



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Villalobo, Aremis; de Castro, Filipa; Rojas, Rosalba; Allen, Betania
Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y
necesidades insatisfechas

Salud Pública de México, vol. 59, núm. 5, septiembre-octubre, 2017, pp. 566-576
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10653301020>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas

Aremis Villalobos, D en C,^(I) Filipa de Castro, PhD,^(I) Rosalba Rojas, PhD,^(I) Betania Allen, PhD,^(I)

Villalobos A, de Castro F, Rojas R, Allen B.
Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas.
Salud Pública Mex 2017;59:566-576.
<https://doi.org/10.21149/8481>

Resumen

Objetivo. Describir el comportamiento sexual y el uso de anticonceptivos en adolescentes escolarizados. **Material y métodos.** Encuesta representativa nacional en escuelas de educación media superior en México, realizada en 2014. Modelos logísticos identifican factores asociados al uso de anticonceptivos y a necesidades insatisfechas de anticoncepción (NIA). **Resultados.** Entre los hombres, no emplear anticonceptivos en la última relación sexual se asocia con la no utilización de éstos durante el debut sexual ($RM=11.5$; IC95% 5.6-23.4) y desconocer anticonceptivos efectivos ($RM=2.4$; IC95% 1.04-5.5). Entre las mujeres, no emplear anticonceptivos se asocia con el no uso de éstos durante el debut sexual ($RM=4.5$; IC95% 2.3-8.4) y la falta de autoeficacia en el uso/negociación del condón ($RM=3.1$; IC95% 1.18.2). Las NIA se asocian con baja autoeficacia respecto al uso/negociación del condón ($RM=3.5$; IC95% 1.3-9.4), no usar anticonceptivos en el debut sexual ($RM=9.0$; IC95% 2.5-32.4) y usar alcohol o drogas en relaciones sexuales ($RM=3.0$; IC95% 1.1-8.1). **Conclusiones.** Se requieren estrategias que garanticen el uso de anticonceptivos desde el debut sexual y que promuevan la autoeficacia y las prácticas seguras entre los adolescentes.

Palabras clave: anticoncepción; adolescente; salud reproductiva

Villalobos A, de Castro F, Rojas R, Allen B.
Contraception in Mexican adolescents in upper secondary schools: use and unmet needs.
Salud Pública Mex 2017;59:566-576.
<https://doi.org/10.21149/8481>

Abstract

Objective. To describe sexual behavior and contraceptive use in adolescent students. **Materials and methods.** National representative survey in upper secondary schools in Mexico 2014. Logistic regressions identify the factors associated with contraceptive use and unmet needs for contraception (UNC). **Results.** For male adolescents, non-contraceptive use in the last sexual relation is associated with non-contraceptive use in the sexual debut ($OR=11.5$; IC95%:5.6,23.4) and not recognizing effective contraceptive methods ($OR=2.4$; IC95%:1.04,5.5). For female adolescents, non-contraceptive use is associated with non-contraceptive use in sexual debut ($OR=4.5$; IC95%:2.3,8.4) and low self-efficacy towards condom use and negotiation ($OR=3.1$; IC95%:1.1,8.2). UNC were associated with insecure attitudes towards condom use and negotiation ($OR=3.5$; IC95%:1.3,9.4), non-contraceptive use in sexual debut ($OR=9.0$; IC95%:2.5,32.4) and use of alcohol or drugs during sexual relations ($OR=3.0$; IC95%:1.1,8.1). **Conclusions.** Strategies to ensure contraceptive use from sexual debut onwards are required, promoting self-efficacy and safe sex practices among adolescents.

Keywords: contraception; adolescent; reproductive health

(I) Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Fecha de recibido: 9 de enero de 2017 • **Fecha de aceptado:** 15 de mayo de 2017

Autora de correspondencia: Filipa de Castro. Departamento de Métodos en Salud Pública, Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. 7a. Cerrada de Fray Pedro de Gante 50, col. Sección XVI Tlalpan. 14080 Ciudad de México. Correo electrónico: fcastro@insp.mx

Durante los últimos 40 años, y hasta 2009, los niveles de fecundidad adolescente en México, al igual que la fecundidad general, habían seguido una tendencia descendente. Sin embargo, entre 2009 y 2014 la tasa de fecundidad adolescente incrementó de 71 a 77 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años.¹ Esto se tradujo en un aumento en el porcentaje de nacimientos entre madres adolescentes, de 17.1% en el año 2000 a 19.2% en 2014.² Datos recientes indican que 20.5% de las adolescentes de entre 12 y 19 años de edad 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.³ Entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que incluye países de medianos ingresos, México tiene la tasa de natalidad más alta en adolescentes de entre 15 y 19 años.⁴ Estas cifras reflejan que una gran proporción de adolescentes experimentan necesidades insatisfechas en el ámbito de la salud reproductiva. Éstas se pueden explicar en gran parte por la adquisición de conocimientos insuficientes sobre los anticonceptivos y la presencia de temores en relación con los efectos secundarios de los mismos, así como por la falta de una consejería adecuada, la existencia de barreras para conseguir los métodos y una mala calidad de la atención en salud reproductiva.⁵

Actualmente, los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) se consideran como opciones ideales para la prevención del embarazo en mujeres jóvenes y adolescentes. Su uso en este grupo poblacional es seguro y efectivo, ya que requiere poca manutención.⁶ Existe evidencia nacional e internacional de que los métodos ARAP son aceptables para adolescentes;^{7,8} sin embargo, al igual que en otros países, su uso se ve afectado por barreras al acceso y por el desabasto en las unidades de salud,⁹ así como por una baja adherencia al tratamiento. La falta de conocimientos y de actitudes adecuadas constituyen también barreras importantes para su uso.^{10,11} Algunos estudios evidencian que la promoción de conocimientos y actitudes adecuados para el uso de estos métodos, mediante campañas de información y de consejería previa al inicio del tratamiento y en cada consulta posterior, aumenta la elección de métodos ARAP¹² y disminuye de manera significativa el porcentaje de pacientes que interrumpen su uso.^{8,13}

La demanda insatisfecha de anticonceptivos se define como la cantidad de mujeres sexualmente activas que desean limitar o espaciar sus embarazos y no están usando ningún método anticonceptivo, en relación con el número total de mujeres sexualmente activas.¹⁴

Se asocia con la violación del derecho básico de todos los individuos de decidir con libertad, responsabilidad e información sobre el número y espaciamiento de hijos.¹⁵ Debido a la importancia del ejercicio de este derecho fundamental, una de las metas del Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, propone lo siguiente: “para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”¹⁶

