



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

---

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCÓYOTL

LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA  
PARA PREVENIR EMBARAZOS NO DESEADOS E INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS).

## TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PRESENTA:

ANAHI MAGALI LARA BRAVO

ASESOR:

DR. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUIZ

Nezahualcóyotl, Abril 2018

## **DEDICATORIA**

*A mi madre, eres una mujer que simplemente me hace llenar de orgullo, te amo y no va haber manera de devolvarte tanto que me has ofrecido desde apoyarme a las largas noches de desvelo y aplaudir cada logro personal dentro de la licenciatura; por esas porras de decirme tu puedes con eso y más; esta tesis es un logro más que llevo a cabo, y sin lugar a duda ha sido en gran parte gracias a ti no sé dónde me encontraría de no ser por tus ayudas, tu compañía y tu amor. Te doy mis más sinceras gracias.*

*A mi padre por haber estado físicamente a mi lado en un largo pero gran año de mi formación profesional, por cuidarme el resto de la misma siempre desde el cielo y no apartarse de mi lado, hoy este logro también es tuyo y sé que desde arriba celebras conmigo un logro más, pero estoy segura que celebras aún más el crecimiento inigualable que como persona eh alcanzado.*

*A mi hijo por haber llegado a darme alegría, amor, paciencia, y por ser el más grande motor que me impulso a seguir con mi formación profesional; por ayudarme a crecer como persona, y por siempre brindarme una sonrisa cuando más la necesite, por darle luz a mi vida y porque este logro es para ti principalmente, te amo hijo.*

*A mis hermanos por ayudarme a descubrir la fuerza que tengo para sobre salir a los problemas que se me presentaron en el transcurso de mi carrera, por ayudarme a creer en mí y sobre todo por enseñarme que la constancia y la perseverancia propia me llevarán muy lejos.*

*A mis amigos por estar conmigo cuando no podía, por darme una palmada en la espalda de aliento y decir: si puedes; por enseñarme a no ponerme límites y por estar en cada risa, cada festejo, cada lagrima y cada que los necesité.*

*A todos aquellos que no creyeron en mí, aquellos que esperaban mi fracaso en cada paso que daba hacía la culminación de mis estudios, a aquellos que nunca esperaban que lograría terminar mi licenciatura, a aquellos que apostaban a que me rendiría a medio camino, a todos los que supusieron que no lo lograría, a todos ellos les dedico esta tesis con todo mi amor y respeto, gracias.*

## AGRADECIMIENTOS

*El amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban mis padres por mi avance y desarrollo de esta tesis y de todo el periodo de mi estancia en la universidad.*

*Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, agotadoras noches en las que su compañía y la llegada de sus cafés que para mí eran como agua en el desierto, gracias a mi padre por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron y seguirán haciéndolo durante mi vida.*

*A mi hijo por ser lo mejor de mi vida, por ser el motor que necesitaba para seguir luchando por cada sueño, por su paciencia de esperarme cada tarde a comer y a pasar un rato conmigo.*

*Dr. Esteban Jaime Camacho Ruiz, gracias por su paciencia, dedicación, motivación, aliento y apoyo a la ejecución de esta presente tesis.*

*A mis profesores, que a lo largo de mi carrera me han inculcado conocimientos y valores, consolidando de esta manea mi formación profesional.*

*Gracias a Dios por la vida de mis padres, también porque bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé que más me aman, y a las que yo sé que más amo en mi vida, gracias a Dios por permitirme salir todo este tiempo de casa confiando que regresaría con bien.*

*Gracias a todas las personas que me apoyaron, que creyeron en mi pero sobre todo gracias a todas aquellas que siempre dudaron de mi capacidad para culminar mi licenciatura, gracias porque también por ellos tuve la garra y el orgullo, y ahora la satisfacción de decir: si se pudo.*

*Gracias a la Universidad Autónoma del Estado de México que me abrió sus puertas para desarrollarme y crecer personal y profesionalmente.*

# INDICE

Resumen.....	7
Introducción.....	9
<b>Capítulo I Planteamiento del problema.....</b>	<b>13</b>
1.1 Justificación.....	15
1.2 Objetivos.....	18
1.3 Hipótesis.....	19
<b>Capítulo II Marco teórico.....</b>	<b>20</b>
2.1 Definiciones.....	20
2.2 Clasificación de métodos anticonceptivos.....	26
2.2.1 Anticonceptivos orales (pastillas).....	26
2.2.2 Inyecciones.....	28
2.2.3 Anillo Anticonceptivo Vaginal.....	28
2.2.4 Hormonal Subdérmico o Implante.....	29
2.2.5 Hormonal Transdérmico o Parche.....	30
2.2.6 Dispositivo Intrauterino (DIU).....	31
2.2.7 Calendario (ritmo).....	31
2.2.8 Moco Cervical.....	32
2.2.9 Temperatura Basal.....	33
2.2.10 Coito Interrumpido.....	34
2.2.11 Condón Masculino.....	35
2.2.12 Condón Femenino.....	36
2.2.13 Salpingoclasía.....	37
2.2.14 Vasectomía.....	37
2.3 Infecciones de transmisión sexual.....	40
2.3.1 Siflis.....	40
2.3.2 Gonorrea.....	40
2.3.3 Clamidia.....	41

2.6 Epidemiología.....	43
2.7 Factores de riesgo.....	47
2.7.1 factores familiares.....	47
2.7.2 Grupo de amigos.....	48
2.7.3 Factores individuales.....	49
2.7.4 Socioeconómicos.....	52
2.7.5 Institucionales.....	53
2.7.6 Factores de protección.....	56
2.8 Factores Determinantes.....	60
2.8.1 Factores de riesgo individuales.....	60
2.8.2 Factores familiares.....	61
2.8.3 Factores psicosociales.....	63
2.9 Modelo explicativo.....	65
2.10 Teorías Educativas.....	74
2.10.1 Teoría del aprendizaje significativo.....	74
2.10.2 Teoría de la acción razonada (TAR).....	79
2.10 Intervenciones preventivas.....	84
<b>Capítulo III Método.....</b>	<b>90</b>
<b>Capítulo IV Resultados.....</b>	<b>95</b>
4.1 Estadísticos descriptivos.....	95
4.2 Estadísticos inferenciales.....	96
<b>Capítulo V.....</b>	<b>97</b>
5.1 Análisis y discusión.....	97
<b>Capítulo VI.....</b>	<b>102</b>
6.1 Conclusiones.....	102
6.2 Limitaciones.....	104
6.3 Propuestas.....	105

<b>Referencias</b> .....	106
<b>Anexos</b> .....	110
• Cuestionario para investigar la información que poseen los Adolescentes sobre métodos anticonceptivos.....	110
• Manual de intervención “conozco, aprendo y luego toco”.....	114
• Consentimiento Informado.....	143
• Asentimiento informado.....	144

## LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

- Clasificación de los métodos anticonceptivos .....25
- Modelo de efectos directos e indirectos de la asertividad sexual, aceptación del uso del condón y enamoramiento en el uso de condón con relaciones sexuales de hombres. ....67
- Modelo de los efectos directos de la asertividad, aceptación del uso del condón y enamoramiento sobre el uso de condón en relaciones sexuales en mujeres adolescentes.....69
- Tabla contenido del programa.....91
- Distribución de la muestra por edad.....93
- Distribución de la muestra por sexo.....94
- ANOVA de medidas repetidas.....95

## Resumen

La sexualidad es un conjunto de manifestaciones y expresiones biológicas, psicológicas y socioculturales, que nos hacen diferentes a otros seres humanos, ya que nos particularizan como hombre o mujer dentro de nuestro grupo social.

Desde otra óptica, la sexualidad se puede definir como un conjunto de características especiales, externas e internas, que poseemos los individuos y que determinan nuestro sexo; desde el psicoanálisis, la sexualidad es un conjunto de manifestaciones que abarcan el placer ligado al funcionamiento del aparato genital y los placeres ligados al ejercicio de una función sexual, acompañados del apoyo de un placer inmediato (Warren, 1998).

La adolescencia es considerada la etapa más sana de la vida humana, pero son las etapas más vulnerables hasta que se llega a ser adulto, porque día a día se enfrentan a varios problemas de salud, que impiden su desarrollo integral (Organización Mundial de la Salud <OMS, 2015>).

Teniendo en cuenta todo lo anterior hay que reconocer que existen riesgos de la condición biológica, riesgos de comportamiento y exposición a riesgos medio-ambientales o del entorno. Es por ello que se recomienda tomar medidas preventivas que incluyan al grupo familiar y al entorno, para realizar acciones de educación, atención y prevención, que permitan detectar factores de riesgo y protectores para intervenir oportunamente en su aspecto físico, intelectual, emocional, espiritual, mental y social; de esta forma garantizar un crecimiento y desarrollo normal y saludable (Orjuela, 2009).

Los adolescentes son considerados un grupo vulnerable, por todos los cambios a los que se enfrentan, por esta razón se realizó un programa para prevenir dos de

los muchos problemas más frecuentes es esta etapa como son los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.

Lo anterior se llevó a cabo con ayuda de un manual de intervención que consta de diez sesiones, dirigido a una población de adolescentes de una preparatoria oficial de primer grado. Con el propósito de construir una cultura que adopte una sexualidad responsable, libre y sana.

La muestra de dicha intervención incluyó 60 alumnos de género femenino y masculino de tercer año de una Escuela Preparatoria Oficial del municipio de Chimalhuacán, las edades actuaron en 14 y 16 años, turno matutino, utilizando 30 alumnos para grupo de intervención y 30 para un grupo control, intervención que incluyó una pre y post prueba las cuales se llevaron a cabo con un cuestionario de 50 ítems, con una escala tipo Likert para investigar la información que poseen los adolescentes sobre métodos anticonceptivos (Félix, 2008).

Analizando la utilización de los métodos de prevención de las ITS antes y después de la intervención, como resultado se pudo afirmar que en ambos momentos predominó la respuesta afirmativa, pero después de la intervención el grupo se incrementó pasando de un 22.50 como media a un 35.29; y como significancia (P) .00. Como conclusión se obtuvo que la intervención educativa logró elevar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual.

## Introducción

La salud pública construye su objeto de estudio y acciones sobre el proceso salud-enfermedad en los distintos grupos de la población, y de esta forma que surgieron intervenciones agrupadas en el “Programa materno-infantil” desde los años 50 que básicamente se dirigieron al control del embarazo y el parto. En los niños, la aplicación de vacunas y otros programas como el de vigilancia del crecimiento, el nexo entre el programa materno infantil y el quehacer de salud pública están dirigidos a grupos específicos y con un fuerte componente preventivo (García, citado en González, Castro y Moreno, 2011).

El posible éxito de los programas de salud sexual y reproductiva requiere de acciones integradas: 1) Reconocimiento y atención de los problemas; 2) Desarrollo de una cultura que legitime una serie de derechos que serán reales a través de la educación; 3) Que estos derechos se encuentren en las legislaciones; 4) Su aplicación en una práctica médica humanista y ética; 5) La no discriminación de ningún tipo, y 6) La existencia de programas específicos a grupos de adolescentes (González et al., 2011).

La adolescencia es considerada la etapa más sana de la vida humana, pero son las etapas más vulnerables hasta que se llega a ser adulto, porque día a día se enfrentan a varios problemas de salud, que impiden su desarrollo integral (Organización Mundial de la Salud <OMS>, 2015).

La educación para la salud no solo debe estar enfocada a la prevención de ITS (infección de transmisión sexual), embarazos adolescentes, y demás problemáticas que en esta etapa se presenten, también hay que buscar y desarrollar los potenciales en los aspectos físicos, psicológicos, morales, reforzar la autoestima, y el conocimiento para el autocuidado (Orjuela, 2009).

Las ITS y los embarazos no deseados es una problemática mayor en el grupo de población adolescente comprendido entre las edades de 10 a 29 años, en esta población ocurre entre otras cosas como consecuencia de que muchos de los jóvenes desconocen que están infectados, el alto costo de los medicamentos cuando se dispone un tratamiento, la ausencia de campañas preventivas, de programas y de educación sexual (Torres et al., 2011).

El uso de métodos de planificación familiar permite a una pareja tomar una decisión responsable sobre cuántos hijos puede tener y mantener, al tiempo que permite tener la posibilidad de disfrutar del placer de la comunicación física y mental por medio de la sexualidad (González, Castro y Moreno, 2011).

Por otro lado el concepto de educación sexual se concibe como el proceso educativo unido a la formación integral de niños y jóvenes, que apunta a la autogestión en un marco de educación permanente, y que participa con información científica y mecanismos de reflexión para incorporar la sexualidad de forma responsable, saludable y enriquecedora en todas las etapas de la vida de acuerdo con el marco económico, histórico, social y cultural en que se vive (Torres, 2011).

La mayoría de las investigaciones realizadas indican que las conductas sexuales en la adolescencia suelen ser cada vez más frecuentes y precoces, y que en la primera relación sexual no suelen utilizarse ningún tipo de método anticonceptivo ni para prevenir un embarazo no deseado y alguna ITS (Torres, 2011).

En la actualidad, dos de los problemas médico sociales más importantes que afectan a la juventud son el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual, donde el uso de métodos anticonceptivos puede servir como solución para ambos. Si bien muchos de estos métodos son conocidos por los

adolescentes, la mayoría no los utiliza debido a la falta de información adecuada, a la vergüenza de adquirirlos, y a la carencia de servicios de salud y consejería que les garanticen una privacidad y confidencialidad merecidas (Torres, 2011).

Entendiendo la educación sexual como el proceso de adquisición de actitudes y creencias sobre el sexo, identidad sexual, las relaciones y la intimidad, con el fin de incorporar la sexualidad de forma plena, saludable y enriquecedora en todas las etapas de la vida. Es un término que se usa para describir la educación acerca de todo lo referente a la sexualidad humana: la fisiología y anatomía de los genitales, la orientación sexual, los preservativos, la higiene sexual, etcétera (Fainsod & Paula, 2006).

El papel de la educación en la sexualidad es de suma importancia por la falta de información, las malas condiciones de vida, la pobreza y la enfermedad están estrechamente vinculadas entre sí, esto es, que existe una relación directa entre nuestro nivel de escolaridad y nuestras posibilidades laborales, económicas, el tipo de pareja que deseamos e incluso la susceptibilidad a ciertas enfermedades (Fainsod et al., 2006).

Por lo anterior el propósito a largo plazo de la investigación fue incrementar los conocimientos de métodos anticonceptivos y conocer las infecciones de transmisión sexual mediante un programa de salud sexual impartido por un educador para la salud. Teniendo como finalidad a futuro en la vida de los adolescentes con el programa de intervención se disminuyan embarazos adolescentes e infecciones de transmisión sexual

Para cumplir este propósito, en el capítulo I se habla del planteamiento del problema, cuales son los factores que influyen en que los adolescentes no utilicen un método anticonceptivo en cada relación sexual, la justificación, los objetivos de

dicha investigación y una hipótesis que se plantea antes de iniciar la intervención; en el capítulo II se encuentra el marco teórico y dentro de este tenemos definiciones para poder entender más conceptos que son utilizados dentro de la investigación; descripción de los métodos anticonceptivos así como su clasificación, los tipos y se habla también de las infecciones de transmisión sexual; la epidemiología y los factores de riesgo así como los familiares, grupo de amigos, factores individuales, socioeconómicos, institucionales; factores de protección; determinantes, el modelo explicativo de los adolescentes y los métodos anticonceptivos y la intervención propia. Dentro del capítulo III se habla del método que se llevó a cabo para la intervención; capítulo VI se encuentran los resultados obtenidos en la investigación y en la intervención ya implementada con el programa estadístico SPSS, se anexan los estadísticos descriptivos y los inferenciales; por último en el capítulo V se encuentran las conclusiones. Posteriormente las referencias y los anexos utilizados.

## Capítulo I. Planteamiento del problema

La falta de información, el desinterés y desconocimiento de anticonceptivos, ausencia de la asesoría, consejería deficiente, la postura de algunas religiones, barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por inexistencia de servicios, los costos, las diferencias culturales, lingüísticas y la inequidad de género representa factores particularmente importantes para el uso adecuado de anticonceptivos.

