 2014 según estadísticas de natalidad del INEGI se reportaron en Querétaro 6,937 madres

entre los 12 y los 19 años de edad y 4,340 padres entre los 14 y los 20 años de edad.(Instituto Nacional de Estadística y Geografía,2017).

Además de acuerdo con datos preliminares del sistema de información de salud 2006-2015, se reportó a septiembre de 2015, un total de 8,042 embarazos en jóvenes de 10 a 19 años; se requiere conocer los factores asociados al inicio de vida sexual entre los y las adolescentes, esto debido a que en la actualidad viven su sexualidad de manera más temprana y acelerada ocasionando continuamente un incremento de embarazo adolescente tanto en México como en el mundo. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía,2017).

En un estudio transversal realizado en México 2016, se obtuvieron resultados de los factores asociados al inicio de relaciones sexuales con penetración; en chicos fueron autoestima social alta ( $OR=1.68$ ; IC95%:1,35-1,77); en chicas fueron sintomatología depresiva alta ( $OR=1.88$ ; IC95%:1,19-2,99) de manera significativa. (Rivera-Rivera et al,2015)

El uso de una sola cifra nacional no logra captar los patrones complejos y desigualdades en la maternidad temprana que se producen dentro de los países, así como los diferentes contextos en los que se producen estos embarazos y el inicio de su vida sexual temprana. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2017)

Se necesitan datos más desagregados que examinen los patrones y tendencias para el inicio de vida sexual a temprana edad, así se logra identificar aquellas adolescentes con mayor riesgo de iniciarla, para disminuir el aumento progresivo de embarazos a temprana edad y se podrían diseñar estrategias de educación sexual específica a la población adolescente en riesgo, favoreciendo que los programas se centren por grupos de edad en etapa temprana y tardía.

## **I.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores asociados al inicio de vida sexual temprana en adolescentes en una unidad de medicina familiar de Querétaro.

## **I.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Determinar los aspectos sociodemográficos de los adolescentes en una unidad de medicina familiar de Querétaro como factores asociados al inicio de vida sexual temprana.
- ❖ Determinar los aspectos individuales como baja escolaridad, baja autoestima, desempleo, aprobación de tener relaciones sexuales, como factores asociados al inicio de vida sexual temprana.
- ❖ Determinar los aspectos familiares como la tipología familiar, de acuerdo con su composición y desarrollo, la disfuncionalidad familiar, antecedente de embarazo adolescente en la familia, aprobación de los padres para la actividad sexual en la adolescencia, nula educación sexual por parte de los padres como factores asociados al inicio de vida sexual temprana.

### **1.3 HIPÓTESIS ESTADÍSTICA**

**Ho:** Existe asociación entre una condición socioeconómica baja y el inicio de vida sexual con una  $RM \leq 1$

**Ha:** Existe asociación entre una condición socioeconómica baja y el inicio de vida sexual con una  $RM \geq 1.6$

**Ho:** Existe asociación entre la baja escolaridad del adolescente y el inicio de vida sexual con una  $RM \leq 1$

**Ha:** Existe asociación entre la baja escolaridad del adolescente y el inicio de vida sexual con una  $RM \geq 3.1$

**Ho:** Existe asociación entre estar desempleado y el inicio de vida sexual con una  $RM \leq 1$

**Ha:** Existe asociación entre estar desempleado y el inicio de vida sexual temprana con una  $RM \geq 2.5$

**Ho:** Existe asociación entre que el adolescente apruebe la actividad sexual y el inicio de vida sexual con una  $RM \leq 1$

**Ha:** Existe asociación entre que el adolescente apruebe la actividad sexual y el inicio de vida sexual con una  $RM \geq 4$

**Ho:** Existe asociación entre tener una baja autoestima y el inicio de vida sexual con una  $RM \leq 1$

**Ha:** Existe asociación entre tener una baja autoestima y el inicio de vida sexual con una  $RM \geq 1.68$

**Ho:** Existe asociación entre tener una madre que trabaja y el inicio de vida sexual con una  $RM \leq 1$

**Ha:** Existe asociación entre tener una madre que trabaja y el inicio de vida sexual con una  $RM \geq 1.5$

**Ho:** Existe asociación entre no vivir con los padres y el inicio de vida sexual con una RM  $\leq 1$

**Ha:** Existe asociación entre no vivir con los padres y el inicio de vida sexual con una RM  $\geq 2$

**Ho:** Existe asociación entre tener una familia disfuncional y el inicio de vida sexual con una RM  $\leq 1$

**Ha:** Existe asociación entre tener una familia disfuncional y el inicio de vida sexual con una RM  $\geq 2$

**Ho:** Existe asociación con el antecedente de embarazo adolescente en la familia y el inicio de vida sexual con una RM  $\leq 1$

**Ha:** Existe asociación con el antecedente de embarazo adolescente en la familia y el inicio de vida sexual con una RM  $\geq 1.9$

**Ho:** Existe asociación entre la aprobación de los padres para la actividad sexual en la adolescencia y el inicio de vida sexual con una RM  $\leq 1$

**Ha:** Existe asociación entre la aprobación de los padres para la actividad sexual en la adolescencia y el inicio de vida sexual con una RM  $\geq 3.5$

**Ho:** Existe asociación entre la nula educación sexual recibida por los padres y el inicio de vida sexual con una RM  $\leq 1$

**Ha:** Existe asociación entre la nula educación sexual recibida por los padres y el inicio de vida sexual con una RM  $\geq 1.5$

**Ho:** Existe asociación entre tener amigos que aprueben las relaciones sexuales en la adolescencia y el inicio de vida sexual con una RM  $\leq 1$

**Ha:** Existe asociación entre tener amigos que aprueben las relaciones sexuales en la adolescencia y el inicio de vida sexual con una RM  $\geq 4$

## **II. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **II.1 Definición de adolescencia**

La adolescencia es definida como un período de transición de la infancia a la edad adulta y se divide en dos fases: temprana de 10 a 14 años y tardía de 15 a 19 años, sin embargo, UNICEF la clasifica en tres etapas por motivos de análisis(Organización Mundial de la Salud,2018)

1) Adolescencia inicial (10 a 13 años): inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, el impulso sexual adquiere una orientación y son comunes las fantasías sexuales, masturbación, experimentación homosexual y heterosexual no coital, con desarrollo inicial del pensamiento abstracto(Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia,2017)

2) Adolescencia media (14 a 16 años): están avanzando en la formación de su identidad y orientación sexual, la experimentación sexual es frecuente y muchos tendrán relaciones sexuales penetrativas (orales, vaginales, anales) y existe mayor desarrollo de pensamiento abstracto(Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia,2017)

3) Adolescencia tardía (17 a 19 años): están seguros de su imagen corporal, rol de género y la orientación sexual está definida; la visión de la sexualidad es más madura, con integración de aspectos sociales y emocionales. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia,2017)

En esta etapa de transición, existen diversos cambios biopsicosociales para la construcción de su personalidad, independencia, autoafirmación y lo más importante el inicio de la actividad sexual; para lograr esto, el adolescente necesita apoyo familiar, de la escuela y la sociedad(Ferreira et al,2013)

Todas estas experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren durante este periodo adolescente pueden llegar a tener implicaciones importantes para las oportunidades del individuo en la edad adulta(Corona et al,2015)

Se ha documentado que las decisiones tomadas en la adolescencia son determinantes para su futuro por lo que este grupo de edad no es vulnerable a la enfermedad, sus problemas son secundarios a los comportamientos de riesgo, entre estos son los accidentes, consumo de sustancias adictivas, el uso de tabaco, alcohol y otras sustancias, violencia y los de predominio son los problemas sexuales como el inicio temprano de actividad sexual, prácticas sexuales sin protección, infecciones de transmisión sexual, infección por el VIH, el embarazo adolescente y el aborto inseguro. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2017; Timsi et al,2014)

Muchos adolescentes de todo el mundo tienen relaciones sexuales a temprana edad, ENSANUT de 2006 reportó que un 15% de adolescentes ya había iniciado su actividad sexual y para ENSANUT 2012 se estimó un incremento del 23%(Encuesta Nacional de Salud y Nutrición,2017)

Diversos datos estadísticos y estudios realizados en Latinoamérica señalan que hombres y mujeres empiezan a tener relaciones sexuales entre los 15 a 17 años como edad de promedio y desafortunadamente con pocos conocimientos de su sexualidad(Consejo Nacional de Población,2017)

## **II.2 Sexualidad humana y los derechos sexuales**

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano y está presente en todas las etapas de la vida. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. (Secretaría de Educación Pública,2016)

El disfrute pleno de la sexualidad y el placer son fundamentales para la salud y bienestar físico, mental y social; los y las adolescentes gozan de estos derechos sexuales y deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades de todas las maneras. (World Association for Sexual Health, 1977).