Se estima que, en 2012, en el ámbito global, el número de mujeres que tenían necesidades insatisfechas en relación con los métodos anticonceptivos modernos era de 222 millones. Además, se calcula que el uso de métodos anticonceptivos en los países en desarrollo evitaría 218 millones de embarazos no deseados (embarazos donde la mujer no deseaba embarazarse, pero no utilizaba anticonceptivos) y 55 millones de nacimientos no planeados (embarazos donde las mujeres hubieran preferido posponer por lo menos dos años el embarazo).¹⁷

Estudios sobre la demanda insatisfecha de la anticoncepción en adolescentes mexicanas, realizados entre 1987 y 2009, han señalado un descenso al respecto, en contraste con la disminución observada entre mujeres adultas, a pesar de que la cobertura anticonceptiva ha aumentado.¹⁸ La evidencia indica también que la demanda insatisfecha de anticoncepción en México se concentra en mujeres jóvenes, hablantes de lenguas indígenas, residentes de zonas rurales, mujeres con un nivel de escolaridad bajo y residentes en zonas de muy alta marginación.¹⁹ Las necesidades no atendidas en materia de anticoncepción dentro del grupo de mujeres de 15-19 años sexualmente activas variaron de 23.7% (IC95% 15.8-31.5) en 1987 a 21.5% (IC95% 19.3-23.7) en 2009; es decir, la cuarta parte de las adolescentes sexualmente activas no cubre sus necesidades en anticoncepción.²⁰ El descenso insuficiente de las necesidades insatisfechas de anticoncepción entre adolescentes, reflejado en las cifras alarmantes de embarazo en edades tempranas, implica que los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes mexicanas no se están respetando. Cuando las adolescentes cuentan con la información y los recursos necesarios para ejercer sus derechos, pueden decidir cuándo tener hijos, y ellas mismas suelen posponer el embarazo, tener menos hijos y terminar más años de estudio.²¹ Asimismo, el embarazo en edades tempranas afecta negativamente la salud de la madre y de sus hijos, y genera un dispositivo de exclusión que fomenta el abandono escolar. Lo anterior se refleja en un mayor rezago educativo y en

la disminución de las oportunidades laborales a corto, mediano y largo plazo para las madres. Por ese motivo, el incremento de los embarazos adolescentes representa no sólo un problema salud pública sino también un problema social importante, ya que dichos embarazos y la maternidad en la adolescencia se concentran en la población de condiciones socioeconómicas precarias como baja escolaridad, residencia rural y condición indígena.^{5,22,23}

El presente artículo tiene como objetivo describir las características y el comportamiento sexual, así como las variables asociadas con el uso de anticonceptivos en una muestra representativa de hombres y mujeres adolescentes escolarizados del nivel medio superior en México. Asimismo, el artículo estima la prevalencia, entre mujeres adolescentes, de las necesidades insatisfechas de anticonceptivos y su asociación con los conocimientos, actitudes y prácticas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Material y métodos

Se utilizaron datos de una encuesta probabilística transversal con muestreo estratificado y por conglomerados, con representatividad nacional, levantada en 45 escuelas de educación media superior públicas y privadas. La tasa de respuesta fue de 66%. Las escuelas cuyas autoridades no aceptaron participar en el estudio fueron sustituidas mediante la selección de planteles educativos adicionales. Los detalles de la selección y el levantamiento de la información, así como los resultados generales de la encuesta, han sido publicados previamente.²⁴ En cada escuela seleccionada fueron elegidos aleatoriamente un grupo de primer grado, otro de segundo y uno más de tercero, independientemente del horario de atención. La muestra incluyó 3 824 adolescentes de entre 15 y 18 años, de los cuales 2 140 eran mujeres. La encuesta se aplicó entre octubre y noviembre de 2014; el cuestionario comprendió 13 secciones y la duración promedio fue de 58 minutos y 49 segundos. El levantamiento de la información se realizó de forma automatizada en computadoras portátiles, en espacios cerrados dentro de la escuela, usando el sistema autoaplicable Audio Computer-Assisted Self-Interview Software (ACASI) y con audífonos, para asegurar la privacidad y confidencialidad. El estudio fue aprobado por los comités de ética y de investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Se obtuvo el consentimiento de los padres, madres o responsables de los estudiantes menores de 18 años y el asentimiento del estudiante. A los adolescentes de 18 años se les solicitó su consentimiento verbal.

Variables empleadas en este estudio

- *Adolescentes sexualmente activos:* adolescentes que señalaron haber tenido relaciones sexuales durante los últimos tres meses previos a la entrevista.
- *Usuarios de métodos anticonceptivos:* adolescentes que utilizaron un método anticonceptivo en la última relación sexual.
- *Métodos anticonceptivos tradicionales:* retiro, calendario, óvulos y espumas.
- *Métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada:* dispositivo intrauterino (DIU), implante e inyección.
- *Métodos anticonceptivos de emergencia:* incluye adolescentes que declararon haber utilizado la pastilla de anticoncepción de emergencia en los días inmediatamente posteriores a la relación sexual.
- *Otros métodos anticonceptivos utilizados en la primera relación sexual:* incluye espumas, eyacular afuera, ritmo, Billings y temperatura.
- *Embarazo planeado:*^{18,20} adolescentes que respondieron que en el momento en que se embarazaron deseaban tener un hijo.
- *Embarazo no planeado:*^{18,20} adolescentes que respondieron que en el momento en que se embarazaron habrían preferido esperar más de dos años para tener un hijo.
- *Embarazo no deseado:*^{18,20} adolescentes que respondieron que en el momento en que se embarazaron no deseaban embarazarse o no deseaban tener hijos.
- *Necesidades insatisfechas de anticoncepción:* se han realizado diferentes mediciones de NIA dependiendo de las preguntas incluidas en las encuestas o de la población de interés, la cual ha abarcado principalmente mujeres unidas.^{18,20,25} Para fines de este estudio, el cálculo de NIA se basó en las estimaciones que Mendoza y colaboradores realizaron para mujeres sexualmente activas.^{18,20} La NIA para espaciar se refiere a las mujeres sexualmente activas no usuarias actuales de anticonceptivos que, siendo fértiles, quieren más hijos pero desean posponer el siguiente nacimiento por más de dos años. La NIA para limitar se refiere a las mujeres sexualmente activas no usuarias de la anticoncepción pero que ya no desean tener más hijos. La NIA global es la suma de las necesidades para espaciar, por un lado, y para limitar, por el otro.
- *Desconocimiento de métodos anticonceptivos más efectivos:* identifica a los adolescentes que señalaron el retiro, el ritmo o las espumas/óvulos como los métodos anticonceptivos más efectivos.