En la actualidad, los jóvenes acuden a los centros de salud sexual cuando ya tienen algún problema, y no se suelen acercar para ver cómo pueden evitar tener problemas. La idea de prevenir, entonces, parece que no había calado tanto. Por otro lado, la menor presencia cuantitativa de los formadores repercute en el impacto cualitativo de la educación, los adolescentes están llenos de mitos, de falsas creencias, de rumores, de medias verdades en cuanto al sexo. En lo anterior radica la importancia de las investigaciones preventivas para terminar poco a poco con esos mitos que tienen los adolescentes, falsas creencias, rumores que con los medios de comunicación se van creando, con la influencia que tienen entre pares para no utilizar métodos anticonceptivos ya sea en su primera relación sexual o en las siguientes, la idea de no dar la misma importancia a un embarazo que a una infección, lo anterior son ejemplos por lo que los adolescentes no hacen un uso adecuado de anticonceptivos.

La educación para la salud es parte fundamental de la “promoción de la salud”, ya que es una manera de garantizar mejor calidad de vida y bienestar de la población, fomentando una cultura de autocuidado de la salud, del entorno y de la comunidad. Es también transmisión de información que pretende generar transformación colectiva, empoderamiento, participación, estimular en el individuo nuevas formas de pensar y de actuar para que modifique los factores que influyen

en su bienestar y en su calidad de vida. Lo que procura es conducir al individuo a un proceso de cambio de actitud para que en medio de su colectividad aplique las medidas preventivas que le permitan mejorar las condiciones de salud y su calidad de vida.

Por lo anterior se elaboró la siguiente pregunta: ¿La implementación de un programa de educación sexual sobre el uso de métodos anticonceptivos incrementó el conocimiento que tienen los jóvenes sobre dichos métodos?

## 1.1 Justificación

La adolescencia es una etapa de la vida llena de cambios desde el punto de vista biológico, psicológico y social, por lo que es importante el elegir estilos de vida saludables, que le faciliten una conservación de la salud y evitar las conductas de riesgo (Instituto de salud pública, 2003).

Como ya sabemos existen tres niveles de prevención, este programa se enfoca en la prevención primaria que es la encargada de promover y tomar medidas específicas que permitan evitar enfermedades y conductas de riesgo como tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos, tener múltiples parejas sexuales, tener una pareja de alto riesgo. (Piedrola, 2001).

El adolescente está expuesto a contraer una infección de transmisión sexual, considerando que según las estadísticas los adolescentes inician su vida sexual activa en un promedio de edad de 14 a 19 años, aunque se ha incrementado entre la población de adolescentes el uso de método anticonceptivo, todavía no se ha fomentado la cultura de utilizar un método que nos ayude a no contraer una ITS o un embarazo no deseado (Orjuela, 2009).

Este programa está diseñado con el objetivo de evaluar un programa de educación sexual en términos de una educación sexual, para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescentes, para fomentar una cultura de utilizar los métodos anticonceptivos en cada relación sexual, para evitar contraer una ITS o un embarazo no deseado.

El educador para la salud tiene un papel fundamental en este caso que se habla de educación sexual pues es capaz de ayudar a los individuos a que puedan:

- Definir sus propios problemas.
- Comprender lo que pueden hacer acerca de esos problemas con sus propios recursos con el apoyo exterior.
- Decidir cuál es la acción más apropiada para fomentar una vida sana el bienestar de la comunidad.
- Ayudar a una toma de decisiones adecuada.
- Que los adolescentes tengan un plan de vida.
- Aprendan a identificar los riesgos de conductas no saludables.

En los últimos años se ha demostrado que el incremento de embarazos adolescentes cada vez es mayor, y las edades ya oscilan a partir de los 15 años de edad hasta los 19; cifras que deberían preocupar a los servicios de salud de nuestro país pues debido a una decadencia o recortes al tema de salud también se está descuidando esta parte de la atención en los centros de planificación también decayó. Hace poco más de diez años había más consultas y eran más accesibles. Hoy, el acceso a otros métodos anticonceptivos regulares que no sean el preservativo es bastante escaso y difícil, tanto porque se han limitado los espacios a los que los adolescentes y los jóvenes podían acudir con confianza y libertad, como porque el control social permanece y siguen prefiriendo evitar al médico y al centro de salud de la familia. En la actualidad, los jóvenes acuden a los centros de salud sexual cuando ya tienen algún problema, y no se suelen acercar para ver cómo pueden evitar tener problemas. La idea de prevenir, entonces, parece que no había sido tan importante como en la actualidad.

Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 indican que 44.9% de las adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activas, declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual. Para 2013, 83.9% del total de egresos hospitalarios en mujeres de 15 a 19

años, se relacionan con causas obstétricas: embarazo, parto y/o puerperio (ENADID, 2014).

Durante 2014, de las mujeres embarazadas de 19 años de edad, 30.6% no recibieron consultas prenatales. Durante 2013, del total de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que presentaron un aborto, 18.7% son adolescentes (INEGI, 2016).

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

Evaluar el impacto de un programa de educación sexual para aumentar conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

1. Identificar el conocimiento que tienen los adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos.
2. Diseñar un programa de educación sexual que ayude a los adolescentes a concientizarse sobre el uso de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados e ITS.
3. Implementar el programa diseñado.

## **1.3 Hipótesis**

### **1.3.4 Alterna**

La implementación de un programa de educación para la salud modificó los conocimientos de los adolescentes sobre métodos anticonceptivos en los participantes del grupo con intervención.

### **1.3.5 Nula**

La implementación de un programa de educación para la salud no modificó los conocimientos de los adolescentes sobre métodos anticonceptivos en los participantes del grupo con intervención.

## Capítulo II. Marco Teórico

### 2.1 Definiciones

La Secretaría de Salud (1993) en la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar menciona lo siguientes términos:

**Adolescencia:** etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años (Pineda & Aliño).

**Anticoncepción:** Práctica dirigida a evitar la fecundación (OMS, 2009).

**Calidad de Vida:** Conjunto de variables que aluden al bienestar de todas las facetas el hombre, atendiendo a la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas (OMS, 2009).

**Contagio:** transmisión de una enfermedad infecciosa de un individuo enfermo a uno sano, mediante la difusión de gérmenes patógenos.

**Educación para la salud:** cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten (OMS, 1983).

**Educación sexual:** proceso educativo unido a la formación integral de niños y jóvenes, que apunta a la autogestión en un marco de educación permanente, y que participa con información científica y mecanismos de reflexión para incorporar

la sexualidad de forma plena, saludable y enriquecedora en todas las etapas de la vida de acuerdo con el marco económico, histórico, social y cultural en que se vive (OMS, 2008).

**Embarazo adolescente:** el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen (Torres et al., 2011).

**Embarazo:** Según la OMS el embarazo inicia cuando termina la implantación y concluye con la expulsión de la placenta (OMS, 2008).

**Eyacuación:** lanzamiento con fuerza del contenido de un órgano, cavidad o depósito, especialmente de semen.

**Fértil:** que está en condiciones de reproducirse.

**Implantación:** proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización. Entonces el blastocito penetra el epitelio uterino e invade el estroma. El proceso se completa cuando la protuberancia villi y el defecto en la superficie del epitelio se cierra. Esto ocurre entre el día 13-14 después de la fertilización (OMS, 2010).

**Implante:** pieza u órgano que se coloca sobre alguna superficie.

**Infección:** Invasión de gérmenes o microorganismos patógenos (bacterias, hongos, virus, etc.) que se reproducen y multiplican en el cuerpo causando una enfermedad (Enciclopedia de salud, 2013).

**Infecciones de transmisión sexual:** son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral (Torres, 2011).

**Métodos anticonceptivos:** son objetos, sustancias y procedimientos que se utilizan para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado (Zanuttini, 2000).

**Planificación familiar:** permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (González, Castro y Moreno, 2011).

**Planificación:** someter a un estudio detallado un tema o asunto, para su ejecución. Hablando de planificación familiar, se puede tomar como un conjunto de medidas y conocimientos encaminados a evitar un embarazo no deseado.

**Salud pública:** disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación (García, citado en González, Castro y Moreno, 2011).

**Sexo seguro:** Es una serie de recomendaciones y prácticas en las relaciones sexuales con el propósito de reducir el riesgo de contraer o contagiar alguna enfermedad de transmisión sexual o de facilitar el control de la natalidad (Bustamante, 2011).

**Sexualidad:** Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (Bustamante, 2011).

## **2.2 Descripción de Métodos anticonceptivos.**

Los métodos anticonceptivos son herramientas que permiten a la pareja evitar un embarazo. Éstos actúan como barreras de protección que impiden la unión de los gametos, es decir, evitan que se realice la fecundación.

Algunos métodos son más eficaces que otros, aunque ninguno es totalmente seguro. Cada persona tiene que valorar cual es el método anticonceptivo ideal para utilizar, debe descubrir el que mejor se adapte, por medio de condiciones específicas como el organismo, la edad, los vicios, los hábitos, la periodicidad de las relaciones sexuales, la salud en general, además de los planes de vida que tenga, pues tal vez pretenda concebir hijos algún día (Ochoa, 2006).

La anticoncepción es uno de los aspectos de la salud sexual y reproductiva que se constituye en un derecho humano básico. Al momento de elegir un método anticonceptivo es importante tomar en cuenta características específicas (OMS, 2009).

- 1) Inocuidad: es el riesgo que conlleva para la salud, el que debe ser ampliamente superado por los beneficios.
- 2) Eficacia: es la seguridad efectiva de cada método, que se calcula registrando la cantidad de embarazos por cada 100 mujeres durante un año (Índice de Pearl).
- 3) Reversibilidad: es la capacidad de volver al estado previo al control anticonceptivo, se separan así la concepción reversible de la de la esterilización irreversible.

- 4) Aceptabilidad y tolerancia: la aceptación clínica implica descartar patologías previas a su implementación mediante el correspondiente diagnóstico médico, además de asumir psicológicamente un acto consiente de control de la natalidad, evitando conductas conflictivas (conscientes e inconscientes) como el olvido de una píldora, dolores, contracciones (Barbato, 2001).

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado.

Se clasifican en dos grupos: métodos temporales o reversibles (transitorios): dispositivos intrauterinos, hormonales, barreras mecánicas o químicas, y en métodos definitivos (antes llamados irreversibles): ligadura tubaría y vasectomía (Zanuttini, 2000).

## 2.3 Clasificación de los métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos se pueden clasificar de diferente manera:

**Tabla 1. Clasificación de los métodos anticonceptivos**

---

Clasificación de los métodos anticonceptivos

---

Temporales	Naturales o fisiológicos	Abstinencia Ritmo (Ogino) Temperatura basal Moco cervical (Billings) Coito interrumpido
Mecánicos o de barrera		Condón masculino Condón femenino Dispositivos intrauterino DIU
Hormonales		Espermicidas Orales Inyectables Implante subdérmico Parche anticonceptivos Píldora de emergencia
Definitivos o permanentes	Quirúrgicos	Salpingoclasía Oclusión tubaría bilateral Vasectomía

---

Fuente: Secretaría de Educación Pública 2012

## 2.4 Descripción de Métodos anticonceptivos

### 2.4.1 Anticonceptivos orales (Pastillas)

Descripción: Pastillas hechas a base de hormonas sintéticas (estrógenos y progesterona). Su función es modificar la composición hormonal del organismo evitando que ocurra la ovulación, así como la composición del moco cervical, haciendo difícil el movimiento de los espermatozoides y la implantación de un posible óvulo fecundado. Existen en presentación de 21 comprimidos y 28, en éstas las últimas siete contienen únicamente hierro y sirven para no perder la continuidad.

Efectividad: 97%

Ventajas:

- ✓ No interfieren en las relaciones sexuales.
- ✓ Ofrecen protección continua y efectiva.
- ✓ Pueden regular el ciclo menstrual y eliminar los cólicos.
- ✓ Pueden suspender por tiempo indefinido la menstruación
- ✓ Al dejarlas de usar se recupera la fertilidad de la mujer, aunque para ello pueden pasar de dos a cuatro meses.

Desventajas

- No es conveniente para mujeres que tienen relaciones sexuales con poca frecuencia.
- Se necesita motivación diaria y disciplina para tomar la píldora y evitar los olvidos, que pueden afectar su efectividad.
- No ofrece protección contra las ITS o el VIH-sida.
- Requiere consulta médica para su empleo.
- Puede tener efectos molestos como náusea, dolores de cabeza, sangrado a la mitad del ciclo, aumento de peso o dolor en los pechos.
- Se desconocen sus efectos a largo plazo.

### **2.4.2 Inyecciones**

Descripción: su mecanismo de acción es igual al de las pastillas, sin embargo tiene la ventaja de que viene en presentaciones para uno, dos, y tres meses.

Efectividad: 97%

Ventajas:

- ✓ Muy efectivo y seguro.
- ✓ Privacidad
- ✓ No interviene en el coito.
- ✓ No hay que preocuparse diariamente como con la pastilla.

Desventajas:

- Probables cambios en el sangrado. Sobre todo al inicio
- La fertilidad demora en retornar hasta 4 meses.
- Se pueden presentar dolor de cabeza, aumento en la sensibilidad de senos.
- No protege contra ITS y VIH/SIDA

### **2.4.3 Anillo anticonceptivo vaginal**

Descripción: Es un pequeño dispositivo flexible, en forma de anillo, transparente y flexible que se coloca en la vagina, durante tres semanas, tiempo durante el cual va liberando hormonas (estrógenos y progesterona). De esta manera se impide la ovulación y se engrosa el moco cervical.

Efectividad: 98%

Ventajas:

- ✓ Muy efectivo
- ✓ Privacidad
- ✓ No interviene en el coito.
- ✓ No hay que preocuparse diariamente como con la pastilla.

Desventajas:

- Se pueden presentar: flujo o irritación vaginal, dolor de cabeza, aumento de peso, náuseas, sangrados irregulares
- No protege contra ITS y VIH/SIDA
- Empieza a tener efecto más o menos a los 7 días posteriores a su inserción.

#### **2.4.4 Hormonal subdérmico o implantes**

Descripción: Se inserta en el antebrazo de la mujer, está formado por 6 cápsulas flexibles que contienen sólo progestágenos y se insertan en forma de abanico en el brazo de la mujer. Dicho procedimiento lo debe realizar un médico capacitado. Una vez insertados duran 5 años; actúan deteniendo la ovulación y alterando el moco cervical.

Efectividad: 98%

Ventajas:

- ✓ Muy efectivos.
- ✓ Luego de la implantación, protege de un embarazo por un mínimo de cinco años.
- ✓ No interfiere con la relación sexual.
- ✓ La fertilidad regresa inmediatamente después de que las cápsulas se retiran.

Desventajas:

- No protege de ITS
- Goteo entre menstruaciones
- Amenorrea.
- Dolores de cabeza, mareos, nerviosismo, nauseas, entre otras.

#### **2.4.5 Hormonal Transdérmico o Parche anticonceptivo**

Descripción: Consiste en un parche de plástico fino, de color beige, que se adhiere a la piel. A través de la corriente sanguínea va liberando cierta cantidad de hormonas que impiden el embarazo con los mismos mecanismos que las pastillas anticonceptivas.

Un parche por semana por tres semanas y la cuarta se descansa. Y se recomienda que se vaya rotando de ubicación (brazo, nalga, cintura etc.).

Efectividad: 99%

Ventajas:

- ✓ No interfiere con la relación sexual.
- ✓ No implica tanta atención como con las pastillas que son diarias.

Desventajas:

- NO protege contra las ITS.
- Si se olvida cambiarlo a la semana, puede haber un embarazo.
- Puede haber reacción en la piel sobre la que se coloca.
- Dolor menstrual o abdominal.
- Se debe consultar al médico antes de usarlo.

#### **2.4.6 Dispositivo Intrauterino (DIU)**

Descripción: Objeto plástico (polietileno) que mide aproximadamente 4 cm; los más comunes son la T de cobre y los que contienen hormonas. Tiene dos hilos que luego de ser colocados quedan colgando a través de la apertura del cuello de la matriz, los cuales la mujer debe revisar periódicamente para cerciorarse de que el DIU está bien colocado. Este método altera las condiciones del útero para evitar el paso de los espermatozoides y evitar que lleguen al óvulo. Posiblemente también impida el implante del óvulo fecundado

Efectividad: 95 a 99%

Ventajas:

- ✓ Muy efectivo y poco que recordar.
- ✓ Tiene una duración de hasta 10 años.
- ✓ La fertilidad regresa con relativa facilidad una vez que se retira.
- ✓ No interfiere con las relaciones sexuales.