Sin embargo, a la adolescencia se le considera como una etapa de vulnerabilidad; cuando se le debe de ver llena de oportunidades para obtener las

herramientas necesarias para el fortalecimiento de la toma de decisiones acertadas con respecto al ejercicio de su vida sexual(Organización Mundial de la Salud, 2018)

### **II.3 El inicio de vida sexual en la adolescencia**

El inicio de vida sexual es un evento crucial del individuo debido a que implica asumir nuevos roles y patrones de comportamiento que tendrán efectos en su salud sexual y reproductiva que modificarán su desarrollo durante la adultez. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición,2012; Ferreira et al,2013)

Durante mucho tiempo fue poco frecuente entre los adolescentes de 12 a 19 años, actualmente viven su sexualidad de manera más temprana y acelerada antes de adquirir un conocimiento adecuado sobre los métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual(Álvarez-Nieto et al,2012;Timsi et al,2014)

ENSANUT 2006, reportó que un 15% de adolescentes ya había iniciado su actividad sexual y para ENSANUT 2012 se estimó un incremento del 23%; este creciente grado de permisividad de la sociedad moderna y la falta de apoyo de los padres, maestros y profesionales de la salud han permitido que cada vez ocurran a más temprana edad el inicio de vida sexual que va de 13.5 a 16 años (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición,2017)

Este inicio tan precoz aumenta la adopción de conductas de riesgo entre los adolescentes para satisfacer sus necesidades sexuales que se verá reflejado con el aumento de tener un número mayor de parejas, de contraer enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados(Holguín et al,2013;Ferreira et al,2013)

Para el sector salud resulta evidente que el ejercer sus derechos sexuales de manera libre, sin protección y de manera no acertada; se produce un impacto negativo en numerosos aspectos como causar sufrimiento, traumatismos físicos y psicológicos; aumento de las infecciones de transmisión sexual, riesgo de VIH, embarazos no deseados; anticoncepción y abortos no seguros; morbimortalidad materna; violencia sexual en ambos sexos, mucho más frecuente en la mujer; tráfico

sexual y prostitución infantil; violencia sexual durante los conflictos armados; prácticas tradicionales nocivas, como las mutilaciones genitales y los matrimonios forzados de niñas y adolescentes; impacto muy negativo sobre la salud de la infancia y adolescencia; soportar relaciones sexuales machistas sin ningún respeto a sus derechos y a su libertad; etc.(Secretaría de Salud,2018)

La actividad sexual temprana se observa con mayor frecuencia como el haberse masturbado, masturbado a la pareja, tener relaciones a través de internet o de la webcam; el sexo oral es la expresión más común entre los adolescentes, le precede el sexo vaginal, el sexo anal es otra expresión relativamente frecuente,<sup>13</sup> la práctica sexual en ambos sexos se ha mantenido similar, pero el sexo masculino es caso mayoritario(Rivera et al.,2015)

La ENSANUT 2012, muestra que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos se ha incrementado de forma sostenida entre los adolescentes, el 90% reportó tener conocimiento de algún método cifra superior a la reportada en la ENSANUT 2006 de 82% y en la ENSA 2000 de 69%. Entre los métodos más utilizados por este grupo de edad se ubica el condón con 80.6% y cerca de 6.2% el uso de anticonceptivos hormonales. Se encontró que 2.3% de los adolescentes que iniciaron vida sexual reportó haber recibido atención en consultas médicas por infecciones de transmisión sexual en los últimos doce meses lo que puede reflejar prácticas sexuales protegidas (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición,2017)

#### **II.4 Embarazo adolescente**

En cuanto al embarazo adolescente del total de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada y 10.7% estaba cursando un embarazo al momento de la entrevista, superior a la observada en 2005 (de 30.0 nacimientos por cada 1 000 mujeres) la tasa de fecundidad en 2011 de las mujeres de 12 a 19 años de edad, fue de 37.0 nacimientos por cada 1 000 mujeres. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición,2017; Organización Mundial de la Salud,2018)

En los últimos años se ha observado un incremento importante de adolescentes embarazadas, en el 2014 según estadísticas de natalidad del INEGI se reportaron en Querétaro 6,937 madres entre los 12 y los 19 años de edad y 4,340 padres entre los 14 y los 20 años de edad. Además de acuerdo con datos preliminares del sistema de información de salud 2006-2015, se reportó a septiembre de 2015, un total de 8,042 embarazos en jóvenes de 10 a 19 años lo que representa un riesgo para la salud física, mental y social, además de que no se tiene la capacidad económica para afrontar esta situación. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición,2017; Organización Mundial de la Salud,2018)

Querétaro, para el 2014 ocupaba el 13 lugar por embarazo adolescente con un registro de 7,600 embarazos entre menores de 20 años y 37% de esta población tuvo un embarazo de alto riesgo (preeclampsia, partos prematuros y hemorragias)(Secretaría de Educación Pública,2012; Encuesta Nacional de Salud y Nutrición,2017)

Esto representa una problemática social e involucra a tres sectores: el educativo, salubridad y familiar; el uso de una sola cifra nacional no logra captar los patrones complejos y desigualdades en la maternidad temprana que se producen dentro de los países, así como los diferentes contextos en los que se producen estos embarazos. Se necesitan datos más desagregados que examinen los patrones y tendencias para los diferentes grupos para permitir que los programas se centren en los grupos de mayor riesgo(Instituto Nacional de Estadística y Geografía,2017)

Las madres adolescentes a menudo carecen de los conocimientos, la educación, la experiencia, los ingresos y el poder que puede tener una mujer adulta para evitar o prevenir las complicaciones durante el embarazo y el parto ya que estas son la segunda causa de muerte obstétrica en todo el mundo(Neal,et al,2015)

## **II.5 Educación sexual**

En las últimas décadas la educación sexual formal que se proporcionaba de manera individual estaba circunscrita a la familia que utilizaba el silencio o la represión como método para no dar información acerca del tema a sus hijos e hijas;

con el transcurso del tiempo y atendiendo las demandas de la sociedad se inició la difusión en forma colectiva, extendiéndose con rapidez a las instituciones educativas y a las comunidades con la responsabilidad de los sectores gubernamentales correspondientes(Plan Estatal de Desarrollo Querétaro,2017)

En la actualidad los adolescentes dialogan sobre la sexualidad con personas diferentes, con mayor frecuencia con amigos que con la madre y el padre independientemente de su actitud hacia la sexualidad, con esto la familia ocupa un segundo plano frente al conocimiento sobre la sexualidad debido a que los amigos son la preferencia para un papel importante en la educación sexual de ellos mismos. (Lawrence et al,2013; Ferreira et al,2013)

En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de adolescentes pueden recibir presión social para contraer matrimonio antes de los 18 años y del 14% antes de los 15 años y una vez casados o casadas tener hijos(Organización Mundial de la Salud,2017)

Sin embargo, otros adolescentes no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual, es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales, aún cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas(Organización Mundial de la Salud, 2017;Lawrence et al 2013)

La necesidad de reforzar la educación sexual a los adolescentes y comenzar desde edades muy tempranas para obtener resultados de una población sexualmente activos con responsabilidad ya que su desconocimiento sobre sexualidad, protección de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo no deseado son deficientes(Lawrence et al 2013; Álvarez-Nieto et al ,2012)

En 2011 la OMS publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unas directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y

la reducción de los resultados negativos para la reproducción. Estas directrices contienen seis objetivos principales: (Trinidad et al,2015)

- 1) Fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años
- 2) Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años
- 3) Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario
- 4) Reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes
- 5) Reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes
- 6) Incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes.