- *Baja autoeficacia respecto al uso y la negociación del condón:*²⁶⁻²⁸ identifica a los adolescentes que señalaron sentirse muy inseguros sobre más de la mitad de las siguientes elementos: tener un condón en caso de necesitar uno; hablar sobre usar condones con cualquier pareja sexual; hablar sobre usar condón con alguna pareja potencial; convencer a una pareja de usar condón; decir que no quiere tener relaciones sexuales si la pareja no quisiera usar condón, y usar un condón si toma bebidas alcohólicas.

Con el fin de medir el nivel socioeconómico se tomó como referencia una batería de preguntas para encuestas breves utilizada en otros estudios,²⁹ se calculó un índice simple a partir de la suma de ocho variables dicotómicas y se calcularon los quintiles. Se consideraron los dos primeros quintiles como de nivel socioeconómico bajo; el tercero, como de nivel medio, y los dos quintiles más altos como de nivel socioeconómico alto.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis exploratorio y bivariado de los datos. Posteriormente, se estimó un modelo de regresión logística para las variables de interés: uso de anticonceptivos en la última relación sexual y necesidades insatisfechas de anticoncepción. Para estos modelos de regresión logística se consideraron las variables con valor de $p < 0.25$ en los análisis bivariados. Despues, una a una, se eliminaron variables que al ingresar al modelo multivariado perdieron significancia; se conservó la edad del adolescente por considerarla teóricamente importante. Los análisis se realizaron considerando el diseño complejo de la muestra y ocupando los comandos SVY del paquete estadístico StataSE 12.0.

Resultados

Del total de adolescentes entrevistados, 36.2% había iniciado su vida sexual (44.8% de los hombres y 28.3% de las mujeres) (cuadro I).

El 17.3% (IC95% 15.1-19.8) de adolescentes que no habían iniciado su vida sexual y 11.7% (IC95% 9.9-13.7) del grupo que sí lo había hecho presentaron una baja autoeficacia respecto al uso y la negociación del condón. Esa baja autoeficacia es mayor entre mujeres sin inicio de vida sexual (18.3%; IC95% 15.5-21.4), en comparación con las que sí la iniciaron (10.7%; IC95% 7.8-14.7); entre los varones no se encontró diferencia estadísticamente significativa. Entre los hombres, la prevalencia de desconocimiento de los métodos anticonceptivos más efectivos fue más elevada y estadísticamente más significativa en el grupo sin inicio de vida sexual (9.0%;

IC95% 7.6-10.7) que en el grupo que ya la había iniciado (15.6%; IC95% 12.9-18.7) (cuadro I).

El 35.8% (IC95% 31.0-40.9) de los hombres y 19% (IC95% 15.7-22.9) de las mujeres iniciaron su vida sexual en edades menores a los 15 años. De los hombres, 6.6% (IC95% 4.9-8.9) dijo poseer conocimiento de algún embarazo producto de las relaciones sexuales que habían tenido, mientras 11.2% (IC95% 9.4-13.3) de las mujeres declararon haber tenido algún embarazo. El porcentaje de embarazos deseados, entre estos embarazos previos, fue mayor entre mujeres (48.5%; IC95% 34.5-62.7), que entre hombres (38.6%; IC95% 23.1-56.7). En el grupo de adolescentes sin experiencia de un embarazo, la proporción que deseaba esperar 10 años o más para tener hijos fue mayor entre los hombres (41.6%; IC95% 37.0-46.3) que entre las mujeres (32.7%; IC95% 29.1-36.6.) (cuadro II).

La cuarta parte de los adolescentes (hombres, 24.9%; IC95% 22.0-28.2; mujeres 25.2%; IC95% 21.0-29.8) señalaron no haber usado ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual (cuadro II). Un mayor porcentaje de hombres declaró haber usado condón en la última relación sexual (81.1%; IC95% 78.8-83.2), en comparación con las mujeres (74.1%; IC95% 70.6-77.3). En general, 11.1% (IC95% 8.9-13.7) de los adolescentes, sin diferencias significativas por sexo, no usaron un método anticonceptivo en la relación sexual más reciente y 75.1% (IC95% 72.1-77.8) de las y los adolescentes que ya habían iniciado su vida sexual, declararon haberse mantenido sexualmente activos en los tres meses anteriores a la encuesta (cuadro II).

De las mujeres sexualmente activas, 12.2% (IC95% 8.8-16.6) señalaron no ser usuarias de métodos anticonceptivos; de éstas, 5.7% (IC95% 4.0-8.1) eran mujeres no embarazadas con necesidad de espaciar el embarazo; el 0.4% (IC95% 0.1-1.4) eran mujeres con necesidades insatisfechas de anticonceptivos para limitar su fecundidad, mientras que 3.6% (IC95% 2.4-5.4) eran adolescentes sexualmente activas con deseo de tener pronto un embarazo. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos global, entre mujeres adolescentes que asisten a escuelas de nivel medio superior, fue de 6.6% (IC95% 4.6-9.4) (figura 1).

El modelo de regresión indicó que, entre los hombres adolescentes sexualmente activos, las posibilidades de no usar un método anticonceptivo en la última relación sexual se incrementan por el no uso de anticoncepción en la primera relación sexual (RM = 11.5; IC95% 5.6-23.4) y el desconocimiento de los métodos anticonceptivos más efectivos (RM=2.4; IC95% 1.04-5.5). Por su parte, entre las mujeres adolescentes, el no uso de anticonceptivos en la última relación sexual se asoció con el no uso de anticoncepción en la primera relación sexual (RM=4.5; IC95% 2.3-8.4), la baja autoeficacia res-

Cuadro I
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE CONOCIMIENTO EN SALUD SEXUAL
 Y REPRODUCTIVA ENTRE LOS ADOLESCENTES QUE ASISTEN A ESCUELAS DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR,
 POR INICIO DE VIDA SEXUAL. MÉXICO, 2014**