Desventajas:

- No protege contra las ITS.
- Durante los primeros tres meses luego de la colocación puede haber sangrado abundante o goteo entre periodos así como cólicos y dolor durante los periodos.
- Requiere ser colocado y retirado por un especialista.

#### **2.4.7 Calendario (Ritmo)**

Descripción: Para poner en práctica este método de prevención de embarazo, la mujer debe tener un perfecto conocimiento de su ciclo menstrual y de sus días fértiles. Durante los días fértiles puede optar por:

- Abstenerse completamente de tener relaciones sexuales.
- Usar otro método como condón.

- El método requiere un mínimo de 6 meses de registro del ciclo menstrual.

Efectividad: Poco confiable sobre todo por fallas de las personas que los utilizan.

Ventajas:

- ✓ No tiene efectos colaterales.
- ✓ Sin costo.
- ✓ Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen.
- ✓ Aceptable para algunos grupos religiosos.
- ✓ Sin efecto durante la lactancia
- ✓ Involucran al hombre en la planificación familiar.

Desventajas:

- Medianamente efectivo.
- Se requiere tiempo para conocer el funcionamiento del cuerpo.
- Requiere llevar un registro del ciclo.
- Requiere estrecha cooperación y compromiso entre ambos miembros de la pareja.
- Requiere largos periodos sin penetración vaginal.
- La mujer debe tener ciclos regulares.

#### **2.4.8 Moco cervical**

Descripción: La mujer debe revisar diariamente sus secreciones cervicales. Cuando está en su periodo fértil la secreción se torna resbalosa, húmeda y se puede estirar entre los dedos. En este momento es cuando el coito se debe evitar. La pareja podrá tener relaciones cuando no haya secreción o cuando esta sea pegajosa o pastosa.

Efectividad: Poco confiable sobre todo por fallas de las personas que los utilizan.

Ventajas:

- ✓ No tiene efectos colaterales.
- ✓ Sin costo.
- ✓ Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen.
- ✓ Aceptable para algunos grupos religiosos.
- ✓ Sin efecto durante la lactancia
- ✓ Involucran al hombre en la planificación familiar.

Desventajas:

- Medianamente efectivo.
- Se requiere y conocimiento del cuerpo.
- Requiere llevar un registro del ciclo.
- Requiere estrecha cooperación y compromiso entre ambos miembros de la pareja.
- Requiere largos periodos sin penetración vaginal.
- La mujer debe tener ciclos regulares.

#### **2.4.9 Temperatura Basal**

Descripción: La mujer se debe tomar la temperatura, ya sea vía oral, rectal o vaginal todas las mañanas antes de levantarse de la cama. La temperatura de la mujer sube de .2 a .5 °C cerca del tiempo de ovulación. (Ver ciclo menstrual). En este momento la pareja debe evitar el coito o utilizar métodos de barrera.

Efectividad: Poco confiable sobre todo por fallas de las personas que los utilizan.

Ventajas:

- ✓ Sin efectos colaterales y costo.

- ✓ Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen.
- ✓ Aceptable para algunos grupos religiosos.
- ✓ Sin efecto durante la lactancia.
- ✓ Involucran al hombre en la planificación familiar.

Desventajas:

- Medianamente efectivo.
- Requiere tiempo y conocimiento del cuerpo.
- Requiere llevar un registro durante el ciclo.
- Requiere cooperación y compromiso de ambos miembros de la pareja.
- Requiere largos periodos sin penetración vaginal.
- La mujer debe tener ciclos regulares.

#### **2.4.10 Coito interrumpido**

Descripción: Durante el acto sexual, el pene se retira de la vagina antes de producirse la eyaculación.

Efectividad: Poco confiable

Ventajas:

- ✓ Sin efectos colaterales y costo.
- ✓ Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen.
- ✓ Aceptable para algunos grupos religiosos.
- ✓ Sin efecto durante la lactancia.
- ✓ Involucran al hombre en la planificación familiar.

## Desventajas

- Requiere mucho compromiso.
- Puede haber espermatozoides en el líquido pre eyaculatorio.

### **2.4.11 Condón Masculino o preservativo.**

Descripción: Es una funda o cubierta generalmente hecha de látex para cubrir el pene erecto del hombre. Algunos están revestidos de lubricante o espermaticidas. Se hallan disponibles en diferentes tamaños, formas colores, sabores y texturas. Retienen el semen dentro del condón, impidiendo así la entrada de los espermatozoides y otros microorganismos a la vagina.

Efectividad: De 85% a 97%

#### Ventajas:

- ✓ Contribuye a la prevención de ITS y SIDA cuando se usan correcta y consistentemente.
- ✓ Previene los embarazos.
- ✓ Disponible ampliamente.
- ✓ Fáciles de mantener a la mano para cuando se requieren.
- ✓ No tienen ningún efecto colateral.
- ✓ Pueden usarse por hombres de todas las edades.
- ✓ No requiere supervisión médica.
- ✓ Permite al hombre asumir un rol activo en la prevención de embarazos e ITS.
- ✓ Ayudan a que el hombre no eyacule prematuramente.

Desventajas:

- Protegen con poca eficacia, contra el herpes, el virus de la verruga genital (HPV) y otras enfermedades que pueden ocasionar úlceras en la piel no cubierta por el condón.
- Pueden causar irritación en las personas alérgicas al látex.
- Algunos hombres refieren reducción en la sensibilidad.
- Aunque mínima existe la posibilidad de que se rompa.

#### **2.4.12 Condón Femenino.**

Es una funda transparente y delgada hecha de un plástico suave (poliuretano). Tiene un anillo flexible y al interior otro movable, que sirve para fijarlo al fondo de la vagina.

Antes de tener relaciones la mujer lo coloca dentro de la vagina. Durante el coito el pene se introduce en la vagina recubierta por el condón femenino.

Efectividad: De 95%

Ventajas:

- ✓ Método controlado por la mujer.
- ✓ Contribuye a la prevención de ITS y SIDA y embarazos cuando se usan correcta y consistentemente.
- ✓ No tienen ningún efecto colateral.
- ✓ No requiere supervisión médica.

Desventajas:

- Actualmente es un método costoso.
- Requiere la participación de la pareja

#### **2.4.13 Salpingoclasia (Ligadura de trompas)**

Descripción: Método quirúrgico simple. A través de una leve incisión en el abdomen de la mujer para bloquear o cortar las trompas de Falopio, impidiendo la unión del espermatozoide con el óvulo. La mujer sigue teniendo sus periodos menstruales.

Efectividad: 99%

Ventajas:

- ✓ Muy efectiva cuando ya no se desea tener hijos.
- ✓ No interfiere en la relación sexual.
- ✓ Sin efectos a la Salud.
- ✓ Puede realizarse inmediatamente después de dar a luz.

Desventajas:

- Método quirúrgico que conlleva riesgos.
- Doloroso al principio.
- Difícilmente reversible.
- No protege de ITS

#### **2.4.14 Vasectomía**

Descripción: Método quirúrgico seguro, simple y rápido para hombres. Se realiza una pequeña incisión en el escroto y se cortan los conductos que llevan los espermatozoides. Con este procedimiento se logra que el semen no contenga espermatozoides. Luego del procedimiento deberán pasar 20 eyaculaciones o tres meses para garantizar que no haya espermatozoides.

Efectividad: 99%

Ventajas:

- ✓ Método muy efectivo para cuando ya no se desea tener hijos.

- ✓ No hay que recordar nada. Sólo utilizar condones para prevenir ITS.
- ✓ No interfiere con la relación sexual

Desventajas:

- No protege de ITS.
- Leves molestias durante 2 o 3 días luego del procedimiento.
- Sólo lo puede realizar personal capacitado.
- No es efectivo de manera inmediata.

Los métodos anticonceptivos que ofrecen una mayor seguridad anticonceptiva recomendados para adolescentes según la Secretaria de Salud (2002); son: los hormonales (pastillas e inyecciones) y el DIU.

Cuando además de la prevención de un embarazo, se desee evitar el contagio de una ITS, incluyendo el SIDA, deberá usarse el condón o preservativo. En los adolescentes no es recomendable la promoción de los métodos “naturales” o de abstinencia periódica ya que se ha visto que el índice de falla es muy alto (Secretaria de Salud, 2002)

Es importante el uso de métodos anticonceptivos porque permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y mantener el nivel de salud (Secretaria de Salud, 2002).

Cuando el adolescente decide solicitar un método anticonceptivo, es importante investigar algunos aspectos sobre su comportamiento sexual y sobre sus expectativas reproductivas para favorecer la correcta elección.

Para poder ofrecer un método anticonceptivo a los adolescentes es necesario investigar los siguientes antecedentes (Secretaría de Salud, 2002):

- Vida sexual activa
- Número de parejas sexuales
- Planeación de las relaciones sexuales
- Prácticas sexuales de riesgo
- Frecuencia de relaciones sexuales
- Tipo de relaciones (oral, anal, vaginal)
- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
- Antecedentes de embarazo, parto, cesárea o aborto
- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Con esta información el prestador de servicios informará al adolescente, a través de la consejería, sobre la gama completa de métodos, efectividad, forma y uso adecuado, contraindicaciones y posibles efectos colaterales (Secretaría de Salud, 2002).

## 2.5 Infecciones de Transmisión Sexual.

Las infecciones de transmisión sexual se definen como un grupo de enfermedades endémicas, de múltiples etiologías, que cursan como entidades clínicas o síndromes, que tienen en común su transmisión durante la actividad sexual (Torres, 2011).

**2.5.1 Sífilis:** “Enfermedad bacteriana (curable con medicina). La sífilis es una infección curable, causada por una bacteria llamada *Treponema Pallidum*. La bacteria ingresa al cuerpo a través de las membranas mucosas o piel erosionada (roto o cortado). Una vez dentro del cuerpo, la sífilis entra en el torrente sanguíneo y se adhiere a las células, órganos dañinos a lo largo del tiempo” (Orjuela, 2011).

Para Reducir el riesgo lo mejor es la abstinencia (no tener ningún contacto sexual) es la manera más segura de evitar la infección. Monogamia mutua (tener relaciones sexuales con una sola pareja no infectada, quien sólo tiene relaciones sexuales contigo) es otra manera de evitar la infección (Barbato, 2001).

El uso de condones de látex consistente y correcto para el sexo vaginal y anal puede reducir el riesgo de transmisión, pero mientras el condón puede proteger el pene o la vagina, no protege de contactos con otras áreas como el escroto o área anal.

**2.5.2 La gonorrea:** es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) que puede infectar tanto a los hombres como a las mujeres. Puede causar infecciones en los genitales, el recto y la garganta. Es una infección muy común, especialmente en las personas jóvenes de 15 a 24 años.

Se puede contraer gonorrea al tener relaciones sexuales anales, vaginales y orales con una persona que tenga esta enfermedad. Una mujer embarazada con gonorrea puede transmitírsela a su bebé durante el parto.

Se puede evitar contraer gonorrea si:

- No tiene relaciones sexuales;
- Tiene una relación mutuamente monógama a largo plazo con una pareja a quien se le hayan realizado pruebas y haya tenido resultados negativos para las ETS;
- Usa condones de látex y diques dentales en forma correcta cada vez que tiene relaciones sexuales.

Es importante mencionar que cualquier persona que tenga relaciones sexuales puede contraer gonorrea mediante las relaciones sexuales anales, vaginales u orales sin protección.

Un diagnóstico debe hacerse revisar por un médico si nota cualquiera de estos síntomas o si su pareja tiene una ETS o síntomas de una ETS, como dolor inusual, secreción con olor, ardor al orinar o sangrado entre periodos.

La gonorrea se puede curar con el tratamiento correcto. Es importante que tome todos los medicamentos que su médico le recete para curar su infección. Los medicamentos contra la gonorrea no se deben compartir con nadie. Si bien los medicamentos detendrán la infección, no repararán ninguna lesión permanente que haya causado la enfermedad.

**2.5.3 La Clamidia:** es una Enfermedad bacteriana (curable con medicina). Se estima que en los Estados Unidos cada año hay más de 2.5 millones de nuevos

casos de infecciones con clamidia, y ocurre con más frecuencia en la gente joven. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), se calcula que 1 de cada 15 mujeres sexualmente activas de 14 a 19 años tiene clamidia.

La bacteria que causa la clamidia es transmitida durante el sexo. Muchas mujeres no tienen síntomas o sus síntomas son muy leves (casi no duelen). Si la mujer tiene síntomas, estos pueden incluir que le salga un líquido por la vagina, dolor cuando hace pipí, dolor durante el sexo, dolor en la parte baja del abdomen (la panza o barriga) y sangre entre los periodos de su menstruación.

A los hombres muchas veces les sale líquido por la uretra, el hueco (o el conducto) en el pene. También puede que le arda o duela al orinar (pipí). Los síntomas pueden variar de persona a persona; desde muy leves a muy severos (dolores fuertes). Puede que los hombres no tengan síntomas.

Para reducir el riesgo de contagio la abstinencia (no tener ningún contacto sexual) es la manera más segura de evitar la infección. Monogamia mutua (tener relaciones sexuales con una sola pareja no infectada, quien sólo tiene relaciones sexuales contigo) es otra manera de evitar la infección. El uso de condones de látex consistente y correcto para el sexo vaginal y anal puede reducir el riesgo de transmisión.

## 2.6 Epidemiología

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) revela que nuestro país tiene el mayor número de embarazos entre jóvenes de 15 y 19 años.

El embarazo adolescente es una de las principales preocupaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Vigilancia epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual, 2009)

Adolescentes más expuestas al riesgo de embarazo. Según indica el informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), ciertas condiciones hacen a las jóvenes más vulnerables a embarazarse: las niñas que viven en hogares de menores ingresos, con niveles educativos muy bajos que habitan en zonas rurales.

En México estas condiciones se producen muy frecuentemente, ya que 3 de cada 4 niños mexicanos tienen alguna carencia social y 21.4 de los 39.2 millones de niños que viven en el país se consideran pobres. Asimismo, según declara la representante de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en México actualmente 6 millones de menores de entre 3 y 17 años de edad no tienen acceso a educación.

Las tendencias de aumento del embarazo adolescente son reflejadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), ya que el promedio de hijos nacidos entre jóvenes de 12 a 19 años ha sido el más alto en los últimos 20 años.

### **2.6.1 Complicaciones del embarazo adolescente.**

El riesgo de muerte por complicaciones en el embarazo es mucho mayor en las adolescentes que en las mujeres con mayor edad. Las adolescentes menores de 16 años tienen 4 veces más probabilidades de morir a causa del embarazo que las mujeres de entre 20 y 30 años.

Asimismo, el riesgo no sólo se expresa en la tasa de mortalidad de la joven, sino además en la tasa de mortalidad del neonato, cuyo riesgo de muerte es un 50% más que en mujeres de entre 20 y 30 años, explica el consultor en salud de adolescentes de la OMS, James E. Rosen.

### **2.6.2 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

Tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo y figuran entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica.

Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente, unos 500 millones de personas contraen alguna de las cuatro infecciones de transmisión sexual siguientes: Clamidia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Más de 530 millones de personas son portadoras del virus que provoca el HSV2. Más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH), una de las ITS más comunes. Más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves.

- Algunas ITS pueden triplicar con creces el riesgo de infección con el VIH.

- La transmisión de la madre al niño puede dar lugar a muerte prenatal, muerte neonatal, insuficiencia ponderal al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas. Cada año, la sífilis durante el embarazo provoca aproximadamente unas 305.000 muertes fetales y neonatales, y deja a 215.000 lactantes en grave riesgo de defunción por prematuridad, insuficiencia ponderal o enfermedad congénita.
- Anualmente, la infección del VPH provoca 530.000 casos de cáncer cervicouterino y 275.000 defunciones.
- ITS tales como la gonorrea y la Clamidiasis son causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis, desenlace adverso del embarazo e infertilidad.