Los profesionales de la salud deben de dar el conocimiento y el acceso a la anticoncepción a una edad temprana ya que ayudarían a los adolescentes que desean iniciar relaciones sexuales precoces(Cavazos et al,2012)

Es importante hacer participar a los padres, las suegras y demás personas encargadas de la toma de decisiones dentro del hogar y la comunidad en los esfuerzos por lograr que las adolescentes embarazadas se sientan aceptadas y reciban el apoyo requerido, al igual que es primordial mejorar el acceso de las madres adolescentes a la educación, a los medios de subsistencia y a la información necesaria para prevenir nuevos embarazos(Lawrence et al, 2013;Organización Mundial de la Salud,2017)

Por lo tanto la familia es un lugar privilegiado de afecto donde se pueden expresar emociones y sentimientos esenciales para el desarrollo de los individuos y la adquisición de capacidades físicas y mentales que les permitan alcanzar cada etapa de su desarrollo psicológico, además de ser un sistema abierto en interacción con otros sistemas como la escuela, el trabajo, vecindario, etc y contiene más de su

ciclo de vida con eventos críticos normativos y eventos críticos paranormativos(Fontenberry,2013)

La funcionalidad de la familia consiste en las relaciones interpersonales entre sus miembros; el afecto , sentimientos y la identidad son predictores de la satisfacción familiar y la percepción positiva del funcionamiento familiar para los adolescentes que integran estas familias(Fontenberry,2013)

## **II.6 Consecuencias de la sexualidad temprana en adolescentes**

### a) Biológicos

❖ Embarazo no deseado: muchas adolescentes aún creen que no pueden embarazarse en las primeras relaciones, habitualmente no usan métodos preventivos(Organización Mundial de la Salud,2017)

❖ Aborto: considerando para algunos países aprobado y en otros está prohibido legalmente (actualmente está en discusión pública y próxima a aprobarse en el parlamento ley que despenaliza el aborto en tres situaciones: riesgo de vida materna, inviabilidad fetal y violación) y los que se dan son ilegales, clandestinos y por tanto de alto riesgo(Organización Mundial de la Salud,2017)

❖ Riesgo de ITS, SIDA: la ignorancia no es factor protector de ningún riesgo; es por ello que la educación sexual integral, entregada oportuna y permanentemente, podría constituir la mejor herramienta de prevención primaria, especialmente en este contexto de las infecciones de transmisión sexual (Organización Mundial de la Salud,2017)

### b) Sociales

❖ Matrimonio forzado: en muchas ocasiones es preferible no presionar este tipo de decisiones, pueden resultar inconvenientes, por la inmadurez y falta de claridad de futuro que tienen los adolescentes(Instituto Nacional de Estadística y Geografía,2017)

- ❖ Madre soltera: habitualmente discriminadas y estigmatizadas, con rechazo familiar, abandonada por la pareja y forzada directa o indirectamente a la deserción escolar(Instituto Nacional de Estadística y Geografía,2017)
- ❖ Conflictos familiares: especialmente en la familia de la adolescente, las primeras reacciones de los padres son de rechazo y descalificación, especialmente por parte del padre, posteriormente llega la comprensión y apoyo materno y más tarde paterno. En otros casos la adolescente es obligada a hacer abandono del hogar, por “haberlo deshonrado”, por ser “mal ejemplo para los hermanos”, por ser “una perdida”(Instituto Nacional de Estadística y Geografía,2017)
- ❖ Deserción escolar: se produce la deserción sea por auto marginación, aplicando el concepto de la manzana podrida, impide que la adolescente embarazada continúe sus estudios, algunos aún piensan que el embarazo es contagioso, por el contrario, lo que sí es contagioso y además peligroso, es la falta de sensibilidad social y humana y la ignorancia que esclaviza a mitos, errores y prejuicios ancestrales(Instituto Nacional de Estadística y Geografía,2017)
- ❖ Dificultad para formar familia a futuro: naturalmente que producto de la estigmatización social con que se suele marcar a la madre adolescente (mujer fácil, que si lo hizo con uno podrá hacerlo con otros) sus posibilidades de matrimonio y de estructuración de una familia organizada, sana y estable se ven comprometidas, por decir lo menos(Instituto Nacional de Estadística y Geografía,2017)
- ❖ Renuncia a las interacciones sociales: la necesidad de dedicarse a la atención de su hijo, influye en que la adolescente, normalmente deba renunciar a fiestas, paseos y otras actividades propias de esta etapa de desarrollo(Instituto Nacional de Estadística y Geografía,2017)

❖ Necesidad de asumir responsabilidades obligadamente: la madre adolescente debe habitualmente cambiar los cuadernos por los pañales, cuando no cuenta con el respaldo de la familia. Se ha visto, que las adolescentes que cuentan con este respaldo, muy particularmente padres y abuelos, enfrentan más exitosamente sus obligaciones, lo cual redunda en una atención de mayor calidad para el niño, favoreciendo así un mejor desarrollo para éste y también que la joven madre, culmine sus estudios e incluso alcance un título profesional(Instituto Nacional de Estadística y Geografía,2017)

❖ Acceso a trabajos menores, mal remunerados y sin previsión social: el hecho de tener que abandonar los estudios y no obtener capacitación laboral, determina significativamente esta situación. Considerando que el sistema escolar tradicional no ha sido estructurado para atender las situaciones de las adolescentes madres o embarazadas, justifica la necesidad de implementar alternativas que les dé la oportunidad de terminar sus estudios básicos y medios, como así mismo aquellas que lo deseen, capacitarse en un área técnica o profesional, que las habilite para generar recursos, que faciliten sus responsabilidades de madre(Instituto Nacional de Estadística y Geografía,2017)

c) Psicológicos

❖ Modificación de sentimientos: remordimientos o sentimiento de culpa en caso de, abortar o abandonar, internar o ceder en adopción a su hijo. Incluso en esta última situación, se han conocido en el curso de los últimos años, casos en que la madre biológica se ha arrepentido de haber dado en adopción a su hijo y ha recurrido a tribunales de justicia para obtener la restitución por parte de los padres adoptivos, lo cual ha suscitado gran e interesante polémica(Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2017)

❖ Frustración de proyectos de vida: que los limitará en su realización como personas humanas. Estos costos y frustraciones que una sexualidad ejercida en ausencia de una adecuada formación e información, acarrean a nuestros adolescentes , justifican la necesidad de implementar programas de educación

sexual integral que debiera estar primariamente en manos de la familia, puesto que es ella el núcleo socializador básico, en cuyo seno debiera llevarse a cabo el proceso formativo integral y permanente, de niños y jóvenes, especialmente a través de la acción modeladora de los padres con educación sexual( Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2017)

## **II.7 Factores que influyen en el inicio de vida sexual activa.**

Hoy en día los y las adolescentes están inmersos en un mundo que les ofrece diversas motivaciones que estimulan el inicio prematuro de la actividad sexual; pocos estudios de investigación han estudiado que factores están relacionados para este acto(Secretaría de Educación Pública, 2012)

Un estudio transversal realizado en México 2016, reportó que el inicio de relaciones sexuales con penetración (IRSP) se presenta a edad más temprana en los adolescentes de 15 años (IC 95%: 15.88-16.11) que las adolescentes que fue de 16 años (IC 95%: 15.26-15.42)(Rivera-Rivera et al,2015)

Los factores asociados al inicio de la relación sexual penetrante (IRSP) en los adolescentes son: nivel socioeconómico desfavorecido ( $OR=0.66$ :IC 95%:0.46-0.94),vivir con los padres ( $OR= 0.65$ :IC 95%:0.56-0.75),comunicación ofensiva menor entre padres/madres e hijos ( $OR=0.66$ : IC 95%:0.57-0.77),autoestima social alta ( $OR= 1.68$ : IC 95%:1.35-1.77). (Rivera-Rivera et al,2015)

En cuanto a los factores asociados a las adolescentes con IRSP se presenta: creencias de género tradicional ( $OR=0.49$ :IC95%:0.32-0.74),sintomatología depresiva alta ( $OR=1.88$ ;IC 95%:1.19-2.99),autoestima familiar alta ( $OR=0.50$ ;IC95%:0.38-0.65)(Rivera-Rivera et al,2015)

En un estudio del 2015 en Valladolid, España se estudiaron los factores asociados a la precocidad sexual en los jóvenes, los resultados fueron que la edad media de los encuestados fue de 14.05 años, sin existir diferencias entre sexos; el 17.5% había tenido relaciones sexuales con penetración, peor relación con sus

padres, padres divorciados, fumar, beber alcohol, consumir drogas(Royuela-Ruiz et al,2015)