	Con inicio de vida sexual por sexo			Sin inicio de vida sexual por sexo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
	N*, (%)	958.3 (44.8)	666.8 (28.3)	1 625.1 (36.2)	1 181.7 (55.2)	1 688.5 (71.8)
Tipo de escuela		% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (CI95%)
Privada	19 (15.4-23.2)	27 (21.2-33.6)	22.2 (18.7-26.2)	16 (13.6-18.7)	19.5 (16.1-23.3)	18 (15.3-21.1)
Pública	81 (76.8-84.6)	73 (66.4-78.8)	77.8 (73.8-81.3)	84 (81.3-86.4)	80.5 (76.7-83.9)	82 (78.9-84.7)
15-16 años	44.2 (39.1-49.4)	33 (27.5-39.0)	39.6 (35.3-44.0)	64.3 (59.1-69.2)	62.4 (57.2-67.2)	63.2 (58.7-67.5)
Grupo de edad						
17-18 años	55.8 (50.6-60.9)	67 (61.0-72.5)	60.4 (56.0-64.7)	35.7 (30.8-40.9)	37.6 (32.8-42.8)	36.8 (32.5-41.3)
Bajo	41.4 (32.2-51.1)	36.3 (31.6-41.4)	39.3 (32.5-46.6)	47.5 (40.4-54.8)	47.8 (41.7-54.0)	47.7 (41.7-53.8)
Nivel socioeconómico						
Medio	20.9 (17.2-25.2)	25.7 (22.6-29.1)	22.9 (20.0-26.0)	22.6 (19.0-26.6)	21.5 (18.7-24.6)	21.9 (19.3-24.8)
Alto	37.7 (31.5-44.3)	37.9 (32.4-43.9)	37.8 (32.5-43.5)	29.9 (24.9-35.5)	30.7 (26.4-35.3)	30.4 (26.2-34.9)
Casada/o o unida/o						
No	94.7 (92.5-96.3)	92 (89.5-93.9)	93.6 (91.8-95.1)	96.8 (93.7-98.4)	99.3 (98.6-99.7)	98.3 (97.0-99.0)
Sí	5.3 (3.7-7.5)	8 (6.1-10.5)	6.4 (4.9-8.2)	3.2 (1.6-6.3)	0.7 (0.3-1.4)	1.7 (1.0-3.0)
Baja autoeficacia en uso y negociación del condón						
No	87.7 (85.2-89.8)	89.3 (85.3-92.2)	88.3 (86.3-90.1)	83.9 (81.3-86.2)	81.7 (78.6-84.5)	82.7 (80.2-84.9)
Sí	12.3 (10.2-14.8)	10.7 (7.8-14.7)	11.7 (9.9-13.7)	16.1 (13.8-18.7)	18.3 (15.5-21.4)	17.3 (15.1-19.8)
Desconocimiento de métodos anticonceptivos efectivos [‡]						
No	84.4 (81.3-87.1)	82.5 (77.2-86.8)	83.6 (80.5-86.3)	91.0 (89.3-92.4)	85.8 (82.5-88.5)	87.9 (85.6-89.9)
Sí	15.6 (12.9-18.7)	17.5 (13.2-22.8)	16.4 (13.7-19.5)	9.0 (7.6-10.7)	14.2 (11.5-17.5)	12.1 (10.1-14.4)

* Frecuencia en miles

† Incluye a los/las adolescentes que señalaron el retiro, el ritmo o las espumas/óvulos como los métodos anticonceptivos más efectivos

pecto al el uso y la negociación del condón ($RM = 3.1$; IC95% 1.1-8.2) y pertenecer al estrato socioeconómico alto ($RM = 2.9\%$; IC95% 1.4-5.8) (cuadro III).

Las posibilidades de que las mujeres adolescentes sexualmente activas tengan necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos se incrementan con la baja autoeficacia respecto al uso y la negociación del condón ($RM = 3.5$; IC95% 1.3-9.4), no haber utilizado ningún anticonceptivo en la primera relación sexual ($RM = 9.0$; IC95% 2.5-32.4) y el uso de alcohol o drogas durante la última relación sexual ($RM = 3.0$; IC95% 1.1-8.1) (cuadro IV).

Discusión

En este estudio se analizaron los factores asociados al uso de anticonceptivos y a las necesidades insatisfechas de anticoncepción entre adolescentes escolarizados. Para ello se caracterizó a los grupos de mujeres y hombres adolescentes y se ajustaron modelos estadísticos que permitieron observar el sentido de la asociación entre las variables de interés.

Los resultados indican que, entre los adolescentes escolarizados, 44.8% de los hombres y 28.3% de las

Cuadro II
CARACTERÍSTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES
CON INICIO DE VIDA SEXUAL, POR SEXO. MÉXICO, 2014

	N*=	Sexo		
		Hombre	Mujer	Total
		958.3 % (IC95%)	666.9 % (IC95%)	1 625 % (IC95%)
Método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual	Nada	24.9 (22.0-28.2)	25.2 (21.0-29.8)	25 (22.2-28.1)
	Condón	70.7 (67.2-73.9)	68.5 (63.0-73.6)	69.8 (66.0-73.3)
	Hormonal	1.9 (0.9-3.6)	3.3 (2.1-5.2)	2.5 (1.6-3.7)
	Anticoncepción de emergencia	1.1 (0.5-2.4)	1.6 (1.0-2.7)	1.3 (0.9-1.9)
	Otro [‡]	1.5 (0.7-3.0)	1.4 (0.6-3.0)	1.4 (0.8-2.5)
Edad de inicio de vida sexual	Antes de los 15 años	35.8 (31.0-40.9)	19 (15.7-22.9)	28.7 (25.2-32.5)
	15-18 años	64.2 (59.1-69.0)	81 (77.1-84.3)	71.3 (67.5-74.8)
Alguna vez has estado embarazada [§]	No	93.4 (91.1-95.1)	88.8 (86.7-90.6)	91.5 (89.6-93.0)
	Sí	6.6 (4.9-8.9)	11.2 (9.4-13.3)	8.5 (7.0-10.4)
En el momento en que se embarazaron en la última [#]	Deseado	38.6 (23.1-56.7)	48.5 (34.5-62.7)	44.8 (34.3-55.8)
	No planeado	35.2 (20.5-53.3)	11.3 (5.7-20.9)	20.1 (12.0-31.8)
	No deseado	26.2 (13.9-44.0)	40.2 (23.5-59.6)	35.1 (22.6-49.9)
Tiempo que le gustaría esperar para tener un hijo/a ^{&}	Menos de 1 año	0.9 (0.3-2.6)	3.7 (2.1-6.4)	2.1 (1.3-3.5)
	1-2 años	3 (2.0-4.5)	4.1 (2.6-6.3)	3.5 (2.6-4.7)
	3-9 años	43.3 (38.5-48.2)	53.8 (48.2-59.3)	47.9 (43.7-52.2)
	10 años o más	41.6 (37.0-46.3)	32.7 (29.1-36.6)	37.7 (34.5-40.9)
Uso de anticonceptivos en la última relación sexual [¶]	No sabe	11.2 (8.6-14.5)	5.6 (2.9-10.8)	8.8 (6.3-12.0)
	Condón	81.1 (78.8-83.2)	74.1 (70.6-77.3)	78.2 (76.2-80.1)
	Tradicionales [∞]	12.3 (9.7-15.6)	19.2 (15.9-23.1)	15.2 (12.9-17.8)
	Anticoncepción Emergencia	4.2 (3.0-5.8)	9.8 (7.3-13.0)	6.5 (5.3-7.9)
	ARAP	1.1 (0.4-2.9)	4.6 (3.4-6.3)	2.6 (1.8-3.6)
Uso de alcohol o droga en la última relación sexual	Ninguno	11 (8.5-14.1)	11.3 (8.4-14.9)	11.1 (8.9-13.7)
	No	86.8 (83.5-89.5)	89.7 (86.3-92.3)	88 (85.7-90.0)
	Sí	13.2 (10.5-16.5)	10.3 (7.7-13.7)	12 (10.0-14.3)
Sexualmente activos [○]	No	25.6 (21.4-30.2)	24.2 (20.2-28.6)	24.9 (22.2-27.9)
	Sí	74.4 (69.8-78.6)	75.8 (71.4-79.8)	75.1 (72.1-77.8)