### **2.6.3 Formas de transmisión**

Las ITS se transmiten generalmente mediante el contacto sexual sin protección cuando existe penetración, ya sea por sexo vaginal (pene-vagina) o anal (pene-anal), aunque también es posible adquirir una ITS mediante el sexo oral (contacto de la boca con los órganos sexuales) u otras vías como la sanguínea o perinatal (Fundación Mexicana para la Salud, 2011; SEP, 2012).

De acuerdo a la Fundación Mexicana para la Salud (2011) las infecciones de transmisión sexual se transmiten generalmente mediante el contacto con:

- Fluidos corporales infectados, como sangre, semen, secreciones vaginales o saliva (hepatitis B).
- A través de la contigüidad de la piel por medio de heridas micro o macro o membranas mucosas como, por ejemplo, mediante una úlcera en la boca,

pene, ano o vagina, o por el edema causado por secreciones patógenas en esos mismos sitios.

- Juguetes sexuales contaminados.

La OMS desarrolla normas y pautas mundiales para tratar y prevenir las ITS; fortalece los sistemas de vigilancia y seguimiento, incluidos los relativos a la gonorrea fármaco resistente, y dirige el establecimiento del programa mundial de investigaciones sobre ITS.

## **2.7 Factores de riesgo (Measa, Barella, Cobeña, 2004).**

### **2.7.1 Familiares**

Las características de la familia son muy importantes para determinar el riesgo. Los adolescentes que viven con ambos padres y tienen una buena relación con ambos, tienen un riesgo menor de tener sexo no protegido y de llegar al embarazo. Específicamente, estos adolescentes no van a iniciar la actividad sexual a una edad temprana y, cuando la inician, lo hacen con una frecuencia menor.

Cuando el adolescente proviene de una familia disfuncional: uniparental, o con conductas promiscuas y con consumo de drogas, en la que no hay un adecuado diálogo padres–hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que él/ella no sabe resolver, impulsándolo/a buscar esa comunicación y afecto en los amigos y compañeros de colegio quienes probablemente tendrán su misma ignorancia. Es más probable que los hijos inician la actividad sexual a una edad temprana.

Son chicos/as que van de relación en relación, en búsqueda de una estabilidad que no hallan y siempre exponiéndose a los riesgos hasta que el embarazo les sirve como el mejor de los síntomas para los conflictos que no logra superar.

Los varones educados en hogares en los que se golpeaba a la madre o que fueron golpeados ellos mismos, tendrían muchas más probabilidades de embarazar a su pareja que los varones que no habían tenido esta experiencia.

- Se ha demostrado que las chicas cuyos padres habían abandonado el hogar cuando ellas eran niñas, tenían más probabilidades de iniciarse precozmente en la vida sexual y de quedar embarazadas.

- Una mujer es más fácil que se convierta en madre adolescente si su madre y su hermana también lo fueron.
- Otro factor de riesgo muy marcado es la falta de comunicación entre los padres y la adolescente. Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y no implementan medidas anticonceptivas.
- Tener una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven.

### **2.7.2 Grupo de amigos**

Búsqueda del reconocimiento de los pares: buscando el reconocimiento por parte del otro y principalmente del grupo de tus amigos, comienzas a tener citas amorosas a temprana edad (las citas a la edad de 12 años están relacionadas con una probabilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años y las citas a la edad de 13 se asocian con una probabilidad del 56% de actividad sexual durante la adolescencia).

Cuando el adolescente sabe que sus amigos más cercanos usan condones, hay más posibilidades de que él lo use también.

Pareja romántica: tener una pareja romántica aumenta las posibilidades de actividad sexual, pero si esa pareja es varios años mayor, las posibilidades se incrementan.

Tener una pareja mayor disminuye también las posibilidades del uso de anticonceptivos y, por lo tanto, incrementa las de un embarazo y del posible contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual.

Cuando el adolescente no ha desarrollado la habilidad comunicativa necesaria para negociar y la habilidad de aprender a resistirse ante la presión de sus compañeros/as cuando éstos/as ya son sexualmente activos/as. Los encuestas demuestran que, la mayoría de las veces, inician las relaciones sexuales presionada/o por los amigos y compañeros que te empujan a hacer algo que en realidad no hubieras querido hacer y, en muchas ocasiones, con la ayuda del alcohol y las drogas que inhiben la voluntad.

La diferencia de edades en la pareja es importante: Las adolescentes cuya pareja es más grande que ellas (y sobre todo si él es adulto), tienen más probabilidades de quedar embarazadas que cuando se involucran con chicos de su edad.

Es también más probable que lleven su embarazo a término en vez de decidirse por el aborto. Los estudios reportan que las madres adolescentes que habían iniciado la actividad sexual muy precozmente, habían tenido relaciones con hombres mucho mayores que ellas y se involucraban en un sexo más frecuente y promiscuo.

### **2.7. 3 Factores Individuales**

Los estudios han demostrado que la edad, el desarrollo físico y el género, tienen una influencia dramática en el comportamiento sexual del adolescente. Conforme van creciendo en edad, se van incrementando las posibilidades de tener actividad sexual (más frecuentemente y con más parejas). Esto mismo sucede cuando se desarrollan precozmente y parecen mayores. Algunos efectos son estrictamente

físicos pero otros son sociales como por ejemplo la presión de los amigos y el incremento en las oportunidades de tener sexo que vienen con una mayor libertad e independencia.

Este incremento en el número se traduce en un incremento en las posibilidades de embarazarse o de embarazar a la pareja aun cuando usen algún anticonceptivo.

Conexión con la escuela y el éxito escolar: Si él/la joven tiene un proyecto de vida en el cual es necesario alcanzar un determinado nivel educativo, es más probable que, aun teniendo relaciones sexuales, adopten una prevención efectiva del embarazo.

Los estudios han demostrado que la involucración con las actividades escolares (principalmente de tipo religioso) está relacionada con una disminución en la tasa de embarazos adolescentes.

Cuando el nivel educativo del adolescente es bajo. Los adolescentes con historia de frustraciones educativas, años perdidos y bajo rendimiento escolar, pueden encontrar en el embarazo una salida a una insatisfecha historia dentro del sistema escolar.

Pandillerismo: Se ha demostrado que cuando el adolescente pertenece a una pandilla es más probable que inicie muy joven la actividad sexual, que tenga varias parejas y que llegue al embarazo.

Falta educación acerca del comportamiento sexual en la adolescencia: Existe una desinformación en torno a lo que es y significa la adolescencia.

El colegio les habla de todo, menos de ellos mismos y de su cuerpo destinado a lo placentero pero también siempre dispuesto a la concepción. A las profesoras y profesores les asusta hablar de libertad y de amor, de ternura y de placer. Creen que si hacen el amor por primera vez no habrá embarazo porque para el embarazo se requiere mantener una vida sexual frecuente y conocen de nombre los métodos de control de la fecundidad, pero no saben bien cómo utilizarlos. Buscan información en otras fuentes, sobre todo entre los amigos o en lecturas poco serias y nada orientadoras.

Por ignorancia y actitud ante los riesgos: desdeñan el uso de métodos de planificación familiar porque se sienten invulnerables y dudan de la efectividad de los mismos, creyendo que tienen efectos secundarios, o bien que utilizar los métodos es una falta de respeto con la otra persona a la que quieren, antes que nada, complacer.

- Pensamiento Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean, o no tienen cuidado porque, como no se embarazaron de casualidad, piensan que son estériles y, además, no tienen miedo de las enfermedades de transmisión sexual.
- Falta o hay distorsión de la información: es común que entre los adolescentes circulen “mitos” como: “sólo te embarazas si tienes orgasmo”, o “nunca cuando lo haces con la menstruación” o “cuando no hay penetración completa”, etc.
- En muchos casos, el uso de los anticonceptivos es inadecuado. La inexperiencia hace que uses mal el condón o que se te olvide tomar las píldoras anticonceptivas, etc.

- Debido a que ningún método anticonceptivo es completamente efectivo, la abstinencia (no tener relaciones sexuales) es la única forma segura de prevenir el embarazo. Una adolescente sexualmente activa, que no utilice anticonceptivos tiene un 90% de probabilidades de quedar embarazada en un año.

La baja autoestima (falta de confianza en sus capacidades y poder) está asociada a problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste.

Corren riesgos voluntariamente: forma parte de su crecimiento y desarrollo como adolescentes. Les ayuda a probar fuerzas y capacidades para enfrentarse al mundo. Desafortunadamente, en ocasiones, los jóvenes creen que los comportamientos de riesgo son muestras de madurez.

Otros factores que se han asociado a embarazo adolescente son: el consumo de alcohol u otras drogas, incluyendo los productos del tabaco, tener pocos amigos, la falta de participación en actividades escolares, familiares o comunitarias y ser hija de una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven.

#### **2.7.4 Factores Socioeconómicos**

Cuando en el medio ambiente social que los rodea, existen creencias y prácticas asociadas a que, la maternidad y a la paternidad, la feminidad y masculinidad, son consideradas como un asunto central en su proyecto de vida y como un único destino para su realización personal.

La soledad y la tristeza de una mujer que se siente abandonada y no querida (ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores). O la mujer que piensa que no responde al modelo de mujer que los muchachos buscan y aman. Si inician una relación, es probable que la tomen como la única y definitiva oportunidad de su vida.

Entonces se hunden sin límites ni condiciones en el deseo del otro, sin tomar en cuenta los riesgos y sin evitarlos dependen de la aprobación del varón que presiona para que inicien su sexualidad tempranamente, se embaracen y lleguen a la maternidad.

Existe abuso sexual o violencia en la relación de pareja: Antes de los 15, la mayoría reporta que su experiencia sexual fue involuntaria.

Los estudios indican que las adolescentes que se encuentran en una relación de pareja abusiva en el momento de la concepción, con la noticia de su embarazo se incrementaron los comportamientos violentos de parte de su pareja. Este factor se asocia también a tener más de un compañero sexual simultáneamente.

Cuando los padres del adolescente tienen una educación superior y un ingreso familiar alto, se observa una disminución en el número de embarazos. Esto se refiere a que son los padres los que ponen énfasis en la importancia de obtener una educación que les permita lograr una meta. El embarazo en la adolescencia se debe evitar para lograr el objetivo.

### **2.7.5 Factores institucionales**

Déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva; prevención para la población adolescente incluida la anticoncepción

y educación sexual y falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Cuando los servicios existen, en ocasiones son rechazados por los adolescentes porque el personal de salud hace juicios y no da apoyo denotando falta de preparación para la prestación del servicio.

Los horarios de prestación de servicios en los centros de salud u hospitales, son inadecuados para las personas jóvenes que estudian y/o trabajan.

La pobreza explica numerosos embarazos. La mujer tiende a conformar pareja definitiva entre los 15 y los 17 años como un intento de mejorar las condiciones de pobreza en las que vive; ella sueña que casándose, todo será mejor.

Pero, a causa de la crisis económica, numerosas jóvenes son abandonadas por su pareja inicial y se ven obligadas a estructurar otra relación que siempre exige más hijos y que, con frecuencia, no termina por ser la última sino, por el contrario, el inicio de una cadena de relaciones, muchas de las cuales suponen nuevos embarazos y partos, destinados a deteriorar aún más la condición de la mujer y la de sus hijos. En este proceso, una mujer de 20 años puede tener cuatro o más hijos y, probablemente, un mayor número de embarazos que terminen en abortos espontáneos o provocados por desconocimiento de la sexualidad.

De la misma forma existen factores de riesgo para contraer una ITS, como son:

- No practicar sexo seguro

- Al practicar sexo vaginal, anal u oral con una persona que está infectada sin usar condón de látex (en el caso del sexo oral debe ser sin espermicida) puedes contagiarte de algunas enfermedades muy fácilmente.
- El uso incorrecto o inconsistente (es decir, que no siempre se use) de los condones también aumenta tu riesgo.
- Tener muchas parejas sexuales

Entre más gente hay en tu vida sexual mayor es la exposición a las infecciones, es decir, tu riesgo se incrementa. Lo anterior aplica tanto a parejas recurrentes como a parejas consecutivas.

Con cada nueva pareja tu riesgo aumenta aunque vayas de una relación monógama a otra. La monogamia solo funciona cuando es por mucho tiempo.

Tener o haber tenido una ETS/ITS: el hecho de estar infectado (o haberlo estado) con alguna ETS/ITS te hace más vulnerable ya que tu piel puede estar irritada, sensible y más propensa a infectarse con el contacto.

Por otro lado, es muy posible que seas infectado de nuevo por la misma pareja sexual que te infectó la primera vez, sobre todo si no sabes quién fue quien te contagió.

Ingerir alcohol y sustancias tóxicas: Cuando ingieres alcohol en demasía (abuso de alcohol) o consumes drogas, uno de los efectos es que te impiden tomar buenas decisiones. Te hacen perder la capacidad de juicio y si te encuentras con una situación en la que el sexo esté involucrado es muy posible que no tomes las precauciones pertinentes.

Inyectarte drogas: El compartir agujas para hacer llegar la droga al torrente sanguíneo es una forma de propagar infecciones como el HIV y hepatitis B. La aguja contaminada con la sangre de quien está contagiado al entrar en contacto con tu sangre hace de esta práctica un riesgo enorme.

Ser mujer adolescente: Las adolescentes aun no tienen el cérvix maduro, se encuentra en desarrollo y sus células están en constante cambio. Estas células inestables crean un ambiente propicio para el contagio de algunas infecciones como la clamidia y gonorrea. Por otra parte, el cuerpo de la mujer adolescente es más chico y puede sufrir de pequeñas heridas durante el sexo con más facilidad.

Usar la píldora anticonceptiva como la única forma de control natal. Para mucha gente la mayor preocupación acerca del sexo es el embarazo y no las ETS/ITS. El estar bajo el régimen de la píldora anticonceptiva hace que la pareja se sienta protegida. Es mejor que, además de la píldora, el hombre use siempre un condón. Así disminuyen la posibilidad de riesgo.

De acuerdo a los Centro de control y prevención de enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) las ETS/ITS en los Estados Unidos son más comunes en los siguientes grupos: Jóvenes, hombres, homosexuales y comunidades de minorías.

## **2.8 Factores de protección (Navarro, Pérula, Jurado & Gascón, 2003)**

Se encuentran la capacidad reflexiva y el proyecto de vida. La presencia de la primera sería clave para potenciar otros factores, principalmente la generación del proyecto de vida, el cual puede expresarse en la continuidad de los estudios y en la necesidad de concretar una independencia económica, ante el riesgo de establecer a futuro una relación de pareja inestable o ante la probabilidad de vivenciar violencia intrafamiliar.

Estos dos hechos pueden modificar el proyecto de vida de la adolescente por lo que deciden postergar su actividad sexual o prevenir el embarazo a través del uso de métodos anticonceptivos, en el discurso es expresado como pensar lo que se va a hacer y pensar ser mejor que los papás.

Entre las categorías del ámbito familiar más relevantes identificadas como factores protectores del embarazo no deseado (FPE) aparecen: “familia cuidadora” y “límites claros”. En la “familia cuidadora” existe comunicación, confianza y control de las situaciones de riesgo, expresado en el discurso como “te va a ver a la hora que sea”, este hecho hace que las adolescentes se sientan acompañadas, consideradas, queridas y confiables, de este modo manifiestan preocupación por no “faltar a esa confianza” para no defraudar el concepto positivo que se tiene de ellas. Los “límites claros” establecidos por la familia y dialogados con la adolescente constituyen FPE cuando se internalizan en un contexto de confianza mutua.

En el ámbito social, la categoría más relevante que aparece como FPE corresponde a la “sanción social” que se expresa en la discriminación que experimentan las adolescentes que se embarazan, esto evitaría la actividad sexual, principalmente de las mujeres.

Satisfacer las necesidades básicas del adolescente. Esta función incluye el obtener y dar al joven los recursos necesarios para su sobrevivencia básica, lo que incluye alimentación, techo, y acceso a servicios educacionales y de salud. La capacidad parental de cumplir con esta función está estrechamente ligada al nivel de ingresos y educación de los padres. La sobrevivencia y crecimiento de los adolescentes depende de la prioridad que le den éstos a cumplir esta función: cuando no lo hacen, los jóvenes deben en forma prematura procurar su propia subsistencia.