A continuación se hace mención de algunas circunstancias que favorecen esto de acuerdo a lo encontrado por el comportamiento del adolescente, considerando que es una población no tan estudiada, al igual que los factores que estén asociados para esta conducta; como ejemplo la educación sexual desaparece cuando se toma en consideración la religión y las políticas de aborto demográficos del estado ,los estados con menor religiosidad, tienen mayores tasas de natalidad adolescentes y los estados con más valores religiosos conservadores y políticas de aborto estrictos, siguen apoyando la abstinencia como el comportamiento más seguro( Cavazos-Rehg, et al,2012)

La presión competitiva y aceptación de sus pares, resulta a lo menos extraño, que él o la adolescente haya tenido experiencias sexuales y por lo tanto pareciera requisito característico entre esta población(Gómez-Mercado et al, 2014)

La carencia afectiva y de modelos positivos, conlleva a una nula o escasa comunicación familiar, quizás es el lenguaje no verbal más importante para manifestar afectividad(Gómez-Mercado et al,2014)

Autoestima es la autovaloración que cada persona hace de sí, juicio de valor, positivo o negativo, que se tiene con respecto a sí mismo, esto representa importante en el individuo y sea capaz de reconocer sus limitaciones, pero también sus potencialidades, por lo que lograría aceptarse y quererse, tal como es; cuando esta percepción es negativa, el individuo no se valora, se siente insatisfecho, sin expectativas y aún puede llegar a despreciarse(Sánchez-Valencia et al,2013)

La autoestima, se da y se refuerza significativamente en el núcleo familiar, de allí la importancia de la comunicación dialógica y assertiva entre padres e hijos; él y la adolescente querido, podrá tener una mayor capacidad para dar, e integrarse con armonía y sin conflictos a su entorno social(Sánchez-Valencia et al.,2013)

La ausencia paterna parece ser un factor muy importante para este grupo de adolescentes, siendo este el motivo directo por el que las madres se quedarán solas al frente tanto de la estabilidad económica de la familia como de la educación y orientación de las hijas adolescentes; sin embargo el resto de las madres son forzadas a realizar jornadas laborales largas y extenuantes, lo que condicionaba que el tiempo que podía dedicar al hogar fuera mínimo y que la relación con sus hijos se fuera deteriorando; el nivel de confianza y comunicación que existe es mínima o incluso nula, además una adolescente con antecedente de haber vivido el fallecimiento de su padre, muestra la búsqueda de una figura masculina a su alrededor(Sánchez-Valencia et al,2013)

En un estudio de carácter cualitativo en la casa hogar VIFAC del puerto de Veracruz, México; se pudo analizar que el nivel de disfunción familiar (la ausencia de la figura paterna) produjo un impacto significativo, donde las madres han de ejercer trabajos con jornadas laborales extensas, produciendo una decadencia en la comunicación que conlleva a la adolescente a buscar de manera externa aquello de lo que carece, encontrando este “apoyo” en personas jóvenes que provocarán a la toma de decisiones equivocadas y como consecuencia embarazos no planificados( Trinidad-Noguera et al,2015)

Alteraciones del núcleo familiar, de estructura o funcionalidad, por: separaciones o fallecimiento de uno o ambos padres, necesidad de incorporación de las madres al mundo laboral rentado, alcoholismo o drogadicción de uno o ambos progenitores, enfermedades catastróficas de algún miembro de la familia, pobreza económica, afectiva o en la comunicación padres/hijos(Allen-Leigh et al, 2013; Mendoza et al,2012)

La comunicación multidimensional prácticamente instantánea y de gran accesibilidad, todo ser humano principalmente los adolescentes sin herramientas formativas adecuadas, quedan expuestos a la multiplicidad de estímulos sexoyeróticos que entregan los medios de comunicación: películas, telenovelas, videos, CDs, DVDs, TV cable, revistas, diarios e internet, probablemente la globalización y

la revolución comunicacional, sean lo que va a caracterizar este siglo XXI(Ruiz-Canela et al,2012; Rodríguez-Carrión et al,2012)

Hoy como nunca los medios de comunicación, transmiten mensajes sexoeróticos directos o subliminales, en los cuales se señala que usando tal o cual perfume o vestimenta, fumando o bebiendo determinada marca, las conquistas para él o ella serán más fáciles, desde allí la relación sexual tiene una connotación de inmediatez y sin mayores preámbulos y compromiso(Ruiz-Canela et al,2012, Rodríguez-Carrión,2012)

Deficiencia en la entrega de una adecuada información y formación, en el ámbito de la reproducción y sexualidad humana. Se ha señalado que tanto la familia - básicamente responsable- como el sistema escolar, en general no han asumido el rol formador en el ámbito de la educación en sexualidad y reproducción humana, que haga posible entregar eficaz, adecuada y oportunamente las herramientas cognitivas y por sobre todo formativas, que permita a niños y adolescentes enfrentar adecuadamente el bombardeo sexo-erótico, al que diariamente están expuestos(Mora-Cancino et al,2015; Mendoza et al,2012)

En un estudio Portugués se encontró que el 49,3% de los adolescentes hablan de sexualidad con sus madres, 45% con su padre, el 42,1% con el hermano (hermana), pero en su mayoría (53,3%) con amigos, además resultó que el 15,1% de los varones y 10,5% mujeres tuvieron relaciones sexuales y aquellos con una mala actitud hacia la sexualidad 75,2%,no utilizar métodos anticonceptivos, mientras que los que tienen una buena actitud hacia la sexualidad 82,1% tienen el uso de anticonceptivos( Cannoni et al,2015)

Las razones expuestas en mayor o menor grado, estimulan o determinan el inicio sexual prematuro, y genera interés por establecer cuales son esos nuevos factores que determinan la edad de la primera relación sexual , si bien la sociedad esta en constante transformación sociocultural desde la revolución sexual por parte de varias disciplinas, nuestra investigación es identificar aquellos factores del contexto social , familiar e individual que se asocian con el comportamiento sexual

de los adolescentes: sexo, nivel socioeconómico, estructura y funcionalidad familiar, autoestima, trabajo ,escolaridad del adolescente y de los padres de familia, la permisibilidad a la sexualidad(Holguín et al,2013)

### **III. METODOLOGÍA**

#### **III.1 Tipo de diseño**

Se realizó un diseño de casos y controles, en adolescentes de 14 a 19 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS Querétaro, ambos turnos, en el periodo de febrero 2016 a octubre 2018.

Los grupos de comparación se definieron a partir del inicio de vida sexual activa, se consideró como caso cuando el adolescente refirió haber tenido una o más relaciones sexuales en su vida, y el control se identificó cuando el adolescente negó esta actividad.

Se incluyeron adolescentes usuarios de los servicios de salud de una unidad médica, que aceptaron participar con previo consentimiento informado del padre de familia y su asentimiento informado, se excluyeron adolescentes casados, con antecedente de relación sexual forzada; se eliminaron adolescentes con encuestas incompletas.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para casos y controles con nivel de confianza del 95% ( $z\alpha = 1.64$ ), poder de la prueba de 80% ( $z\beta = 0.84$ ), utilizando el paquete estadístico EPI INFO V6, el tamaño de la muestra resultante fue 60 y se trabajó con una relación de 1:2 (60 casos y 119 controles).

Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando el listado de adolescentes que acudió al servicio de medicina preventiva de la unidad médica al solicitar la atención.

### **III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición**

Características del adolescente: edad, sexo, ocupación, escolaridad y edad de inicio de la vida sexual activa (anexo I).

Los factores de riesgo se agruparon en 3 dimensiones: familiar, social e individual.

❖ En la dimensión familiar se consideraron como factores de riesgo la aprobación de los padres para tener actividad sexual en la adolescencia, vivir con los padres, ocupación de la madre, antecedente de embarazo adolescente en la familia, funcionalidad familiar valorado por el instrumento FF-SIL con una validez y confiabilidad de Pearson de 0.42 y alfa de Crombach de 0.91 (anexo II), educación sexual recibida por parte de los padres, escolaridad de los padres.

❖ Instrumento FF-SIL diseñado por Isabel Louro consta de 14 preguntas. Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas de acuerdo con la frecuencia que ocurre cada situación dentro de la familia con un puntaje respectivo casi nunca = 1, pocas veces = 2 , a veces = 3, muchas veces =4 y casi siempre = 5.La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar y se interpreta como: funcional de 57 a 70 puntos, moderadamente funcional 43 a 56 puntos, disfuncional 28 a 42 puntos, y severamente disfuncional de 14 a 27 puntos. Se tomo como punto de corte para determinar disfuncionalidad familiar con un puntaje < 42 y > o = 43 como familia funcional. **Validez y confiabilidad.** El alfa de Crombach fue de 0.91, la confiabilidad o de correlación r de Pearson es de 0.42.