* Frecuencia en miles

† Incluye espumas, eyacular afuera, ritmo, Billings y temperatura

‡ Se construyó una variable dicotómica que muestra la respuesta "sí" o "no" a las preguntas: para las mujeres, "¿Alguna vez has estado embarazada?" Para los hombres, "¿Alguna vez has embarazado a alguien?"

Incluye adolescentes con antecedente de embarazo

& Incluye adolescentes que no tienen antecedente de embarazo

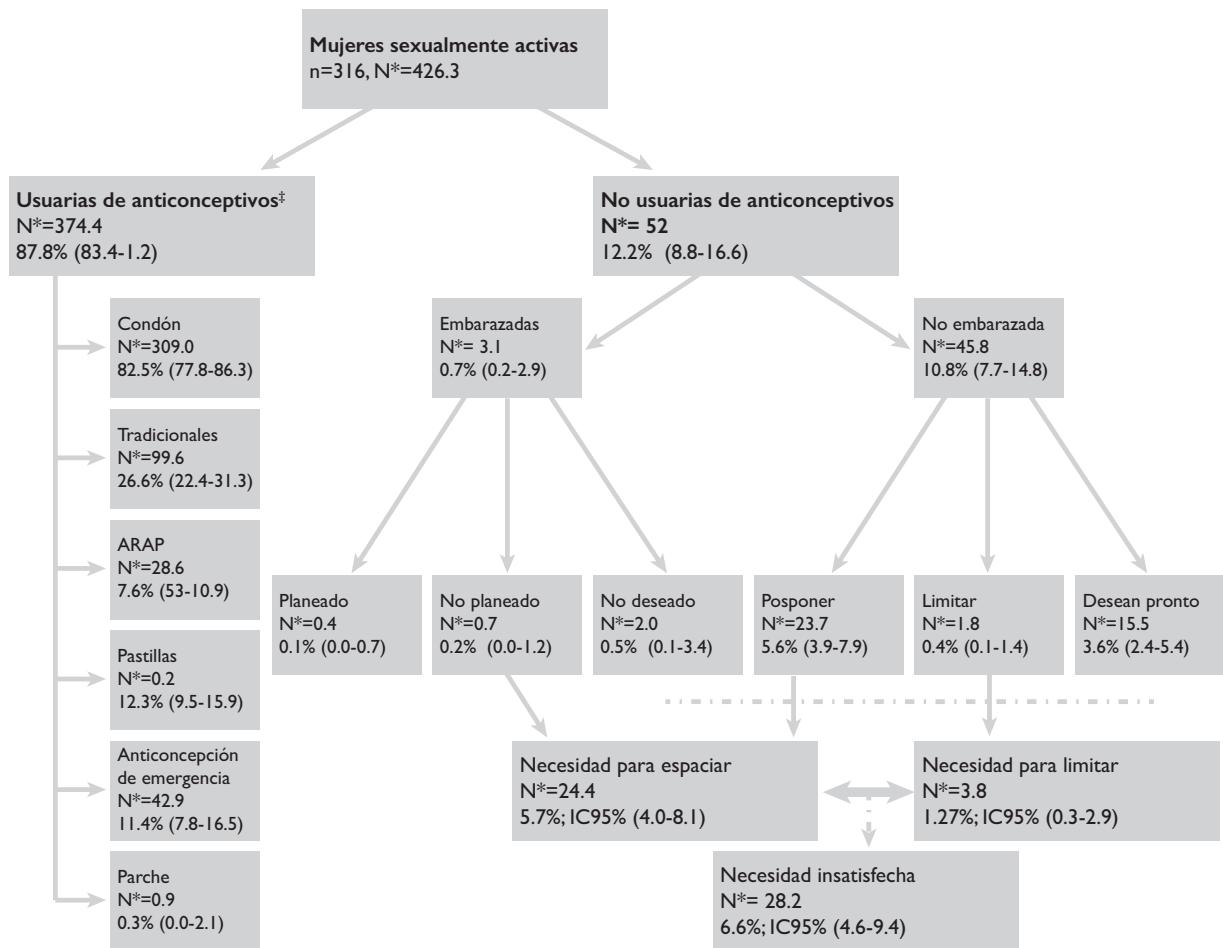
¶ La suma puede resultar en más de 100% por tener respuestas múltiples

∞ Retiro o calendario

○ Se refiere a haber tenido relaciones en los últimos tres meses al momento de la encuesta

mujeres habían iniciado ya su vida sexual (35.8% de los hombres y 19% de las mujeres, antes de los 15 años). La cuarta parte de los adolescentes declararon no haber usado anticoncepción en su primera relación sexual, y 11.1% no usó un método anticonceptivo en su última relación sexual. En relación con el inicio de la vida sexual, los ha-

llazgos de este estudio son consistentes con lo registrado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, según la cual 31.2% de los adolescentes de entre 15 y 19 años de edad habían iniciado ya su vida sexual, porcentaje similar al 36.2% de la encuesta correspondiente a este trabajo. Sin embargo, pareciera que, entre la población