Función protectora. Los padres habitualmente se hacen responsables de proteger la integridad física, psicológica, espiritual y cultural de su progenie, alejándolos de amenazas externas provenientes del medio natural, o de grupos o instituciones que representan peligro. Lentamente, y a lo largo de la adolescencia, los jóvenes van pasando a asumir ellos estas funciones de auto-cuidado. El modo concreto de cumplir con esta función parental es el monitoreo de las actividades del adolescente, supervisando y colocando límites al joven.

El cumplimiento de esta función se correlaciona con una menor frecuencia de conductas de riesgo; su implementación es compleja y variable, ya que debe lograrse un equilibrio entre la supervisión y la actitud controladora e intrusiva en diferentes áreas del desarrollo personal del adolescente.

Culturalmente, se ha ido haciendo más difícil monitorear en forma cercana al joven actual, en la medida de que ambos padres tienden a pasar menos tiempo en casa, y de que los propios adolescentes tienen mayor movilidad geográfica que antes. Por esto, otra función en éste plano es la enseñanza de destrezas de auto-cuidado, que implica el preparar a los adolescentes para velar por la propia seguridad, física y psicológica. Ejemplos de esto son el saber qué hacer en caso de emergencias en casa si se encuentran solos, o el saber rechazar la presión de los pares en relación a consumo de drogas o sexo temprano.

Apoyo y guía para el crecimiento y desarrollo. Esta función involucra el promover todos los aspectos del desarrollo infantil, incluyendo sus aspectos cognitivos, sociales, emocionales, morales, espirituales, sexuales, culturales y educacionales.

Esto en la práctica se realiza proporcionando información, fijando límites, manteniendo un sistema de recompensas y castigos claro, comunicándose verbal

y no-verbalmente con el adolescente y modelando los valores y conductas importantes para el padre.

Esta función de guía del desarrollo sigue siendo importante a lo largo de toda la adolescencia, a pesar del rol progresivamente importante de los pares y de la escuela. Entre las competencias necesarias para ejercitar esta función, Alvy menciona la capacidad del padre de hacerlo en forma afectuosa, colocando exigencias lo suficientemente elevadas pero no imposibles de cumplir, con una aproximación participativa, con una capacidad adecuada de comunicación, modelando roles positivos para el joven, y transmitiendo una actitud de resolución de problemas adecuada. Lo anterior, resumido bajo el nombre de estilos de crianza, permite el mantener una actitud de apego cariñoso, y al mismo tiempo poder colocar estándares de expectativas claros con respecto a conductas maduras por parte del adolescente.

En la medida que los puntos de vista de éste sean tomados en cuenta en el proceso familiar de toma de decisiones, y de que el nivel de comunicación sea adecuado, se puede llevar al adolescente hacia una capacidad de resolver conflictos autónomamente. El ejemplo de los padres es más importante en todo esto que la mera transmisión de discursos verbales acerca de cómo hay que comportarse: la transmisión de principios y valores se hace mucho más de modo no verbal que verbal, a través de la observación del niño de cómo se comporta el padre en diversas circunstancias.

Función de apoyo en relación al medio externo. La capacidad del padre de conectar al hijo con expertos, grupos, o instituciones que también pueden ayudar en su desarrollo es otro modo de ayudarlos. El confiar en las elecciones del adolescente y apoyarlo en implementar sus planes, es uno de los modos más efectivos de mejorar la auto-estima de los adolescentes.

## **2.9 Factores Determinantes**

Entre los factores determinantes tenemos las siguientes categorías:

### **2.9.1 Factores de riesgo individuales:**

- a) Menarquía precoz
- b) Bajo nivel de aspiraciones académicas
- c) Impulsividad
- d) Ideas de omnipotencia
- e) Adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad
- f) Poca habilidad de planificación familiar
- g) Personalidad inestable
- h) Baja autoestima
- i) Poca confianza
- j) Sentimientos de desesperación

### **2.9. 2 Factores de riesgo familiares:**

- a) Disfunción familiar
- b) Antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia
- c) Pérdida de figuras significativas
- d) Baja escolaridad de los padres

### **2.9.3 Factores de riesgo socioculturales:**

- a) Bajo nivel socioeconómico
- b) Hacinamiento
- c) Estrés
- d) Delincuencia
- e) Alcoholismo
- f) Trabajo no calificado
- g) Vivir en un área rural
- h) Ingreso precoz a la fuerza de trabajo
- i) Mitos y tabúes sobre sexualidad
- j) Marginación social

k) Predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes

l) Influencia de los medios de comunicación que incitan a las relaciones sexuales y muy pocas al autocontrol

m) Permanecer más tiempo a solas

n) Falta de acceso a los servicios de planificación familiar

o) Tipo de Sociedad en el que desarrollan los adolescentes:

- Sociedad Represiva: Niega la sexualidad, considerando el sexo como una área peligrosa en la conducta humana. Consideran una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola solo con fines reproductivos.
- Sociedad Restrictiva: Tiene tendencias a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo, se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad (machismo).
- Sociedad Permisiva: Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (homosexualidad). Permite relaciones sexuales y el sexo prematrimonial. Tipo social común en países desarrollados.
- Sociedad Alentadora: Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo.

#### **2.9.4 Factores Psicosociales:**

- a) Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido
  
- b) Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente
  
- c) Para castigar a los padres por su incompreensión
  
- d) Para irse de un hogar disfuncional
  
- e) Huir de un ambiente difícil
  
- f) Agradar al novio

El embarazo adolescente es un fenómeno multifactorial y que sus determinantes son variables, las consecuencia del embarazo y la crianza durante este periodo se relacionan con aspectos no solo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos, y sus efectos pueden verse en la joven madre y su hijo, el padre adolescente, las familias de ambos y desde luego en la sociedad.

La salud sexual de los adolescentes y jóvenes constituye un elemento básico para el avance social, económico y político de un país debe ser abordado por diversas disciplinas, entre ellas la psicología. Si bien es cierto, el inicio de la actividad sexual precoz y sin protección suele presentar consecuencias irrisorias a corto plazo, estas conductas se ven reflejadas en la vida adulta, afectando el desarrollo físico, psicológico y social (Martin y Reyes, 2003).

De esta manera es evidente la necesidad de establecer acercamientos con los adolescentes que promuevan y aporten a la formación de lazos de confianza que brinden en forma eficiente y eficaz una formación y orientación en torno a los cambios, experiencias, sensaciones y emociones que pueden tener lugar durante esta etapa, de manera que los cambios que se experimentan sean afrontados de forma adecuada culminando en el establecimiento de una identidad, comportamientos y actitudes responsables frente a la sexualidad y su desarrollo.

En conclusión el embarazo en adolescentes están implicados factores socioculturales y económicos que comprometen a la madre y a su hijo. En esta etapa, ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales, que de acuerdo con la edad de la adolescente y del tiempo que ha transcurrido entre su desarrollo y el embarazo, pueden generar más o menos complicaciones.

## 2.10 Modelo Explicativo

El presente estudio tuvo como propósitos investigar sistemáticamente los factores actitudinales e interpersonales que inciden en el uso del condón en las relaciones sexuales coitales entre estudiantes de bachillerato, así como elaborar modelos estructurales que muestren las interrelaciones y los efectos directos e indirectos de dichos factores sobre la frecuencia del uso del condón. Participaron 527 adolescentes quienes reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida. Se usó un cuestionario que mide prácticas sexuales y frecuencia del uso del condón durante los encuentros sexuales, así como 80 preguntas de tipo ordinal divididas en cinco factores:

- asertividad sexual
- sumisión sexual
- baja percepción de riesgo sexual
- enamoramiento
- aceptación del uso del condón.

Con el uso de ecuaciones estructurales, se trazaron modelos de trayectorias con los factores obtenidos y la frecuencia de uso de condón. Los modelos estructurales para hombres y para mujeres muestran niveles aceptables de ajuste a los datos así como efectos directos significativos entre todas las variables, específicamente se reporta el efecto directo de las variables de aceptación del uso del condón y asertividad sexual sobre la frecuencia del uso del condón. Estos resultados amplían las posibilidades de explicación e intervención psicosocial sobre la conducta sexual de riesgo entre adolescentes.

El uso inconsistente e incorrecto del condón masculino en las relaciones sexuales es la causa del 94.1% de los casos de SIDA reportados en México por CENSIDA

hasta el 2013; así mismo, en nuestro país actualmente existen 46,338 personas registradas como seropositivas al VIH, a su vez, el número de personas diagnosticadas con SIDA es de más de 164 mil casos, la mayoría de los cuales se contagió a través de la vía sexual (CENSIDA, 2013).

Se habilitó a un grupo de 5 estudiantes del último año de la carrera de psicología para la aplicación del cuestionario en los grupos de adolescentes previamente asignados por los directivos de los bachilleratos, la aplicación fue llevada a cabo en horarios matutinos y dentro de las aulas de cada grupo escolar y con la colaboración de profesores (a) quienes cedieron sus horarios de clase para la aplicación.

Se solicitó la colaboración voluntaria de los y las adolescentes estudiantes, así mismo se pidió el consentimiento informado de los y las participantes de manera libre; se hizo énfasis que los datos obtenidos serían analizados respetando el anonimato de cada persona y para fines de investigación, por lo que no se solicitó ningún dato que pudiera dar cuenta de la identidad de los (as) estudiantes, exceptuando la edad y el sexo.

Los factores o dimensiones de la escala fueron los siguientes:

1.- Asertividad para el uso del condón, definida como una habilidad para comunicar de forma oportuna y directa a la pareja la necesidad de usar condón durante la relación sexual, incluye preguntas como: *Puedo exigirle a mi pareja que usemos condón en cualquier actividad sexual; Puedo explicarle a mi pareja los riesgos de tener actividad sexual sin condón; Tengo confianza de pedir a mi pareja usar condón en la actividad sexual.*

2. Sumisión sexual, refiere a la aceptación de las decisiones de la pareja sobre las prácticas sexuales con el fin de complacerla sexualmente, por ejemplo:

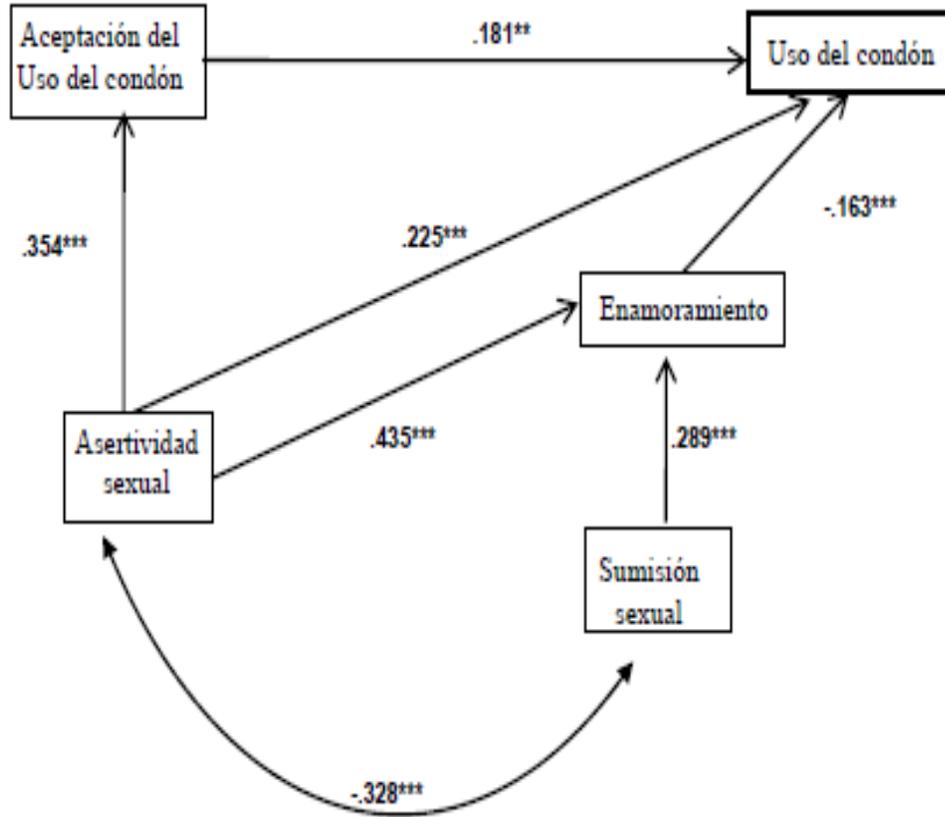
3. Baja percepción de riesgo sexual o de contraer alguna ITS por tener relaciones sexuales sin el uso del condón, ejemplo: *Yo no me contagio de VIH/SIDA;*

*Los hombres (y mujeres) adolescentes no toman en cuenta las infecciones de transmisión sexual (ITS); Los hombres (y mujeres) adolescentes creen que las ITS no son tan graves.*

4. Enamoramiento o vínculo amoroso y afectivo a la pareja sexual, el cual incluye preguntas como: *Comúnmente pienso en la persona de la cual estoy enamorada (o); Me siento enamorado (a) y en libertad de tener relaciones sexuales con mi pareja; Accedería a tener relaciones sexuales con mi pareja, porque la (lo) amo.*

5.- Aceptación del uso del condón en las relaciones sexuales, que incluye reactivos sobre el agrado de amigos, pareja y personal para el uso del condón en las relaciones sexuales, ejemplos: *Usar condón en la actividad sexual es excitante; A mi pareja le agrada usar condón; A mis amigos (as) les agrada usar condón.*

Posteriormente se realizó un análisis de fiabilidad de cada uno de los factores con base en el modelo alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de los factores.



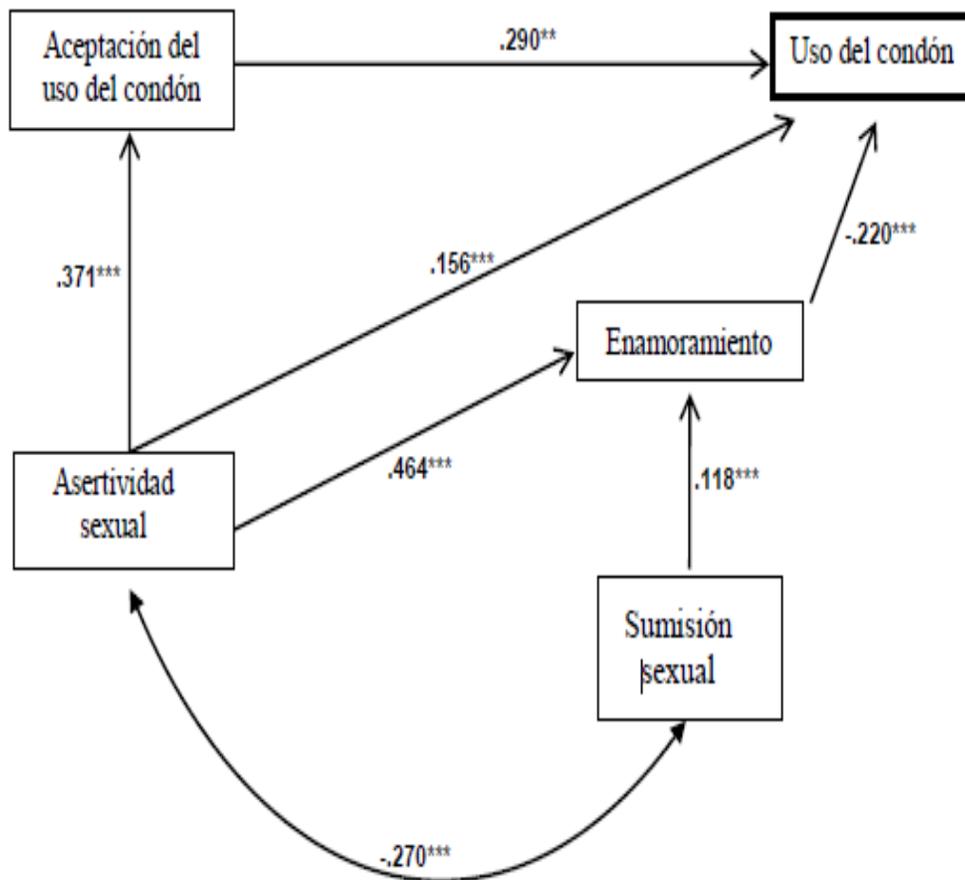
*Figura 1. Modelo de efectos directos e indirectos de la asertividad sexual, aceptación del uso del condón y enamoramiento en el uso de condón en relaciones sexuales de hombres N= 256.*

La asertividad sexual mostró una influencia notable en las relaciones sexuales protegidas como lo revelan los siguientes resultados, ya que presentó un efecto directo, así como un efecto indirecto a través de la aceptación del uso del condón sobre la frecuencia de su uso. Además, un efecto negativo indirecto a través del enamoramiento.