❖ En la dimensión social se consideran como factores de riesgo la aprobación de la actividad sexual de los amigos y la condición socioeconómica con escala de Graffar-Méndez Castellanos con una validez y confiabilidad de coeficiente alfa-Crombach de 0,80 (anexo III).

❖ Escala de Graffar-Méndez Castellanos, surgido en Venezuela, por los años de los 80's en busca de simplificar los estratos socioeconómicos en el

censo de población, creado por el Belga Marcel Graffar un especialista de la estratificación modernizada por el Dr. Hernández Méndez Castellano. Consta de la evaluación de 4 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento. Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas con un puntaje respectivo que va del 1 a 5 puntos. La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos, lo que permite llegar a la estratificación socioeconómica familiar y se interpreta como: De 04 a 06 puntos estrato alto, de 07 a 09 puntos estrato medio alto, de 10 a 12 puntos estrato medio bajo, de 13 a 16 puntos estrato obrero, de 17 a 20 puntos estrato marginal. Se tomó como punto de corte para determinar condición socioeconómica baja con un puntaje  $> o = 10$  y  $< 9$  como condición socioeconómica alta. **Validez y confiabilidad.** El coeficiente alfa-Crombach, éste resultó de 0,87; 0,89 y 0,80.

❖ En la dimensión individual se consideran como factores de riesgo que exista la aprobación personal sobre la actividad sexual en la adolescencia, trabajo remunerado, sexo, religión, autoestima valorado con escala de autoestima Coopersmith con una validez y confiabilidad de coeficiente de correlación de Pearson  $p=.05$  y el coeficiente de confiabilidad por Crombach de 0.81(anexo IV), escolaridad.

❖ Escala de “Coopersmith” diseñado por Stanley Coopersmith en 1959, diseñado para medir actitudes valorativas con adolescentes. Consta de 25 preguntas en 3 áreas a nivel individual, familiar y social, estas se deben responder de acuerdo a si el adolescente se identifica o no con cada afirmación en término de verdadero o falso, se califica otorgando 1 punto en los reactivos que están redactadas en sentido positivo (4,5,8,10,14,19,20,24) y que se responda afirmativamente y cuando se responda “NO” en algunos se le da 0 punto en la puntuación y se suma el puntaje obtenido. El puntaje se evalúa del 0 a 10 destaca significativamente baja, 10 a 15 media baja, 15 a 16 media, 16 a 22 media alta y 22 a 25 destaca significativamente alta. Se tomo como punto de corte para calificar la autoestima baja del adolescente a partir de un puntaje  $< 15$  y para autoestima alta con puntaje  $> o = 16$ . **Validez y confiabilidad.** La validez evaluada por medio del

coeficiente de correlación de Pearson mostró de  $p=.05$ . El coeficiente de confiabilidad por Crombach es de 0.81.

### **III.3 Procedimiento y estrategia**

Previa autorización del Comité Local de Investigación y de la dirección de la UMF 13, para la recolección de información se entrevistó directamente al adolescente utilizando una encuesta con las variables de estudio, sin la presencia de los padres previo consentimiento y asentimiento informado (anexo V), los datos se resguardaron bajo los lineamientos éticos de secreto profesional.

### **III.4 Consideraciones éticas**

Este estudio se ajustó a las normas éticas constitucionales y a los principios de la Declaración de Helsinki 64<sup>a</sup> Asamblea General, Fortaleza, Brasil en el 2013, donde se proclaman los derechos y deberes en cuanto a la protección y defensa de la vida y la dignidad humana; en particular para reforzar la protección y los beneficios para los participantes en la investigación y temas relacionados con el registro de la información y el consentimiento sobre la investigación.

Con todo esto se asegura la veracidad y confidencialidad de la información obtenida, mediante el consentimiento y asentamiento informado donde se explicó ampliamente el objetivo que persigue nuestro estudio a través de la cédula de recolección aplicada.

Los datos obtenidos fueron resguardados con total confidencialidad y usados solamente para los fines de la investigación y el bienestar del paciente.

Se informó a los médicos familiares de los pacientes que resultaron con baja autoestima, disfunción familiar y con riesgo para el inicio de vida sexual activa y en conjunto se iniciaron medidas de educación sexual individualizadas para cada caso, en caso de que el Médico Familiar identifique criterios que ameriten valoración por el servicio de psicología y/o psiquiatría valorara su envío de manera oportuna.

### **III.5 Análisis estadístico**

El proceso de la información se llevó acabo con ayuda del software SPSS versión 23. Los resultados serán presentados en tablas.

El plan de análisis estadístico incluyó porcentajes, promedios, desviación estándar, prueba de t para poblaciones independientes, prueba de Chi<sup>2</sup>, razón de momios, modelo de regresión múltiple y cálculo de la probabilidad de ocurrencia del evento ( $1/e^{-y}$ ) con un nivel de confianza del 95%.

#### **IV. RESULTADOS**

En el grupo de adolescentes con inicio de vida sexual activa predominan los hombres con 66.7%, y en los que no han iniciado vida sexual activa el 48.0% ( $\chi^2 = 6.06$ ,  $p=0.014$ ); la edad actual en el primer grupo es 17.32 años  $\pm 1.17$  y en el segundo grupo 16.27 años  $\pm 1.37$  ( $t= 5.24$ ,  $p=0.000$ ). La edad promedio de inicio de la vida sexual activa es 15.77 años  $\pm 1.34$ .

El factor familiar asociado al inicio de la actividad sexual en adolescentes que reportó mayor peso es la aprobación de los padres para tener actividad sexual en la adolescencia, la RM para este factor es 8.91 (IC 95%; 3.72-21.32), esto significa que en el grupo de adolescentes que iniciaron vida sexual activa el 37.9% de los casos están de acuerdo y en el grupo que no ha iniciado vida sexual activa el 6.4% de los casos los padres tienen esta misma actitud. En el cuadro IV.1 se muestra el resto de los factores familiares analizados en relación al inicio de vida sexual activa.

En la dimensión de factores sociales en la vida sexual activa en la adolescencia se identificó que cuando los amigos aprueban la actividad sexual en la adolescencia, se constituyen como un factor de riesgo. En el grupo que se inició actividad sexual el 92.4% de los casos, los amigos lo aprueban y en el grupo que no ha iniciado vida sexual activa, el 57.6% de los casos están en esta condición ( $p=0.00$ ), esto significa que por cada 8.98 adolescentes que cuentan con amigos que aprueban esta actividad, existe un adolescente que no ha iniciado vida sexual activa y los amigos tienen esta misma postura. En el cuadro IV.2 se presenta el resto de los factores sociales de riesgos para el inicio de vida sexual.

Cuando se analizan los factores de riesgo individuales, se identifica con mayor peso es la aprobación de la actividad sexual en la adolescencia, en este caso la RM 15.07 (IC 95%; 7.25-31.35) en el cuadro IV.3 se presenta el resto de los factores incluidos en esta dimensión.

El modelo que explica la probabilidad de inicio de vida sexual activa en el adolescente ( $\chi^2=55.96$ ,  $p=0.000$ ) incluye las variables padres están de acuerdo

con el inicio de vida sexual temprana, amigos están de acuerdo con el inicio de vida sexual activa y trabajo remunerado del adolescente. En el cuadro IV.4 se presenta la información del modelo y la ecuación de regresión es la siguiente

$$y = -2.669 + 1.909 \text{ (padres están de acuerdo)} + 1.689 \text{ (amigos están de acuerdo)} + 1.078 \\ (\text{trabajo remunerado})$$

Cuando los padres están de acuerdo en las relaciones sexuales en el adolescente, los amigos refieren esta misma opinión y el adolescente tiene actividad económica remunerada la probabilidad de iniciar vida sexual temprana en la adolescencia es del 0.882, si el adolescente no trabaja y los padres y los amigos tienen esta opinión sobre el inicio de la vida sexual activa, la probabilidad de iniciar vida sexual es 0.717. El cuadro IV.5 se presenta la probabilidad para cada uno de los escenarios.

Cuadro IV.1. Factores asociados a nivel familiar para el inicio de vida sexual temprana en adolescentes.