* Frecuencia en miles

† La suma > 100% debido a la respuesta múltiple

ARAP: anticonceptivos reversibles de acción prolongada

FIGURA I. NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES DE 15 A 18 AÑOS SEXUALMENTE ACTIVAS QUE ASISTEN A ESCUELAS DE NIVEL MEDIO SUPERIOR. MÉXICO, 2014

adolescente escolarizada de México, el uso de métodos anticonceptivos es mayor que lo registrado en el ámbito nacional dentro del mismo grupo etario (escolarizados y no), dado que, en este grupo más amplio de adolescentes, 36.7% declaró no haber usado ningún anticonceptivo en su última relación sexual, lo que contrasta con 11.1% registrado entre los adolescentes escolarizados.³⁰

A partir de los hallazgos de este estudio, se identificaron cuatro aspectos relevantes en el uso y las necesidades de anticoncepción: la importancia del empleo de anticonceptivos en la primera relación sexual, el conocimiento sobre los anticonceptivos, la baja autoeficacia

respecto al uso y la negociación del condón y el abuso de sustancias durante las relaciones sexuales.

Para ambos sexos, el no uso de anticonceptivos en la primera relación sexual resultó ser un factor importante para el no uso de anticoncepción en eventos posteriores, en este caso en la última relación sexual. Los resultados del presente estudio son consistentes con los notificado por Uribe y colaboradores³¹ en una investigación realizada entre estudiantes de 19 a 25 años, donde se registran correlaciones positivas entre el uso del condón en la primera relación sexual y su empleo en relaciones posteriores. De acuerdo con otro

Cuadro III
MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA CON LA VARIABLE DEPENDIENTE “No uso de anticonceptivos”* EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL ENTRE ADOLESCENTES SEXUALMENTE ACTIVOS, POR SEXO. MÉXICO, 2014

		Hombres				Mujeres			
		RM (IC95%)		RM‡ (IC95%)		RM (IC95%)		RM‡ (IC95%)	
		Crudo	Valor de p	Ajustado	Valor de p	Crudo	Valor de p	Ajustado	Valor de p
N§=		483.5				392.7			
Nivel socioeconómico	Alto	1.3 (0.6- 3.0)	0.454			1.5 (0.9- 2.5)	0.098	2.9 (1.4-5.8)	0.005
	Medio/bajo (ref)	1.0				1.0		1.0	
Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual	No	10.5(5.1- 21.7)	<0.001	11.5 (5.6- 23.4)	<0.001	5.0(2.9-8.6)	<0.001	4.5 (2.3-8.4)	<0.001
	Sí (ref)	1.0		1.0		1.0		1.0	
Desconocimiento de métodos anticonceptivos efectivos	Sí	1.9 (0.8-4.4)	0.122	2.4 (1.04-5.5)	0.04	0.8 (0.5- 1.5)	0.498		
	No (ref)	1.0		1.0		1.0			
Baja autoeficacia en el uso y negociación del condón	Sí	1.6(0.4-5.6)	0.49			4.2 (2.0- 8.8)	<0.001	3.1 (1.1-8.2)	0.027
	No(ref)	1.0				1.0		1.0	
Tipo de escuela	Pública	1.1 (0.6- 2.0)	0.761			0.3 (0.2- 0.6)	0.001		
	Privada (ref)	1.0				1.0			
Casado/unido	Sí	2.0 (0.6-6.3)	0.221			2.2 (1.0-4.7)	0.047		
	No (ref)	1.0				1.0			
Uso de alcohol o droga en la última relación sexual	Sí	1.5 (0.6-3.8)	0.358			2.0 (1.1-3.8)	0.035		
	No (ref)	1.0				1.0			
Edad de inicio de vida sexual	15-18 años	2.2 (0.9- 5.2)	0.076			0.7 (0.3-1.5)	0.331		
	Antes de los 15 años	1.0				1.0			

* No uso=1, uso de anticonceptivo=0

‡ Modelo ajustado por edad del adolescente

§ Frecuencia en miles

RM: razón de momios

estudio hecho entre varones adolescentes,³² en la esfera individual el factor de mayor peso para el uso del condón en la última relación sexual es su empleo en la primera relación sexual. En otro estudio longitudinal con representatividad nacional para adolescentes de 12 a 18 años en Estados Unidos de América (n=4 024) se encontró que los que utilizaron condón en la primera relación tuvieron dos veces más posibilidades de usarlo en la última relación sexual (RM=2.28; IC95% 1.91-2.73), con un intervalo medio, entre la primera y la última relación sexual, de 23 meses.³³ Otro análisis de los mismos datos longitudinales, pero que abarcó más mediciones, también encontró que 6.8 años (en promedio) después de la iniciación sexual, era más probable que los adolescentes que usaron condón en la primera relación también lo hicieran en la última.³⁴ Los autores de estos dos últimos estudios plantean como explicación que el empleo temprano del preservativo crea un vínculo cognitivo entre actividad sexual y uso del condón, lo

cual produce el hábito de usar este método anticonceptivo y en general la tendencia de tomar decisiones más sanas respecto a la actividad sexual. Adicionalmente, la presente investigación encontró una asociación entre el no uso de anticonceptivos en la primera relación sexual y experimentar necesidades insatisfechas en el tema de la anticoncepción.