Los efectos negativos directos e indirectos de la asertividad asociados al enamoramiento son contrarrestados por la suma de sus efectos directos e indirectos positivos sobre la frecuencia del uso del condón.

La sumisión sexual contribuye al enamoramiento como lo indica su efecto directo positivo ( $R = .289$ ) pero negativamente con asertividad sexual ( $R = .328$ ).

El modelo del uso del condón para el grupo de mujeres (ver Figura 2) es muy similar al de los hombres puesto que involucra a las mismas variables pero difiere en la magnitud de los efectos directos entre las variables y la correlación entre asertividad y sumisión sexual.



*Figura 2.* Modelo de los efectos directos de la asertividad, aceptación del uso del condón y enamoramiento sobre el uso de condón en relaciones sexuales en mujeres adolescentes  $n=267$ .

Al igual que en el modelo para los hombres, la asertividad sexual y la aceptación del uso del condón en las relaciones sexuales del grupo de mujeres, tienen un efecto directo positivo sobre el uso del condón; pero en este modelo el efecto directo de la asertividad sexual es menor y el efecto de la aceptación del uso del condón es mayor que en el grupo de hombres.

De acuerdo con los resultados obtenidos en éste estudio, la asertividad sexual tiene un efecto directo sobre el uso del condón, lo que coincide con lo reportado por Grossman, Hadley, Brown, Houck, Peters, y Tolou-Shams, (2008); Moyo, Levandowski, MacPhail, Rees, y Pettifor (2008); por Sander, Leif, Arjan, Bos, Matheus, y Hein de Vries (2013), éstos resultados enfatizan que la habilidad para comunicar a la pareja sexual la necesidad de usar condón favorece de forma directa su uso (Farmer y Meston, 2006; Grossman, Hadley, Brown, Houck, Peters y Tolou-Shams, 2008; Manlove, Ikramullan y Terry-Humen, 2008), así como la intención de usarlo en una relación sexual futura, (Hubach, Dodge, Goncalves, Malebranche, Reece, Van Der Pol, Martínez, Schnarrs, Nix y Fortenberry, 2013).

En este estudio se asume que la asertividad sexual es un factor protector respecto a las conductas sexuales de riesgo, así como un elemento importante en el desarrollo de habilidades psicosociales, particularmente para uso del condón en las relaciones sexuales, lo anterior en concordancia con lo propuesto por Santos-

Iglesias (2010). En este caso, la asertividad sexual mostró tener una influencia notable en las relaciones sexuales protegidas, al mismo tiempo que genera un efecto directo en la variable enamoramiento, lo que puede explicarse tomando en cuenta la sensación de protección y seguridad que proporciona la pareja, sin embargo, la pasión que conlleva el enamoramiento provoca desatención y descuido en las medidas protectoras, según lo reportado por Uribe, González y Santos (2011), así mismo, en el presente estudio, el enamoramiento actúa como un mediador del efecto de la asertividad y el uso del condón, no obstante, la suma total de los efectos directos e indirectos de la asertividad sexual sobre el uso del condón es positiva.

Es de resaltar que en los modelos presentados tanto en hombres como en mujeres, la asertividad sexual se relaciona de manera inversa con la sumisión

sexual, la cual es entendida como la aceptación de las decisiones de la pareja sobre las prácticas sexuales con el fin de complacerla sexualmente. Si se considera a la sumisión sexual como una actitud desfavorable que pone en riesgo la integridad de las personas entraría en la categoría de conductas de victimización y coerción sexual. Al respecto existen investigaciones que han demostrado que la asertividad sexual está asociada de manera negativa a los acercamientos y encuentros sexuales no deseados (Schry & White, 2013). Ahora, si se considera la sumisión sexual como un factor derivado del enamoramiento, esta misma actitud – la sumisión sexual- podría ubicarse como un elemento que afecta la toma de decisiones para el uso de medios de protección sexual, sobre este aspecto se ha encontrado que individuos con mayor asertividad sexual tienden a usar más el condón masculino y tienen creencias más favorables hacia éste.

De acuerdo a los modelos desarrollados en este estudio, la aceptación del uso del condón tiene efecto directo y significativo sobre el uso del mismo en las relaciones sexuales, este hallazgo es similar a lo reportado por Manlove, Ikramullan y Terry Humen, (2008); Sander, Leif, Arjan, Bos, Matheus y Hein de Vries (2013), haciendo énfasis en la norma subjetiva como predictora del uso del condón en las relaciones sexuales.

Se Concluye que el uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes está vinculado al desarrollo de habilidades asertivas así como a percepciones positivas y aceptación del uso del condón en las relaciones sexuales, por lo que recomendamos que dentro de cualquier programa dirigido a jóvenes que promueva el uso del condón se consideren estas variables.

El comportamiento sexual de los y las adolescentes es multidimensional o multifactorial, por lo que asumimos que los modelos aquí presentados, aportan

elementos explicativos respecto a las variables que generan efectos directos en el uso del condón en una muestra específica de adolescentes aunque no pretenden ser definitivos, por lo que es recomendable continuar con el uso de estas técnicas de análisis de datos en muestras similares y en diversas regiones geográficas, que tomen en cuenta las diferencias de género e importancia de examinar el contexto donde interactúan los y las adolescentes.

## 2.11 Teorías educativas

### 2.11.1 Teoría del aprendizaje significativo

O' Connor (2000) define el aprendizaje como la adquisición y modificación de conocimientos, habilidades, estrategias, destrezas, actitudes y conductas por medio del estudio, la experiencia o la formación.

Las teorías del aprendizaje son un conjunto de estrategias, tácticas y técnicas de instrucción verificadas, que explican cómo se da el aprendizaje en los seres humanos (Ertmer & Newby, 1993).

La teoría del aprendizaje significativo propuesta por Ausubel (1983), esta teoría aborda todos y cada uno de los elementos, factores y condiciones que garantizan la adquisición, la asimilación y la retención del contenido que la escuela ofrece al alumnado, de modo que adquiera significado para el mismo alumno.

Durante mucho tiempo se consideró que el aprendizaje era sinónimo de cambio de conducta, esto, porque dominó una perspectiva conductista de la labor educativa; sin embargo, se puede afirmar con certeza que el aprendizaje humano va más allá de un simple cambio de conducta, conduce a un cambio en el significado de la experiencia.

La experiencia humana no solo implica pensamiento, sino también afectividad y únicamente cuando se consideran en conjunto se capacita al individuo para enriquecer el significado de su experiencia (Ausubel, 1983).

Para entender la labor educativa, es necesario tener en consideración otros tres elementos del proceso educativo: los profesores y su manera de enseñar; la estructura de los conocimientos que conforman el currículo y el modo en que éste se produce y el entramado social en el que se desarrolla el proceso educativo. En

este sentido una "teoría del aprendizaje" ofrece una explicación sistemática, coherente y unitaria del ¿cómo se aprende?, ¿Cuáles son los límites del aprendizaje?, ¿Por qué se olvida lo aprendido?, y complementando a las teorías del aprendizaje encontramos a los "principios del aprendizaje", ya que se ocupan de estudiar a los factores que contribuyen a que ocurra el aprendizaje, en los que se fundamentará la labor educativa; en este sentido, si el docente desempeña su labor fundamentándola en principios de aprendizaje bien establecidos, podrá racionalmente elegir nuevas técnicas de enseñanza y mejorar la efectividad de su labor (Ausubel, 1983).

Ausubel (1983) plantea que el aprendizaje del alumno depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información, debe entenderse por "estructura cognitiva", al conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización.

Un aprendizaje es significativo cuando los contenidos: Son relacionados de modo no arbitrario y sustancial (no al pie de la letra) con lo que el alumno ya sabe. Por relación sustancial y no arbitraria se debe entender que las ideas se relacionan con algún aspecto existente específicamente relevante de la estructura cognoscitiva del alumno, como una imagen, un símbolo ya significativo, un concepto o una proposición; lo cual quiere decir que en el proceso educativo, es importante considerar lo que el individuo ya sabe de tal manera que establezca una relación con aquello que debe aprender. Este proceso tiene lugar si el educando tiene en su estructura cognitiva conceptos, estos son: ideas, proposiciones, estables y definidos, con los cuales la nueva información puede interactuar (Ausubel, 1983).

La característica más importante del aprendizaje significativo es que, produce una interacción entre los conocimientos más relevantes de la estructura cognitiva y las nuevas informaciones (no es una simple asociación), de tal modo que éstas

adquieren un significado y son integradas a la estructura cognitiva de manera no arbitraria y sustancial, favoreciendo la diferenciación, evolución y estabilidad de los subsensores pre existentes y consecuentemente de toda la estructura cognitiva (Ausubel, 1983).

#### Requisitos para el aprendizaje significativo

Al respecto Ausubel dice: “El alumno debe manifestar una disposición para relacionar sustancial y no arbitrariamente el nuevo material con su estructura cognoscitiva, como que el material que aprende es potencialmente significativo para él, es decir, relacionable con su estructura de conocimiento sobre una base no arbitraria” (Ausubel, 1983).

Lo anterior presupone:

Que el material sea potencialmente significativo, esto implica que el material de aprendizaje pueda relacionarse de manera no arbitraria y sustancial con alguna estructura cognoscitiva específica del alumno, la misma que debe poseer "significado lógico" es decir, ser relacionable de forma intencional y sustancial con las ideas correspondientes y pertinentes que se hallan disponibles en la estructura cognitiva del alumno, este significado se refiere a las características inherentes del material que se va aprender y a su naturaleza (Ausubel, 1983).

Cuando el significado potencial se convierte en contenido cognoscitivo nuevo, diferenciado e idiosincrático dentro de un individuo en particular como resultado del aprendizaje significativo, se puede decir que ha adquirido un "significado psicológico" de esta forma el emerger del significado psicológico no solo depende de la representación que el alumno haga del material lógicamente significativo,

sino también que tal alumno posea realmente los antecedentes ideativos necesarios" en su estructura cognitiva (Ausubel, 1983).

### Tipos de aprendizaje significativo

Es importante recalcar que el aprendizaje significativo no es la "simple conexión" de la información nueva con la ya existente en la estructura cognoscitiva del que aprende, por el contrario, sólo el aprendizaje mecánico es la "simple conexión", arbitraria y no sustantiva; el aprendizaje significativo involucra la modificación y evolución de la nueva información, así como de la estructura cognoscitiva envuelta en el aprendizaje.

Ausubel distingue tres tipos de aprendizaje significativo: de representaciones, de conceptos y de proposiciones (Ausubel, 1983).

#### Aprendizaje de representaciones:

Es el aprendizaje más elemental del cual dependen los demás tipos de aprendizaje. Consiste en la atribución de significados a determinados símbolos, al respecto Ausubel dice: "Ocurre cuando se igualan en significado símbolos arbitrarios con sus referentes (objetos, eventos, conceptos) y significan para el alumno cualquier significado al que sus referentes aludan" (Ausubel, 1983).

Este tipo de aprendizaje se presenta generalmente en los niños, por ejemplo, el aprendizaje de la palabra "pelota", ocurre cuando el significado de esa palabra pasa a representar, o se convierte en equivalente para la pelota que el niño está percibiendo en ese momento, por consiguiente, significan la misma cosa para él; no se trata de una simple asociación entre el símbolo y el objeto sino que el niño los relaciona de manera relativamente sustantiva y no arbitraria, como una

equivalencia representacional con los contenidos relevantes existentes en su estructura cognitiva (Ausubel, 1983).

Aprendizaje de conceptos:

Los conceptos se definen como "objetos, eventos, situaciones o propiedades de que posee atributos de criterios comunes y que se designan mediante algún símbolo o signos" partiendo de ello podemos afirmar que en cierta forma también es un aprendizaje de representaciones.

Los conceptos son adquiridos a través de dos procesos. Formación y asimilación. En la formación de conceptos, los atributos de criterio (características) del concepto se adquieren a través de la experiencia directa, en sucesivas etapas de formulación y prueba de hipótesis, del ejemplo anterior podemos decir que el niño adquiere el significado genérico de la palabra "pelota", ese símbolo sirve también como significante para el concepto cultural "pelota", en este caso se establece una equivalencia entre el símbolo y sus atributos de criterios comunes. De allí que los niños aprendan el concepto de "pelota" a través de varios encuentros con su pelota y las de otros niños.

El aprendizaje de conceptos por asimilación se produce a medida que el niño amplía su vocabulario, pues los atributos de criterio de los conceptos se pueden definir usando las combinaciones disponibles en la estructura cognitiva por ello el niño podrá distinguir distintos colores, tamaños y afirmar que se trata de una "pelota", cuando vea otras en cualquier momento (Ausubel, 1983).

Aprendizaje de proposiciones:

- ❖ Este tipo de aprendizaje va más allá de la simple asimilación de lo que representan las palabras, combinadas o aisladas, puesto que exige captar el significado de las ideas expresadas en forma de proposiciones.
- ❖ El aprendizaje de proposiciones implica la combinación y relación de varias palabras cada una de las cuales constituye un referente unitario, luego estas se combinan de tal forma que la idea resultante es más que la simple suma de los significados de las palabras componentes individuales, produciendo un nuevo significado que es asimilado a la estructura cognoscitiva. Es decir, que una proposición potencialmente significativa, expresada verbalmente, como una declaración que posee significado denotativo (las características evocadas al oír los conceptos) y connotativo (la carga emotiva, actitudinal provocada por los conceptos) de los conceptos involucrados, interactúa con las ideas relevantes ya establecidas en la estructura cognoscitiva y, de esa interacción, surgen los significados de la nueva proposición (Ausubel, 1983).

### **2.11.2 Teoría de la acción razonada TAR**

La teoría de la acción razonada (TAR), nació a partir del modelo de creencias en salud y de la Teoría de actitudes. Fue propuesta por Iceck Ajzen y Martín Fishbein (1975– 1980), se basa en el supuesto de que los seres humanos habitualmente son racionales y hacen uso sistemático de la información disponible. Esta teoría tiene como finalidad explicar y predecir la conducta del ser humano relacionándola con un control volitivo.

León (2009) plantea los siguientes conceptos para entender esta teoría:

1) Actitud: concepto operacionalizado como la ponderación (ganancia) de todas las ventajas y desventajas de la conducta. Relacionada con la disposición frente a determinada situación.

2) Norma social: operacionalizada como la ganancia de todas las expectativas relevantes de otros acerca de la conducta de la persona. Se refiere a lo que otros esperan (influencia social directa) y lo que otros hacen (influencia social indirecta).

3) Auto-eficacia: concepto usado por Bandura (1986) pero que en la T.A.R. no sólo se usó el significado original como una consecuencia de conducta, sino también como un determinante de conducta. Estimación de la persona acerca de su habilidad para ejecutar (realizar) una conducta específica en una situación dada.

4) Expectativas de autoeficacia: están basadas en la propia experiencia con la conducta y especialmente las atribuciones que la gente hace acerca de logros y fracasos; observaciones de otros, persuasión de otros e información psicológica. La autoeficacia ha sido distinguida de resultado de expectativas, que después fueron una estimación de la efectividad de la conducta para alcanzar un objetivo deseado.

5) Intención: se refiere a la predicción de la conducta. La T.A.R. ve una intención en la persona para adoptar o no una conducta. Se afirma que NO siempre existe una correspondencia directa entre intención y conducta.

6) Norma subjetiva: es la que puede ejercer presión para cumplir o no una conducta dada, independiente de las propias actitudes personales hacia la conducta dada.

7) Conducta: respuesta que se produce o no por efecto de la influencia positiva o negativa de los factores personales (creencias conductuales) y sociales (creencias normativas).