Factor de Riesgo	Inicio de vida sexual activa (porcentaje)		Chi <sup>2</sup>	p	RM	IC 95%	
	Si	No				Inferior	Superior
Aprobación de los padres para tener actividad sexual en la adolescencia	37.9	6.4	29.94	0.000	8.91	3.72	21.32
No vivir con los padres	18.2	4.0	10.71	0.001	5.33	1.79	15.88
Madre que trabaja	48.5	28.8	7.30	0.007	2.32	1.25	4.32
Antecedente de embarazo adolescente en la familia	43.9	25.6	6.68	0.010	2.27	1.21	4.27
Familia Disfuncional	24.2	23.2	0.26	0.872	1.05	0.56	2.13
Nula educación sexual por parte de los padres	31.8	32.0	0.00	0.980	0.99	0.52	1.88
Baja escolaridad de los padres	25.8	41.6	4.69	0.300	0.48	0.25	0.93

**Fuente:** Hoja de recolección de datos e instrumentos de medición obtenida de adolescentes participantes de la UMF 13,IMSS,Querétaro en el periodo de febrero 2016 a octubre 2018

Cuadro IV.2. Factores asociados a nivel social para el inicio de vida sexual temprana en adolescentes.

Factor de Riesgo	Inicio de vida sexual activa (porcentaje)		Chi <sup>2</sup>	p	RM	IC 95%	
	Si	No				Inferior	Superior
Amigos que aprueben actividad sexual en la adolescencia	92.4	57.6	24.77	0.000	8.98	3.37	23.88
Estrato socioeconómico alto	18.2	7.2	5.32	0.021	2.86	1.13	7.19

**Fuente:** Hoja de recolección de datos e instrumentos de medición obtenida de adolescentes participantes de la UMF 13, IMSS, Querétaro en el periodo de febrero 2016 a octubre 2018

Cuadro IV. 3. Factores asociados a nivel individual para el inicio de vida sexual temprana en adolescentes.

Factor de Riesgo	Inicio de vida sexual activa (porcentaje)		Chi <sup>2</sup>	p	RM	IC 95%	
	Si	No				Inferior	Superior
Aprobación personal de actividad sexual en la adolescencia	77.3	18.4	63.08	0.000	15.07	7.25	31.35
Trabajo remunerado	47.0	19.2	16.24	0.000	3.73	1.93	7.19
Sexo masculino	66.7	48.0	6.06	0.014	2.16	1.16	4.03
Otra religión	7.6	4.8	0.61	0.434	1.62	0.47	5.54
< Primaria	0.0	1.6	1.06	0.302	-	-	-
Estudiar actualmente	3.0	2.4	0.67	0.795	1.27	0.20	7.80
Baja autoestima	37.9	39.2	0.32	0.850	0.94	0.51	1.74

**Fuente:** Hoja de recolección de datos e instrumentos de medición obtenida de adolescentes participantes de la UMF 13,IMSS,Querétaro en el periodo de febrero 2016 a octubre 2018

Cuadro IV. 4. Modelo de regresión logística múltiple para explicar la probabilidad de inicio de vida sexual temprana en el adolescente.

Factor de riesgo	Chi <sup>2</sup>	Estadístico	p
	55.96		
	Coeficiente beta		
Constante	-2.669		
Padres están de acuerdo con el inicio de vida sexual activa en la adolescencia	1.909	16.11	0.000
Amigos están de acuerdo con el inicio de vida sexual activa en la adolescencia	1.689	10.55	0.001
Trabajo remunerado	1.078	8.13	0.004

**Fuente:** Hoja de recolección de datos e instrumentos de medición obtenida de adolescentes participantes de la UMF 13,IMSS,Querétaro en el periodo de febrero 2016 a octubre 2018

Cuadro IV.5. Cálculo de la probabilidad de inicio de vida sexual temprana en la adolescencia.

Probabilidad	Padres están de acuerdo	Amigos están de acuerdo	Trabajo remunerado
0.882	Sí	Sí	Sí
0.717	Sí	Sí	No
0.579	Sí	No	Sí
0.524	No	Sí	Sí
0.319	Sí	No	No
0.273	No	Sí	No
0.169	No	No	Sí
0.065	No	No	No

**Fuente:** Hoja de recolección de datos e instrumentos de medición obtenida de adolescentes participantes de la UMF 13,IMSS,Querétaro en el periodo de febrero 2016 a octubre 2018

## V. DISCUSIÓN

Los adolescentes son una población en desarrollo físico y sexual por lo que en la actualidad se han reconocido sus derechos sexuales. (World Association for Sexual Health, 1977)

En análisis de este derecho se ha realizado generalmente a través de los impactos negativos en salud y sociales que presentan sobre todo en las adolescentes que son madres en la adolescencia temprana. En esta investigación se trató de ir más allá al analizar la dimensión: familiar, amigos e individual que hace posible o no el inicio de su vida sexual activa. (Rivera-Rivera L et al., 2016; Electra-González A et al., 2015; Secretaría de Salud, 2018)

De los resultados obtenidos, la edad promedio de la población que inicia vida sexual activa es igual a lo reportado a nivel nacional; sin embargo, es importante establecer que éste promedio hace hincapié a las adolescentes que presentan embarazo dejando de lado a los varones quienes generalmente no acuden a los servicios de salud a menos que presenten una ETS ya avanzada. (INEGI-ENADID, 2017)

En cuanto a la dimensión familiar, la permisividad de los padres tiene un comportamiento similar a nivel mundial. Esto se puede explicar de la siguiente manera; las familias jóvenes están viviendo la transición sobre la conceptualización de la sexualidad lo que ha llevado al establecimiento de los derechos sexuales del adolescente, el flujo de información y capacitación para el uso de métodos anticonceptivos que reciben a través de diferentes agentes sociales como la escuela, medios de comunicación, grupos de coetáneos y conductas percibidas en el núcleo familiar. (Rocha-de la Torre LI et al., 2014)

Aunque, si bien existe similitud, también una gran diferencia entre poblaciones de primer mundo y los países en vías de desarrollo, ya que en los primeros se ha logrado la disminución de embarazo adolescente, aunque no así la prevalencia de ETS. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2015)

En la dimensión individual, la aprobación personal para iniciar vida sexual activa se presenta como factor asociado. Considerando que, en etapas tempranas de la adolescencia, se encuentra en transición de la edad infantil a la adulta, éste busca integrar su personalidad y ser parte de los grupos a los que se inserta. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia,2011)

En esa misma línea de análisis es congruente decir que si él y ella identifican que los grupos de iguales (incluye a los amigos) tienen la misma conducta ante su sexualidad, existe permisibilidad de los padres por los derechos sexuales establecidos reciben el mensaje de que pueden ejercerla libremente la parte coital. Sin embargo, el problema radica en las condiciones sociales y de salud que se presentan como obstáculos para su crecimiento y desarrollo sobre todo para las y los menores de 18 años. (Ruiz-Canela M et al.,2012; Hirmas M et al., 2008)

Sobre ese mismo aspecto, el que tengan trabajo remunerado se integra a los factores de riesgo individual. Dentro del proceso de cambio de una etapa a otra, existen características sociales que determinan si eres adolescente o adulto, una de ellas es la independencia económica que los sitúa como una persona que ya puede tomar sus propias decisiones para lograr su plan de vida y probablemente la búsqueda de una estabilidad en pareja. Se menciona que un adolescente con dinero tiene más posibilidades de conquistar a una chica porque representa un estímulo de atracción y enamoramiento que favorece vínculos afectivos y relaciones sociales. (Instituto de la Juventud, 2007)

Además se sabe que una vez que el adolescente se incorpora a la vida laboral, adquiere cierta autonomía e inicia relaciones interpersonales que llevan a tener parejas relativamente estables, entonces dejan de ser adolescentes aparentemente porque comienzan a comportarse como adultos es así como el vivir fuera del núcleo familiar es un factor de riesgo para el inicio de vida sexual activa, porque es el símbolo del paso de la adolescencia a la edad adulta, el tener libertad económica les permite tener un espacio propio para el libre ejercicio de su sexualidad sin el temor de alguna autoridad los sorprenda en el acto. (Fundación de

Atención Integral Juvenil, 2007; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017; Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud, 2018)