Entre los hombres adolescentes, la falta de uso de anticoncepción durante la última relación sexual se asoció fuertemente con el desconocimiento sobre la efectividad de los métodos anticonceptivos. Este resultado es consistente con los hallazgos del estudio realizado por Casique,³⁵ según el cual el uso de anticonceptivos está asociado con los conocimientos que los adolescentes tienen sobre los mismos. Adicionalmente, el presente estudio muestra que las brechas en los conocimientos de métodos anticonceptivos representan una importante área de oportunidad para intervenciones en este tema, pues 16.4% de los adolescentes escolarizados

Cuadro IV
MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA CON LA VARIABLE DEPENDIENTE “NECESIDADES INSATISFECHAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS”, EN MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS QUE ASISTEN A ESCUELAS DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR. MÉXICO, 2014

		RM (IC95%) Crudo	Valor de p	RM* (IC95%) Ajustado	Valor de p
	<i>N</i> [‡] =			389.6	
Nivel socioeconómico	Alto	0.8 (0.5-1.3)	0.361		
	Medio/bajo (ref)	1.0			
Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual	No	15.0 (4.3-51.7)	<0.001	9.0 (2.5-32.4)	0.001
	Sí (ref)	1.0		1.0	
Desconocimiento de métodos anticonceptivos efectivos	Sí	1.5 (0.8-2.9)	0.231		
	No (ref)	1.0			
Baja autoeficacia hacia uso y negociación del condón	Sí	8.0 (4.1-15.7)	<0.001	3.5 (1.3-9.4)	0.015
	No (ref)	1.0		1.0	
Tipo de escuela	Pública	0.5 (0.3-0.9)	0.025		
	Privada (ref)	1.0			
Casado/unido	Sí	0.6 (0.7-6.0)	0.696		
	No (ref)	1.0			
Uso de alcohol o droga en la última relación sexual	Sí	3.7 (1.8-7.7)	0.001	3.0 (1.1-8.1)	0.033
	No (ref)	1.0		1.0	
Edad de inicio de vida sexual	Antes de los 15 años	0.6 (0.3-1.1)	0.096		
	15-18 años (ref)	1.0			

* Modelo ajustado por edad del adolescente

† Frecuencia en miles

RM: razón de momios

que iniciaron su vida sexual y 12.1% de los que no la han iniciado tienen conocimientos incorrectos sobre los métodos anticonceptivos; es decir, señalan como más efectivos los métodos tradicionales (retiro, ritmo y uso de espumas y óvulos), lo cual refleja el vacío de conocimiento en el tema.

Estudios previos han notificado que los jóvenes que perciben los beneficios del condón son más propensos a utilizarlo en sus relaciones sexuales.³⁶ En la presente investigación se encontró que la baja autoeficacia respecto al uso y la negociación del condón incrementó cuatro veces el riesgo de no usar métodos anticonceptivos durante la última relación sexual en el caso de las mujeres. Lo anterior es congruente con el trabajo de Potard y colaboradores donde se afirma que las actitudes individuales son uno de los mejores predictores de la intención de uso del condón principalmente en las mujeres.³⁷ También se ha reportado que en mujeres de 19 y 25 años las actitudes positivas hacia el uso del condón y la negociación para su empleo son los mejores predictores de la utilización de ese anticonceptivo.³⁸ Adi-

cionalmente, el presente estudio encontró una asociación entre la baja autoeficacia respecto al uso y la negociación del condón y tener necesidades insatisfechas en el tema de la anticoncepción.

Asimismo, existen otras circunstancias asociadas al no uso de anticonceptivos durante las relaciones sexuales. Esta investigación mostró una asociación entre el consumo de alcohol o drogas durante la relación sexual y presentar necesidades insatisfechas, es decir no querer embarazarse y no estar utilizando algún método anticonceptivo. En otras publicaciones se ha mostrado que la ingesta de bebidas alcohólicas y el uso de drogas están asociados a prácticas de sexo inseguro.^{39,40} Este tema es importante en términos de política pública centrada en temas de salud de la población adolescente. Encuestas específicas realizadas entre población estudiantil y en el ámbito de las adicciones han señalado que cerca de la cuarta parte de los estudiantes de bachillerato han consumido drogas en el último mes (28.4% en el caso de los hombres y 21.9% en el de las mujeres)⁴¹ y que más de la mitad de los estudiantes de bachillerato declararon

haber consumido bebidas alcohólicas en el último año (56.5% para los hombres y 52.1% para las mujeres).⁴²

Es importante mencionar que las necesidades insatisfechas no siempre son calculadas de la misma manera,²⁵ ello depende de la forma en que en la encuesta se plantean las preguntas y de la población objetivo que se considere. Por lo general, el cálculo se ha realizado en mujeres unidas, y por lo mismo las cifras registradas no son necesariamente comparables con lo que se notifica en este estudio, que se realizó en población estudiantil, particularmente entre mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años. El grupo de investigadores que intervino en la presente investigación decidió utilizar el esquema propuesto por Mendoza y colaboradores¹⁸⁻²⁰ porque se enfoca en población adolescente y no necesariamente con el requisito de que exista una unión, lo que a nuestro juicio es aplicable a la realidad de las mujeres adolescentes sexualmente activas.

Asimismo, hay que mencionar algunas limitaciones de este estudio, como la imposibilidad de identificar a las mujeres amenorreicas, ni aquéllas que se embarazaron por fallas del método anticonceptivo. Asimismo, el tamaño de la muestra para el análisis de las necesidades insatisfechas es pequeño. A pesar de tales limitaciones, este estudio presenta información novedosa a partir de una encuesta nacional realizada entre estudiantes del nivel medio superior que permite tener un panorama del uso de anticoncepción en adolescentes escolarizadas; además, los resultados mostrados en este trabajo son importantes para focalizar la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva entre adolescentes escolarizados.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Consejo Nacional de Población. Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 [monografía en internet]. México: CONAPO [consultado 2016 octubre]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Tasa_Global_de_Fecundidad_y_Tasa_de_Fecundidad_Adolescente_2009_y_2014
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Natalidad. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años), 1990 a 2015 [base de datos en internet]. México: INEGI, 2016 [consultado 2017 abril 28]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisep/Default.aspx?t=mdemo28&s=est&c=17527>
3. Suárez L, De la Vara E, Villalobos A, Flores L. Salud reproductiva. En: Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012: 79-86.
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez [monografía en internet]. Nueva York: United Nations Population Fund, 2013 [consultado 2017 enero]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
5. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 2002;11(3):192-205. <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892002000300013>
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Adolescents and long-acting reversible contraception: Implants and intrauterine devices. ACOG Committee opinion No. 539. Obstet Gynecol 2012;120(4):983-988. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182723b7d>
7. Garza-Flores J, Morales del Olmo A, Fuziwara JL, Figueroa JG, Alonso A, Monroy J, Pérez M et al. Introduction of Cyclofem once-a-month injectable contraceptive in Mexico. Contraception 1998;58(1):7-12. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-7824\(98\)00062-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-7824(98)00062-6)
8. Canto De Cetina TE, Canto P, Ordoñez M. Effect of counseling to improve compliance in Mexican women receiving depot-medroxyprogesterone acetate. Contraception 2001;63(3):143-146. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-7824\(01\)00181-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-7824(01)00181-0)
9. Valdivia-Ibarra R, Lombana-Ruiz J, Lazcano-Ponce E, Rojas-Martínez R, eds. Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.
10. Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. Contraception 2010;82(2):178-182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.2658>
11. Rose SB, Cooper AJ, Baker NK, Lawton B. Attitudes toward long-acting reversible contraception among young women seeking abortion. J. Women's Health 2011;20(11):1729-1735. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2010.2658>
12. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol 2010;203(2):115.e1–115.e7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.04.017>
13. Halpern V, Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. Cochrane Database Syst Rev 2011;10(4):CD004317. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004317.pub3>
14. Bradley SE, Casterline JB. Understanding unmet need: history, theory, and measurement. Stud Fam Plann 2014;45(2):123-150. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00381.x>
15. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development. Cairo, 5-13 September 1994 [monografía en internet]. Nueva York: UN, 1995 [consultado 2017 abril 28]. Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_eng_2.pdf
16. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas [página de internet]. OMS;©2017 [consultado 2017 abril 28]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
17. Singh S y Darroch JE. Adding it up: Costs and benefits of contraceptive Services. Estimates for 2012 [monografía en internet]. Nueva York: Guttmacher Institute/United Nations Population Fund, 2012 [consultado 2017 abril 28]. Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/aiu-2012-estimates_0.pdf
18. Mendoza-Victorino D, Sánchez-Castillo M, Hernández-López MF, Mendoza-García ME. Nuevas estimaciones de las necesidades insatisfechas de anticoncepción en México. México: Consejo Nacional de Población, 2010.
19. Ochoa B. Necesidades insatisfechas de anticoncepción en México: análisis de las tendencias recientes y las diferencias regionales persistentes (tesis). México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2012.
20. Mendoza-Victorino D, Sánchez-Castillo M, Hernández-López MF, Mendoza-García ME. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes: análisis de sus niveles, tendencias y componentes. En: Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2010. México: CONAPO, 2010: 25-36.