8) Variables externas: que están fuera del modelo, tales como demografía, hacen suponer la influencia de la conducta vía los tres determinantes y la intención.

9) Acción razonada: muchas de las respuestas conductuales están bajo control volitivo, debido a que la voluntad está presente en las personas con capacidad de raciocinio. Los seres humanos son racionales.

La teoría y enfoque psicológico social tanto fundamental como también aplicado ha suministrado tradicionalmente una importante contribución al entendimiento de los determinantes de conducta. Fishbein y Ajzen (1975) integraron una serie de Modelos de Teoría de Actitudes y de Teoría de Influencia Social en su Modelo de conducta Razonada (León, 2009).

Fishbein y Ajzen (1975) suponen que muchas acciones de relevancia social están bajo control volitivo. Consistente con este supuesto, la T.A.R. ve una intención en la persona para adoptar o no adoptar una conducta, lo que sugiere entonces que esas conductas no son tan difíciles de predecir, lo que no significa que siempre habría una correspondencia perfecta entre intención y conducta; sin embargo, salvo eventos imprevistos, una persona actuaría de acuerdo a su intención (León, 2009).

La Teoría de la Acción Razonada (T.A.R) trata de explicar y predecir la conducta del ser humano relacionándola con un control volitivo. Según la TAR, la intención de una persona está en función de dos determinantes básicos:

a) Factor personal: se refiere a la evaluación personal positiva de aceptación o rechazo a realizar una conducta determinada. Este factor se llamó actitud hacia la conducta y se refiere al juicio personal acerca de esa conducta positiva o negativa y que está a favor o en contra del cumplimiento de esa conducta (León, 2009).

b) Factor social: es el reflejo de la influencia social y se refiere a la percepción personal de las presiones sociales para cumplir o no cumplir esa conducta. Este factor se llamó normas subjetivas. (León, 2009).

En general, los seres humanos intentarán cumplir una conducta cuando ellos la evalúan positivamente y cuando creen que importa a otros que piensan que deberían hacerlo, es decir, las intenciones conductuales se derivan de la combinación de factores personales e interpersonales: Creencias personales (factor personal) y creencias percibidas de las expectativas de personas o grupos significativos (factor social). Si ambos coinciden positiva o negativamente, se producirá o no la conducta. Pero no siempre sucede y podría ocurrir que la actitud hacia la conducta (factor personal) fuera positiva y la norma subjetiva (factor social) fuera negativa; en este caso, el ser humano debe hacer una ponderación relativa de los factores mencionados, situación que es variable de una persona a otra.

La ponderación relativa de los dos determinantes de intención aumenta significativamente el valor explicatorio de la teoría, ya que es posible predecir y comprender algo de la intención de una persona midiendo su actitud hacia el cumplimiento de una conducta, su norma subjetiva y su ponderación relativa (León, 2009).

De acuerdo con esta teoría, las actitudes están en función de las creencias. Si una persona cree que la conducta le llevará a resultados positivos tendrá una actitud favorable hacia el cumplimiento de esa conducta y viceversa. Estas creencias que son la base para las actitudes personales se llaman creencias conductuales.

La TAR puede ser aplicable en conductas sexuales de riesgo, particularmente en cambios de conducta preventivos como: uso de condón (preservativo), además existen resultados de estudios que incluyen el uso de píldoras anticonceptivas,

control de peso, cese de conductas fumadoras, autoexamen de mamas, alimentación del niño, entre otras.

Investigaciones que han confirmado la útil aplicación de modelos de conducta saludable preventiva en diversas poblaciones, afirmando que la T.A.R. proporciona un marco conceptual útil para investigadores que desean intervenir en cambios de conducta que originen estilos de vida saludables, sin descuidar los factores (creencias) personales y sociales ni dejar de lado la influencia volitiva en el control de la conducta humana y la contribución de los conocimientos que posee la persona en su conducta adoptada (León, 2009).

## 2.11 Intervenciones Preventivas

Se realizó una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: Elsevier, Redalyc, Springerlink y Scielo, donde se encontraron 30 artículos, de los cuales se eliminaron 20 por estar duplicados, el grupo etario no correspondían a adolescentes y algunos otros eran estudios empíricos, quedando un total de 10 artículos los cuales se describen a continuación.

Dentro del primer artículo que tiene por título Conocimiento de algunas características de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes: intervención educativa, tenemos que se realizó un estudio de intervención educativa en Camalote, Guáimaro, desde el 2007 al 2008 , con el cual se trabajó con una muestra de ciento treinta adolescentes de nivel secundaria. Se aplicó un cuestionario antes y después de la propuesta con las variables: factores de riesgo, complicaciones y conducta. El procesamiento de la información se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 6.0 para Windows. Llegando a la conclusión que se identificó como un factor de riesgo el inicio de las relaciones sexuales y la prostitución, la mitad de la población desconocían sobre el uso del preservativo, existía desconocimiento sobre la conducta a seguir ante un caso de ITS, y se obtuvo que al término del programa educativo se incrementó el conocimiento.

Respecto a una segunda intervención educativa sobre el conocimiento de factores de riesgo en el embarazo adolescente, en Cuba por los autores María Elena Virella Trujillo ; Adis González Osorio ; Dra. Mavel Chávez Roque ; Caridad Santana Serrano , se basó en los múltiples riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, de allí les surge la importancia de realizar acciones para disminuir los mismos y así mismo incrementar el conocimiento sobre los factores de riesgo en las gestantes adolescentes. El método consistió en

un estudio de intervención del año 2007 y 2008, la muestra se constituyó por sesenta y ocho adolescentes gestantes, el cual incluyó la aplicación de un cuestionario antes y después del programa educativo con las variables: conducta sexual, inicio de relaciones sexuales y edad del primer parto. Dicha intervención fue realizada en tres etapas: la etapa de diagnóstico donde se explicaron las características del estudio; la etapa de intervención que corresponde a la elaboración del programa educativo el cual fue aplicado en cinco sesiones con una duración de una hora y por último la etapa evaluativa que se realizó después de siete días de la intervención aplicando nuevamente la encuesta inicial. Llegando a la conclusión que si se identificó que existía desconocimiento en relación con los aspectos evaluados. Se elevó significativamente el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y ETS en adolescentes de la ciudad de Toledo. Realizada por los autores Sonsoles Callejas Pérez, Beatriz Fernández Martínez, Paloma Méndez Muñoz, M. Teresa León Martín, Carmen Fábrega Alarcón, Alejandro Villarín Castro, Óscar Rodríguez Rodríguez, Rodrigo Bernaldo de Quirós Lorenzana, Ana Fortuny Tacias, Francisco López de Castro y Olga Fernández Rodríguez. El objetivo principal de dicha intervención fue valorar los conocimientos y actitudes sobre métodos de prevención de los embarazos no deseados y las ETS, así como evaluar el resultado de una intervención educativa desarrollada en el ámbito escolar. Consistió en un estudio con una aplicación pre y post, sin un grupo control en los años 2003 y 2004, fue aplicada a estudiantes de cuarto curso de educación secundaria. La intervención se basó en la organización de un concurso de mensajes publicitarios los cuales debían ser elaborados por los propios estudiantes y agrupados en talleres de salud, cada centro participante fue supervisado por dos médicos residentes de medicina familiar y comunitaria de tercer año, así como impartir charlas educativas monográficas de aproximadamente cincuenta minutos. Aceptaron participar cinco centros

educativos de los catorce existentes en la ciudad de Toledo, la edad media de participantes actuaron en 15.59 años, los cinco centros participantes fueron dos privados y tres públicos. Cabe resaltar que antes de la intervención se realizó un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta anónima y auto complementada construida ad hoc, que constaba de veinte preguntas sobre hábitos sexuales, utilización de métodos anticonceptivos, conocimiento y actitudes acerca de los mismos y ETS/ SIDA. Se llegó a la conclusión que tras la intervención se aprecia una mejora en el nivel de conocimientos sobre anticonceptivos y sobre transmisión del sida y una actitud más positiva frente al VIH.

Indagando en una intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia, se encontró, con la elaboración de Lic. Arletty Gil Hernández; Dr. Yarmeín Rodríguez García†; Dr. Miguel Rivero Sánchez, el objetivo fue elevar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de un grupo de adolescentes a través de una intervención educativa. Como método se realizó una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, la muestra estuvo constituida por ochenta adolescentes. Se realizó en tres etapas: diagnóstica donde fueron identificadas las necesidades de aprendizaje y el nivel de los conocimientos del tema a tratar; de intervención donde se organizaron ocho sub grupos de capacitación con diez adolescentes cada uno, los cuales recibieron cinco sesiones de trabajo, con una duración de dos horas y la etapa de evaluación. Se obtuvieron como resultados que el sexo predominante fue el femenino, con una edad promedio de doce a catorce años de escolaridad primaria terminada. como conclusión se obtuvo que la intervención educativa logró elevar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre métodos anticonceptivos.

Dentro de la intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia, la cual tuvo como objetivo elevar el nivel de conocimientos sobre los métodos

anticonceptivos en un grupo de adolescentes a través de una intervención educativa. Donde se realizó un estudio de intervención educativa en un local uno del hospital policlínico Joaquín Agüero y Agüero, en el municipio de Camagüey en una duración de un año. Teniendo que predominó el grupo de adolescentes de 12 a 14 años, de escolaridad primaria concluida, predominando el sexo femenino. Como método se realizó una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, la muestra estuvo constituida por ochenta adolescentes. Dicha estrategia se realizó en tres etapas: diagnóstica donde fueron identificadas las necesidades de aprendizaje y el nivel de los conocimientos del tema a tratar aplicando a cada adolescente un cuestionario; intervención: se organizan ocho sub grupos de capacitación con diez adolescentes cada uno, los cuales recibieron cinco sesiones de trabajo, de dos horas de duración con frecuencias semanales y la última etapa fue de evaluación. Dicha intervención logró elevar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre métodos anticonceptivos.

En Cuba, la intervención educativa sobre educación sexual en adolescentes de una escuela secundaria básica, se realizó con la aportación de Jackeline Alpízar Navarro, Pablo Rodríguez Jiménez, Roberto Cañete Villafranca, con el fin de evaluar el impacto de una intervención educativa sobre educación sexual en estudiantes de una escuela secundaria básica, esto se realizó en una escuela rural. Como parte del método se diseñó y ejecuto un estudio cuasi experimental, se aplicó una encuesta inicial, mediante la que se determinaron las necesidades de aprendizaje, se realizó un proyecto de intervención a través de una modalidad: investigación- acción, la muestra estuvo conformada por el total de 368 estudiantes de séptimo, octavo y noveno grado. La selección de la muestra se efectuó en dos etapas: en la primera se seleccionaron ocho grupos de estudiantes en forma aleatoria, y en la segunda fueron elegidos diez estudiantes de cada grupo de la misma forma, para quedar seleccionados ochenta estudiantes de ambos sexos. Las actividades se organizaron en diez ocho horas con una

frecuencia semanal. Se llegó a la conclusión que los programas de intervención educativa en adolescentes deben considerar las características propias del grupo, así como las necesidades y aspiraciones, para lograr sus propósitos y con ello garantizar una mayor calidad de vida en ese grupo poblacional. Teniendo como resultados que los programas de intervención educativa en adolescentes deben considerar las características propias del grupo diana, así como sus aspiraciones y necesidades, para lograr sus propósitos y, con ello, garantizar una mayor calidad de vida en ese grupo poblacional.

Se realizó otra intervención educativa sobre ITS-VIH/ sida en estudiantes de la enseñanza preuniversitaria. Se realizó un estudio de intervención por Alba Cortés Alfaro, René García Roche, Zenia Lazo González, Juan Carlos Bolaños, Rosaida Ochoa Soto, Dania Pérez Sosa esto con el fin de elevar el nivel de conocimientos teóricos sobre las ITS-VIH/sida en los estudiantes de la enseñanza preuniversitaria. La investigación fue realizada en el Instituto Preuniversitario Vocacional de Ciencias, se llevó a cabo en tres etapas: diagnóstica, de intervención propiamente dicha, y de evaluación. Diagnóstica: En el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje se utilizaron variables cualitativas; Intervención: Se presentó el programa de capacitación que sería aplicado, se les entregó a los alumnos un manual instructivo para la prevención de las ITS-VIH/sida, así como sus herramientas de evaluación, y en la etapa de evaluación: aspectos tratados en el programa fueron evaluados tres meses después de concluida la última sesión, teniendo en cuenta los mismos criterios de la etapa diagnóstica. Como resultados obtuvieron que la metodología empleada propia del manual resulta útil para incrementar conocimientos y modificar las creencias y percepción de riesgo a partir de profesores previamente formados como promotores y facilitadores.

Se realizó una Intervención en el conocimiento, creencias y percepción de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, fue un estudio cuasi experimental, de intervención, en el centro educacional de la facultad de

tecnología de la salud, del municipio Cerro, realizada por Alba Cortés Alfaro, René García Roche, Dra. Zenia Lazo González, Juan Carlos Bolaños, Rosaida Ochoa Soto, Dania Pérez Sosa, esta consta de técnicas afectivas, participativas, de animación y reflexión, con profesores promotores, previamente adiestrados sobre estos temas, los que posteriormente los replican hacia sus educandos. La muestra estuvo representada por 453 alumnos pertenecientes a cuatro especialidades de dicha institución. La muestra quedó constituida por 453 personas: 232 del sexo femenino y 221 del sexo masculino. Los grupos de edad se distribuyeron en tres: de 15-19 años: 176 personas, de 20-24 años con 230 y de 25-29 años con 47 personas. Se evidencia un aumento en los niveles de conocimientos, creencias y en la percepción de riesgo, esto nos dice que la metodología empleada propia del manual resulta útil para incrementar conocimientos y modificar las creencias y percepción de riesgo a partir de profesores previamente formados como promotores y facilitadores, llegando a la conclusión la metodología empleada propia del manual resulta útil para incrementar conocimientos y modificar las creencias y percepción de riesgo a partir de profesores previamente formados como promotores y facilitadores.

Como conclusión de dichas intervenciones se tiene que en cada una se cumplió el objetivo de incrementar el conocimiento en los adolescentes para prevenir conductas de riesgo en un futuro, y además tener una sexualidad responsable y sana.

## Capítulo 3 Método

### 3.1 Participantes

La muestra incluyó 50 alumnos ambos géneros (femenino y masculino) de tercer año de una Escuela Preparatoria Oficial ubicada en el municipio de Chimalhuacán, Estado de México, las edades fluctuaron entre 17 y 21 años, turno matutino, utilizando 28 alumnos para grupo de intervención y 22 para un grupo control.

### 3.2 Instrumento

Cuestionario para investigar la información que poseen los adolescentes sobre métodos anticonceptivos (Félix, 2008), con un total de 50 ítems, escala tipo Likert, tiene una confiabilidad aceptable y cuenta con validez de apariencia y contenido, puede ser utilizado para investigar información que poseen los adolescentes de nuestro medio sobre métodos anticonceptivos (Anexo 1). El coeficiente de confiabilidad obtenido con el método de Kuder- Richardson fue de 0.8518.

Se divide en dos secciones: la primera sección, integrada por 11 reactivos (22%, preguntas 1-11) se registran los datos demográficos. La segunda sección está formada por 39 reactivos (78%, preguntas 12-50), de los cuales 36% (72%, preguntas 12-47) son calificables y 3 (6%, preguntas 48, 49 y 50), no son calificables, pues de estas, la pregunta no. 48 se refiere al interés de recibir más información sobre el tema, la no. 49 se refiere a la fuente de información sobre métodos anticonceptivos que posee el paciente y hay una pregunta (no.50) en la que se pide que exprese su preferencia en cuanto a la fuente de información sobre el tema.