Ahora bien el estrato socioeconómico alto resultó ser un factor asociado para el inicio de vida sexual temprana, este dato es diferente a la literatura, la respuesta a esto, señala que en la época actual los padres se ven forzados a trabajar para tener una estabilidad económica mejor, las familias ya son modernas, tanto papá como mamá son proveedores por lo que sus ingresos económicos favorecen una calidad de vida, pero pareciera que la relación familiar impide una comunicación más efectiva, lo que favorece conductas sexuales para cubrir sus necesidades emocionales y afectivas. (López-Sánchez F, 2016)

Se sabe que las políticas de salud pública han concentrado esfuerzos en aumentar la difusión, conocimientos y acceso a los métodos anticonceptivos y con esta investigación se hace evidencia que el factor predominante para la actividad sexual es la permisibilidad a lo que nos lleva que se esté generando de manera creciente la aceptación social de la sexualidad durante la adolescencia, de esta manera los programas de salud y educación deben implementar nuevas estrategias para disminuir los riesgos de la actividad sexual temprana porque mientras no se cambie esta forma familiar, escolar y profesional de afrontar la sexualidad adolescente, seguirán siendo frecuentes los riesgos asociados a su actividad sexual.( Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.,2012; Organización Panamericana de la Salud , 2010; Secretaría de Salud,2018)

## **VI. CONCLUSIONES**

En esta investigación se logró determinar los factores asociados al inicio de vida sexual temprana en adolescente de 14 a 19 años, basado en los diferentes grupos sociales, a nivel individual la aprobación del inicio de vida sexual temprana, tener un trabajo remunerado; a nivel familiar la aprobación del inicio de vida sexual temprana por parte de los padres, no vivir con los padres, madre que trabaja, antecedente de embarazo adolescente en la familia; a nivel social la aprobación del inicio de vida sexual temprana por parte de los amigos, estrato socioeconómico alto.

El factor con mayor significado estadístico es la aprobación personal para el inicio de vida sexual temprana, de ahí le sigue que los amigos aprueben esta actividad y al último la aprobación de los padres para el inicio de vida sexual, socioculturalmente la sexualidad se está expresando en los diferentes entornos que favorecen los derechos sexuales.

Sin embargo el factor asociado de que los padres aprueben el inicio de vida sexual temprana, podría estar sesgada porque la pregunta no estuvo planteada de manera intencionada de como el adolescente sabía que su papá o mamá le permitían el iniciar esta actividad, resaltando que la encuesta fue aplicada al adolescente y de cierta manera él podría haber interpretado que la aprobación de la actividad sexual por parte de los padres es cuando les proporcionan “preservativos”, hubiéramos tenido una información más confiable si también se hubiera entrevistado directamente a los padres de familia, además quizás también estaba limitado porque la población adolescente son más hombres que mujeres, y la probabilidad de que hayan hecho referencia de la aprobación de la actividad es por parte del papá y no de la mamá.

Por último, resaltamos que un adolescente con trabajo remunerado se determinó como un factor asociado al inicio de vida sexual temprana, algunos estudios relacionaban esta actividad en adolescente que no trabajaban o que no estudiaban, faltó obtener más información a cerca de la actividad que desempeñaba laboralmente y si este trabajo era en negocio familiar o de manera particular.

Por lo que se recomienda realizar más estudios en población adolescente, para conocerlos más , es una población que no se estudia y los estudios que se realizan en ellos son muy limitados, sin duda nos permitirán prepararlos hacia la vida adulta, porque en la actualidad los y las adolescentes ya mantienen, o van a mantener en breve relaciones sexuales, presionar para que las eviten o retrasen puede conducir a seguir manteniéndolos en la ignorancia, no hay que contribuir a que siga en incremento las cifras de las consecuencias de esta conducta sexual temprana.

## VII. PROPUESTAS

Una vez identificados aquellos adolescentes con factores asociados para el inicio de vida sexual temprana, se les otorgara por parte de su medico familiar orientacion y consejería en educación sexual, tambien envio al servicio de planificación familiar para el conocimiento y uso adecuado de métodos anticonceptivos, en caso de ameritar envio al servicio de Psicología en aquellos adolescentes con sospecha de disfunción familiar y/o baja autoestima.

Capacitar al personal de salud para identificar factores asociados en adolescentes para el inicio de vida sexual temprana, en la consulta externa el Medico Familiar puede utilizar los instrumentos de evaluación y aplicar la encuesta, una vez que tenga identificado adolescentes en riesgo debe abordarlos con consejeria en educación sexual, proporcionarles las herramientas necesarias para ejercer una sexualidad sin riesgos.

Dependiendo del resultado obtenido se recomienda lo siguiente al Médico Familiar.

En adolescentes con factor asociado de aprobación para la actividad sexual por parte personal, amigos y familiar, lo recomendable es explicarles los riesgos que conllevan el comienzo precoz de las relaciones sexuales en la adolescencia de acuerdo a la etapa en la que se encuentra.

En adolescentes con factor asociado de baja autoestima, disfunción familiar, lo recomendable para el Médico Familiar es enviarlo al servicio de Psicología para trabajar aspectos como autoestima, personalidad y habilidades emocionales, sin olvidar los cambios biológicos, psicológicos y sociales.

En adolescentes con factor asociado de trabajo remunerado, el no vivir con padres de familiar, el antecedente de embarazo adolescnete en la familia,estrato socioeconómico alto , el Médico Familiar debe ofertar la oportunidad de acudir a secciones de educación sexual por parte de personal medico residente, previamente capacitados por especialista en sexología para brindar información



## VIII. ANEXOS



### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN QUERETARO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

### FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DE VIDA SEXUAL TEMPRANA EN ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE QUERÉTARO

#### 1.- Datos Personales.

Folio \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
NSS \_\_\_\_\_  
E-mail o Teléfono: \_\_\_\_\_  
Puntaje de Coopersmith \_\_\_\_\_ Interpretación \_\_\_\_\_  
Puntaje de FF-SIL \_\_\_\_\_ Interpretación \_\_\_\_\_  
Puntaje de Graffar-Méndez Castellanos \_\_\_\_\_ Interpretación \_\_\_\_\_

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Instrucciones:** Responde y marca con una X las siguientes preguntas.

¿Cuál es tu Edad? 1) Primaria _____ 2) Secundaria, _____ Licenciatura _____	¿Sexo? 1) Hombre _____ 2) Mujer _____	¿Actualmente te encuentras estudiando? 1) No _____ 2) Si _____
¿Cuál es tu escolaridad? 1) Primaria _____ 2) Secundaria, _____ Licenciatura _____	Preparatoria, Ocupación: _____	¿Actualmente te encuentras trabajando? 1) No _____ 2) Si _____ Especifique: _____
¿Con quién vives? 1) Otra persona _____ 2) Papás _____ Especifique: _____	¿A qué se dedica tu mamá? 1) Otra _____ 2) Hogar _____ Especifique: _____	¿Antecedente de embarazo en la adolescencia en la familia o de la madre? 1) Si _____ 2) No _____ Especifique: _____
¿Existe la aprobación de los padres para tener relaciones sexuales en la adolescencia? 1) Si _____ 2) No _____	¿Recibiste educación sexual por parte de tus padres? 1) No _____ 2) Si _____	¿Has iniciado tu vida sexual? 1) Si _____ 2) No _____ A qué edad: _____
¿Tienes amigos que aprueben las relaciones sexuales en la adolescencia? 1) Si _____ 2) No _____		Interpretación de la respuesta: <b>Factor de Riesgo (1)</b> <b>Factor protector (2)</b>

**ANEXO I**

## ANEXO II

### CUESTIONARIO FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

A continuación, te presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en tu familia. Necesitamos que tu clasifiques y marca con una **X** tu respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Situaciones	Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
No expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
Cuando alguien en la familia tiene un problema los demás ayudan					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie está sobrecargado					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familia difícil somos capaces de buscar ayuda entre otras personas					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

### **ANEXO III**

#### **ESCALA DE GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANOS**

A continuación, te presentamos unas variables con características que necesitamos que tu clasifiques y marques con una **X** tu respuesta según corresponda la situación.

<b>Variables</b>	<b>Pts</b>	<b>Ítems</b>
1. Profesión del jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financieras, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

## ANEXO IV

### CUESTIONARIO DE COOPERSMITH: "AUTOESTIMA"

Señala a continuación con una **X** cuáles de las siguientes preguntas "Te describen a ti" y cuáles "no tienen nada que ver con contigo". Conteste a **todas las preguntas** y por favor hágalo con cierta rapidez.