21. Derroch JE, Frost JJ, Singh S. Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries. Can more progress be made? [monografía en internet]. Nueva York/Washington, D.C.: The Alan Guttmacher Institute, 2001 [consultado 2017 abril 28]; Occasional Report, núm. 3. Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/eurosynth_rpt.pdf
22. Pacheco-Sánchez CI. Embarazo en menores de quince años: los motivos y la redefinición del curso de vida. *Salud Pública Mex* 2016;58(1):56-61. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i1.7668>
23. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública Mex* 2015;57(2):135-143. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v57i2.7409>
24. Rojas R, De Castro F, Villalobos A, Allen-Leigh B, Romero M, Braverman-Bronstein A, Uribe P. Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública Mex* 2017;59(1):19-27. <http://dx.doi.org/10.21149/8411>
25. Bradley SEK, Croft TN, Fishel JD, Westoff ChF. Revising unmet need for family planning. Calverton, Maryland: ICF International, 2012; DHS Analytical Studies, núm. 25.
26. Helweg-Larsen M, Collins BE. The UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale: documenting the complex determinants of condom use in college students. *Health Psychol* 1994;13(3):224-237. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.13.3.224>
27. Cleland J. Illustrative questionnaire for interview-surveys with young people [monografía en internet]. World Health Organization, 2017 [consultado 2017 abril 28]. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/questionnaire.pdf
28. Eggers SM, Aaro LE, Bos AE, Mathews C, De Vries H. Predicting condom use in South Africa: a test of two integrative models. *AIDS Behav* 2014;18(1):135-145. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-013-0423-2>.
29. Díaz-Acosta R, Shiba-Matsumoto AR, Gutiérrez JP. Medición simplificada del nivel socioeconómico en encuestas breves: propuesta a partir de acceso a bienes y servicios. *Salud Pública Mex* 2015;57(4):298-303. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v57i4.7572>
30. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, De la Vara E, De Castro F, Schiavon-Ermani R. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública Mex* 2013;55 suppl 2:S235-S240. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55s2.5120>
31. Uribe JI, Amador G, Zacarías X, Villarreal L. Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 2012;10(1):481-494.
32. Suárez L. Educación sexual y uso del condón en la última relación sexual en adolescentes de Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Puebla y San Luis Potosí (tesis). Cuernavaca: Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos, 2015.
33. Shafii T, Stovel K, Holmes K. Association between condom use at sexual debut and subsequent sexual trajectories: A longitudinal study using biomarkers. *Am J Public Health* 2007;97(6):1090-1095. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2005.068437>
34. Shafii T, Stovel K, Davis R, Holmes K. Is condom use habit forming?: Condom use at sexual debut and subsequent condom use. *Sex Transm Dis* 2004;31(6):366-372. <http://dx.doi.org/10.1097/00007435-200406000-00010>
35. Casique I. Conocimiento y uso de anticonceptivos entre los jóvenes mexicanos. El papel del género. *Estudios Demográficos y Urbanos* 2011; 26(3):601-637.
36. Planes M, Prat FX, Gómez AB, Gras ME, Font-Mayolas S. Ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual. *Anales de Psicología* 2012; 28(1): 161-170.
37. Potard C, Courtis R, Samedy ML, Mestre B, Barakat MJ y Réveillére C. Determinants of the intention to use condoms in a sample of French adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2012;17(1):55-64. <http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2011.634455>
38. Gakumo CA, Moneyham LD, Enah CC, Childs GD. The moderating effect of sexual pressure on young urban women's condom use. *Res Nurs Health* 2012;35(1):4-14. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20465>
39. Moreno D, Rivera B, Robles S, Barroso R, Frías B, Rodríguez M. Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde un análisis contingencial. *Psicol Salud* 2008;18(2):207-225.
40. Sanchez ZM, Nappo SA, Cruz JI, Carlini EA, Carlini CM, Martins SS. Sexual behavior among high school students in Brazil: Alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. *Clinics* 2013;68(4):489-494. [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2013\(04\)09](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2013(04)09)
41. Villatoro-Velázquez JA, Oliva-Robles N, Fregoso-Ito D, Bustos-Gamiño M, Mújica-Salazar A, Martín del Campo-Sánchez R, et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014. Reporte de drogas. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/ Comisión Nacional contra las Adicciones/Secretaría de Salud, 2015.
42. Villatoro-Velázquez JA, Oliva-Robles N, Fregoso-Ito D, Bustos-Gamiño M, Mújica-Salazar A, Martín del Campo-Sánchez R, et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014. Reporte de alcohol. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/ Comisión Nacional contra las Adicciones/Secretaría de Salud, 2015.