	Me describe aproximadamente	Nada tiene que ver conmigo o muy poco
1.- Más de una vez he deseado ser otra persona		
2.-Me cuesta mucho hablar ante un grupo		
3.-Hay muchas cosas en mí mismo que cambiaría si pudiera		
4.-Tomar decisiones no es algo que me cueste		
5.-Conmigo se divierte uno mucho		
6.- En casa me enfado a menudo		
7.- Me cuesta mucho acostumbrarme a algo nuevo		
8.- Soy una persona popular entre la gente de mi edad		
9.- Mi familia espera demasiado de mí		
10.- En casa se respetan bastante mis sentimientos		
11.- Suelo ceder con bastante facilidad		
12.- No es nada fácil ser yo		
13.- En mi vida todo está muy embarullado		
14.- La gente suele secundar mis ideas		
15.- No tengo muy buena opinión de mí mismo		
16.- Hay muchas ocasiones en las que me gustaría dejar mi casa.		
17.- A menudo me siento harto del trabajo que realizo.		
18.- Soy más feo que el común de los mortales		
19.- Si tengo algo que decir, normalmente lo digo		
20.- Mi familia me comprende		
21.- Casi todo el mundo que conozco cae mejor que yo a los demás.		
22.- Me siento presionado por mi familia.		
23.- Cuando hago algo, frecuentemente me desanimo		
24.- Las cosas no suelen preocuparme mucho		
25.- No soy una persona muy de fiar.		



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(Adolescente)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Factores asociados al inicio de vida sexual temprana en adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar de Querétaro.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF 13. Delegación, Querétaro, octubre 2018
Justificación y objetivo del estudio:	Se requiere conocer y describir los factores asociados al inicio de vida sexual temprana en adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar, debido al incremento progresivo de embarazo adolescente en Querétaro.
Procedimientos:	Contestar las preguntas plasmadas en los instrumentos: evaluación de la funcionalidad familiar, de escala de Autoestima, y estrato socioeconómico, además de la hoja de recolección de datos.
Posibles riesgos y molestias:	Puede ser difícil para algunos adolescentes contestar las preguntas incluso llevar tiempo de más para responderlas, e incomodidad para responder algunas preguntas porque pueden sentir que invadimos su privacidad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	A los adolescentes que se detecten en riesgo se enviarán con el Médico Familiar para su seguimiento y a los adolescentes que no estén en riesgo se les proporcionará educación en sexualidad y uso de métodos de planificación familiar, así como el acceso efectivo de estos mismos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se enviará vía correo electrónico y/o teléfono una invitación a los adolescentes para agendar una cita médica y a través del médico familiar se les proporcionará los resultados obtenidos, en caso de ser adolescente en riesgo su Médico Familiar lo enviará a los servicios de Trabajo social y Psicología en caso de ameritarlo.
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):



- No autoriza que se tome la muestra.  
Si autoriza que se tome la muestra solo para este estudio.  
Si autoriza que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio:

Disminuir el incremento de embarazo adolescente en Querétaro.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Dra. Lilia Susana Gallardo Vidal

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, UMF 13.

Correo electrónico: [susi2947@gmail.com](mailto:susi2947@gmail.com)

Teléfono celular: 442 446 97 96

Matrícula: 99230756

Colaboradores:

Dra. Beatriz Rodríguez Rovalo Matrícula: 99237116

Médico Residente de Tercer Año de Medicina Familiar UMF 16.

Correo electrónico: [dken660@hotmail.com](mailto:dken660@hotmail.com)

Teléfono celular: 419 115 7537

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.ethica@imss.gob.mx](mailto:comision.ethica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del adolescente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del padre de familia:

Testigo:

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

**ANEXO V**

## **IX. LITERATURA CITADA**

Organización Mundial de la Salud. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.

UNICEF México. (2017). La infancia - la adolescencia.

Ferreira M, Nelas P, Duarte J, Albuquerque C, Grilo C, Nave F. (2013). Family culture and adolescent sexuality. Aten Primaria; 45(2):216-222.

Corona F, Funes F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. Rev Med Clin Condes; 26(1):74-80.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2017). Adolescentes y Salud reproductiva.

Timsi J , Yogesh M.(2014 ).Sexuality in Adolescents:have we explored enough! a cross-sectional study to explore adolescent health in a city slum in northern India. JCDR;8(8):9-11.

Consejo Nacional de Población. (2017). 26 de septiembre, Día de la prevención del embarazo adolescente.

Secretaría de Educación Pública. (2016). Hablemos de sexualidad.

World Association for Sexual Healt. (1977). Derechos sexuales.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). Resultados Nacionales. Adolescencia: salud reproductiva.

Álvarez-Nieto C, Pastor-Moreno G, Linares-Abad M, Serrano-Martos J, Rodríguez-Olallab L. (2012). Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gac Sanit*; 26(6):497-503

Holguín YP, Mendoza LA, Esquivel CM, Sánchez R, Daraviña AF, Acuña M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*; 78(3): 209-219

Secretaría de Salud. (2018). Salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013-2018.

Rivera-Rivera L, Leyva-López A, García-Guerra A, De Castro F, González-Hernández D, De los Santos LM. (2015). Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gac Sanit*; 30(1):24-30

Secretaría de Educación Pública. (2012). Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el promajoven.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Neal S, Chandra-Mouli V, Chou D. Adolescent first births in East Africa: disaggregating characteristics, trends and determinants. *Reproductive Health*, (2015);12-13

Plan Estatal de Desarrollo Querétaro 2016-2021. (2017). Salud en Adolescente.

Lawrence F, Philbin J. Sexual initiation, contraceptive use, and pregnancy among young adolescents.(2013). American Academy of Pediatrics ; 131:886-891.

Trinidad-Noguera KI, Chávez-Montes de Oca VG, Carrasco-Ponce B, Sánchez Valdivieso EA. (2015). Percepción de la relación afectiva con los padres como principal factor que influye sobre el embarazo en adolescentes en Veracruz, México. Revista sobre la infancia y la adolescencia; 8:75-83

Cavazos-Rehg P, Krauss M, Spitznagel E, Iguchi M, Shootman M, Cottler L et al. (2012). Associations between sexuality education in schools and adolescent birthrates. Arch Pediatr Adolesc Med; 166(2):134-140

Fontenberry JD. Puberty and adolescent sexuality. (2013). NIH Public Access; 64(2):280–287

Royuela-Ruiz P, Rodríguez-Molinero L, Marugan-De Miguelsanz JM, Carabajosa-Rodríguez V. (2015). Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. Rev Pediatric Aten Prim; 17:127-136

Gómez-Mercado C, Montoya-Vélez L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. (2014) Rev. de Salud Pública; 16(3):394-406

Sánchez-Valencia YA, Mendoza-Tascón LA, Grisales-López MB, Ceballos- Molina LY, Bustamente-Farfan JC, Muriel-Castañeda E et al. (2013) Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol; 78(4):269-281

Mendoza LA, Arias M, Pedroza M, Micolta P, Ramírez A, Cáceres C et al. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. Rev Chil Obstet Ginecol; 77(4): 271–279

Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato M, Suarez L, Vara E, Castro F et al. (2013). Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Salud Pública de México; 55 (2):235-240

Ruiz-Canela M, López-Del Burgo C, Carlos S, Calatrava M, Osorio A, De Irala J. (2012) Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. Rev Panam Salud Pública; 31(1):54–61

Mora-Cancino AM, Hernández-Valencia M. (2015). Embarazo en la Adolescencia; Ginecol Obstet Mex; 83:294-301

Cannoni G, González MI, Conejero C, Merino P, Schulin-Zeuthen C. Sexualidad en la adolescente: consejería. (2015) Rev. Med. Clin. Condes; 26(1):81-87

Rodríguez-Carrión J, Traverso-Blanco CI. (2012). Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. Gac Sanit ;26(6):519-524

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2015). Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias<sup>[1]</sup> y políticas.

Instituto de la Juventud (INJUVE). (2007). Los adolescentes como personas.

Fundación de Atención Integral Juvenil - FUNDAINIL. (2007). Adolescencia y Sexualidad. 2007.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud.

Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud - Segundo Informe. (2018). Los adolescentes, los jóvenes y el mercado laboral.

López-Sánchez F. (2016). Necesidades en la adolescencia. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia; IV (2):81-92

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2012). Programas escolares de educación sexual.

# **APENDICE**