Los reactivos calificables se dividieron de la siguiente forma: 8 se refieren a métodos de barrera (total: 22.2%, condón masculino 13.89%, preguntas 12, 13, 14, 15 y 16; condón femenino 2.78%, pregunta 25; diafragma 5.56% preguntas 20 y 32; 8 sobre espermicidas (total 22.22%, óvulos: 11.11% preguntas, 17, 27, 28 y

29; jaleas: 5. 56% preguntas 18 y 30; espumas: 5.56% preguntas 19 y 31), 3 acerca del dispositivo intrauterino (8.33%, preguntas 21, 41 y 42); 10 sobre métodos hormonales (total: 27.78%, hormonales orales: 8.33% preguntas 22, 37 y 38; hormonales inyectables: 8.33% preguntas 23, 39 y 40; parches: 2.78% pregunta 24; anticoncepción de emergencia: 8.33% preguntas 26, 45 y 46), 4 sobre métodos naturales (total: 11.11%, ritmo 5.56% preguntas 33 y 34, coito interrumpido: 5.56% preguntas 35 y 36), 2 sobre métodos definitivos (total: 5.56%, salpingoclasia: 2.78% pregunta 43 y vasectomía: 2.78% pregunta 44) y 1 pregunta (2.78%,pregunta 47) acerca de seguridad anticonceptiva.

### **3.3 Intervención**

Actualmente el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual representan un problema de salud pública que afecta al grupo poblacional de adolescentes y a la vez tiene severos impactos en la esfera biológica, psicológica, social, ética y económica.

Desde el punto de vista de la Educación para la Salud, el embarazo adolescente y las Infecciones de transmisión sexual, son una problemática de suma importancia que se tienen que trabajar con este grupo etario antes de que ya exista el problema para poder prevenir y que se genere una modificación conductual, esto con el objetivo de prevenir que cada vez sean más los adolescentes con esta problemática.

Ante esta problemática se diseñó un programa con un enfoque de Educación para la Salud (ver anexo 2) en donde se abarcan aspectos biológicos y sociales que influyen en que cada vez sean más los adolescentes con esta problemática.

El programa consta de 10 sesiones en donde se abarcan diversos temas que se relacionan con el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Los temas a tratar en las sesiones fueron: principales infecciones de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, clamidia, VIH, virus del papiloma humano), el

embarazo adolescente (riesgos, complicaciones) y el uso correcto de los métodos anticonceptivos (barreras, hormonales, naturales, intrauterinas y quirúrgicas).

Cada sesión tiene una duración de 45 a 60 minutos en donde se utilizan diversas técnicas como socio dramas, cambio de roles, talleres, sesiones, lluvias de ideas, debates, exposiciones y lecturas (ver tabla 2).

**Tabla 2. Contenido del programa “conozco, aprendo y toco”**

<p><b>Sesión 1:</b> “Rompiendo el hielo”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Presentación del objetivo del programa, del facilitador y alumnos.</li> <li>*Conociendo las reglas.</li> <li>*¿Y tú, como aprendes?</li> <li>*Pre cuestionario</li> </ul>	<p><b>Sesión 2:</b> “Juego, aprendo y pienso”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Presentación</li> <li>*Comenzando por nuestras creencias</li> <li>*Jugando con tarjetas</li> <li>*Despedida</li> </ul>
<p><b>Sesión 3:</b> “Juego, aprendo y pienso”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Saludo</li> <li>*Introducción</li> <li>*Papa caliente</li> <li>*Respondiendo dudas</li> <li>*Despedida</li> </ul>	<p><b>Sesión 4:</b> “Quiero o no quiero”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Bienvenida</li> <li>*Manos a la obra</li> <li>*Lloviendo ideas</li> <li>*Externando dudas</li> <li>*Manos a la obra</li> </ul>
<p><b>Sesión 5:</b> “Lo que pasa en 10 minutos, puede durar toda la vida”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Presentación</li> <li>*El amor pega duro, pero si usas condón no te deja moretón”</li> <li>*Ponerle con cariño es cuidarse y evitar el niño”</li> <li>*Promete y promete hasta que la mete,</li> </ul>	<p><b>Sesión 6:</b> “Sexo con sesos”</p> <p>“El pequeño detalle que hace la diferencia entre pañalera y mochila, se llama condón #úsalo”</p>

<p>una vez metido olvidó lo prometido”</p>	
<p><b>Sesión 7: “Sexo con sesos”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Capuchón cervical</li> <li>*Diafragma</li> <li>*Coito interrumpido</li> <li>*DIU</li> <li>*Espermicidas</li> </ul>	<p><b>Sesión 8: “Sexo con sesos”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Inyección anticonceptiva</li> <li>*Salpingoclasia</li> <li>*Vasectomía</li> <li>*Preservativo (masculino y femenino)</li> </ul>
<p><b>Sesión 9: “Más vale globo en mano”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Actividad “me subo o no me subo”</li> <li>*Debate de la actividad de ETS</li> <li>*Reflexión grupal</li> <li>*Cuenta tú experiencia</li> </ul>	<p><b>Sesión 10: “La experiencia EpS”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Lluvia de ideas sobre la experiencia del taller</li> <li>*Lo que más me gusto</li> <li>*Despedida del taller</li> <li>*Agradecimiento</li> <li>*Obsequio de preservativos</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

### **3.4 Procedimiento**

Se solicitó permiso a una Escuela Preparatoria Oficial del Municipio de Chimalhuacán, una vez teniendo autorización de la dirección escolar de dicha preparatoria, así como con el conocimiento del orientador, realizándose en el turno matutino para implementar el programa de educación para la salud donde tuvo como objetivo incrementar el conocimiento sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos con el fin de prevenir embarazos adolescentes e infecciones de transmisión sexual en alumnos de un grupo de tercer grado, donde se les aplicó un mismo cuestionario como pre y post prueba, para ver qué cambios se presentan antes y después de la intervención del propio programa. Es necesario mencionar que se les realizó un pre prueba del mismo cuestionario a otro grupo de tercer año turno matutino, y al término del programa se conocieron los resultados con el grupo de intervención y con el grupo control.

Para poder iniciar con la intervención a los padres o tutores de los alumnos del grupo intervención se les hará entrega de un consentimiento informado (Anexo 3), donde se les informa en que consiste el programa y si están de acuerdo en que sus hijos participen deberán firmar dando su consentimiento; por su parte a los alumnos se les entrega un asentimiento informado (anexo 4), también se les informo en que consiste el programa, que pueden retirarse cuando ellos así lo deseen, en ambos documentos se reitera que la información es confidencial utilizada solamente con fines académicos.

### **3.4 Plan de análisis**

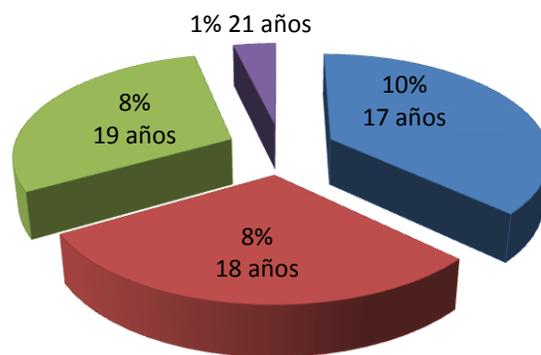
Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 21, para comprobar las hipótesis planteadas, también se utilizó la prueba paramétrica ANOVA de medidas repetidas.

## Capítulo 4: Resultados

### • 4.1 Resultados: Estadísticos Descriptivos

En la figura 3 se observa que la edad promedio de los participantes oscila entre 17 y 21 años, teniendo en su mayoría la edad de 17 años.

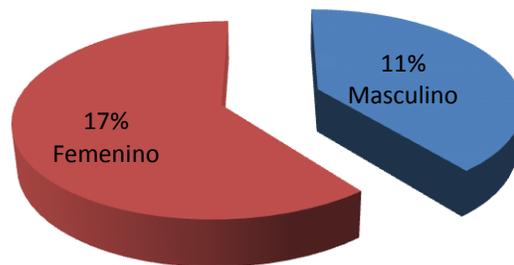
Figura 3 **Distribución de la muestra por edad**



Nota. Creación propia

En la figura 4 se observa que el sexo femenino fue predominante entre los participantes.

Figura 4 **Distribución de la muestra por sexo.**



Nota. Creación Propia

## 4.2 Estadísticos Inferenciales

Analizando la utilización de los métodos de prevención de las ITS y del embarazo adolescente antes y después de la intervención, se puede afirmar que en ambos momentos predominó la respuesta afirmativa, pero después de la intervención el conocimiento se incrementó teniendo como media en la pre prueba un 22.50 pasando a un 35.29; y obteniendo como significancia (P) .00 (figura 5). Utilizando la prueba estadística ANOVA de medidas repetidas, en SPSS versión 21; prueba que involucra comparar las medias de la pre y post prueba. Aceptando la hipótesis nula: la implementación de un programa de Educación para la Salud modifico los conocimientos de métodos anticonceptivos en los participantes del grupo con intervención.

**Figura 5.** Medias y desviaciones estándar para el grupo control y con intervención en la pre prueba y la pos prueba.

Factor	Grupo				F	p	D
	Intervención		control				
	Pre	Post	Pre	Post			
	M	M	M	M			
	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)			
<b>Conocimientos</b>	16.54	26.86	19.64	18.27	123.99	<b>.00</b>	<b>.72</b>
	(3.33)	(1.80)	(3.36)	(3.97)			

Nota. Creación Propia

## Capítulo 5: Análisis y Discusión

El programa tuvo un impacto satisfactorio debido a que los objetivos fueron cumplidos; el objetivo general de la intervención fue evaluar el impacto de un programa para aumentar los conocimientos de métodos anticonceptivos y de infecciones de transmisión sexual. Para cumplir el primer objetivo específico (Identificar el conocimiento que tienen los adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos) se aplicó un cuestionario como pre prueba para tener un resultado de los conocimientos que tenían los adolescentes antes de iniciar a implementar el programa.

El segundo objetivo fue diseñar un programa que se adecue al grupo con intervención con diversas estrategias como: dinámicas, demostraciones, ilustraciones, carteles exposiciones, carteles ilustraciones, etc.

El tercer objetivo que fue evaluar el programa se utilizó el programa SPSS versión 21, con una prueba de ANOVA de medidas repetidas.

Respecto a la hipótesis, se acepta la hipótesis alterna, ya que se lograron cambios significativos respecto a los conocimientos de los métodos anticonceptivos.

El desconocimiento de las ITS, del embarazo adolescente así como de los métodos anticonceptivos constituye un motivo de preocupación para la sociedad.

El abordaje del problema tiene que ver con formas creativas de presentar los mensajes, cambios de valores que impliquen modificaciones de conducta: No podemos seguir hablando de sexo seguro sino de sexo responsable. Se pudo observar que de los factores de riesgo presentados hubo dificultad en el reconocimiento por parte de los adolescentes como: la drogadicción, el no tener

conocimiento acerca de ITS, de los riesgos del embarazo adolescente, edad temprana del inicio de las relaciones sexuales, pobreza, relaciones sexuales con personas del mismo sexo; lo cual coincide con la bibliografía revisada, donde unos de los problemas que con mayor frecuencia se observan es que existe una inadecuada evaluación del riesgo personal, ya sea por no tener conocimientos acerca de las ITS, embarazo adolescente y métodos anticonceptivos o por no querer reconocer su propia conducta de riesgo y/o la de su pareja sexual.

El predominio del sexo femenino y la edad correspondiente a la adolescencia tardía guarda relación con otros resultados de investigaciones similares. La escuela juega un papel muy importante en la preparación de los adolescentes para el desarrollo de la sexualidad responsable, además el hecho de tener un nivel cultural mínimo y estar en estadios avanzados de la adolescencia, favorecen la comprensión de las actividades educativas desarrolladas.

Después de la intervención educativa de educación para la salud se observó que el mayor por ciento de adolescentes logró reconocer que deben emplearse los métodos anticonceptivos, para evitar el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.

La relación de la intervención de Educación para la Salud (EpS) con otros resultados de intervenciones similares se diferencia en primer lugar por el número de sesiones es decir la duración de las intervenciones en su mayoría fue de cinco sesiones, una cada semana con duración de una hora. A diferencia de la intervención de EpS se diseñó un programa con un enfoque de Educación para la Salud en donde se abarcan aspectos biológicos y sociales que influyen en que cada vez sean más los adolescentes con esta problemática.

El programa consta de 10 sesiones interviniendo un día a la semana con un tiempo aproximado de 60 a 120 minutos cada sesión educativa en donde se abarcan diversos temas que se relacionan con el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Los temas a tratar en las sesiones son: principales infecciones de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, clamidia, VIH, virus del papiloma humano), el embarazo adolescente (riesgos, complicaciones) y el uso correcto de los métodos anticonceptivos (barreras, hormonales, naturales, intrauterinas y quirúrgicas).

Lo anterior con ayuda de imágenes para distinguir cada infección, el tema de embarazo adolescente con causas, consecuencias como se puede prevenir y los riesgos que conlleva tener un embarazo a temprana edad, dejando al final los métodos anticonceptivos apoyándose de prototipos de los órganos sexuales femenino y masculino (vagina y pene) para hacer la técnica correcta de la colocación de los preservativos masculino y femenino; así como hablar de los métodos de barrera hormonales, orales, inyectables y definitivos; llevando en su mayoría los métodos en físico para que los adolescentes conocieran cada uno de ellos su forma correcta de utilizarlos o tomarlos según el caso, haciendo énfasis en los preservativos refiriéndose en que son los únicos que impiden un embarazo adolescente o una infección de transmisión sexual. Esta última siendo de menos importancia para los adolescentes pues temen más por un embarazo no deseado a contraer alguna infección como sífilis, gonorrea, clamidia, virus del papiloma humano, herpes genital, síndrome de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), etc.

Considerando importante que intervenciones anteriores no contaban con un grupo control para hacer la comparación del impacto de la misma. Además de que no fueron realizadas con personal capacitado en el tema como lo fue en el de EpS.

Retomando los objetivos de otras intervenciones donde su objetivo fue valorar los conocimientos y actitudes sobre métodos de prevención de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual; otros para elevar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos; otros tantos fueron con el fin de evaluar el impacto de una intervención sobre educación sexual; incrementar los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual y el virus de Inmunodeficiencia humana/sida y obtener una modificación de las creencias y percepción de riesgo hacia dichas enfermedades en cambio los objetivos de la intervención de EpS fue evaluar el impacto de un programa de intervención para prevenir embarazos no deseados e ITS; dar a conocer las consecuencias de un embarazo no deseado; saber cuáles son métodos anticonceptivos de los que disponemos para prevenir embarazos e ITS; fomentar habilidades para el uso de métodos anticonceptivos entre otros.

Y como parte del método en otros estudios de intervención utilizaron un diseño cuasi experimental, aplicaron encuestas iniciales mediante las cuales determinaron las necesidades de aprendizaje; utilizaron estrategias de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos; estudios pre y post sin contar con un grupo control, antes de la intervención realizaron un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta anónima sobre hábitos sexuales; haciendo diferencia entre el estudio de EpS donde el método consto con una muestra incluyendo 50 alumnos ambos géneros (femenino y masculino) de tercer año de una Escuela Preparatoria Oficial de Chimalhuacán, Estado de México donde las edades actuaron en 17 y 21 años, turno matutino, utilizando 28 alumnos para grupo de intervención y 22 para un grupo control, contando con un pre y un post de un cuestionario para investigar la información que poseen los adolescentes sobre métodos anticonceptivos con un total de 50 items, escala tipo Likert,

Como se observa que aunque con diferentes formas de intervenir obteniendo un resultado positivo para lograr el objetivo la estructura de un programa de educación para la salud es más completo a diferencia de los otros programas pues cuenta con un pre y un post; así como grupo intervención y grupo control, además de la duración que fue de 10 sesiones y los otros programas solo fueron de 5.

## Capítulo 6: Conclusiones

La presente investigación se planteó para hacer cambios en las conductas respecto a una vida sexual saludable, para aumentar el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos con la finalidad de que en un futuro se puedan prevenir embarazos adolescentes e infecciones de transmisión sexual; proporcionando una educación en salud en la etapa adolescente, al mismo tiempo posean un conocimiento apropiado con habilidades necesarias para tomar sus propias decisiones respecto al cuidado de su salud.

Por lo anterior, la presente intervención educativa con enfoque de Educación para la Salud tuvo como objetivo general evaluar un programa de educación sexual para aumentar conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, mediante la aplicación de diez sesiones educativas que se describen en el manual “conozco, aprendo y luego toco” (ver anexo 3) con estrategias de enseñanza-aprendizaje dirigidas a que los alumnos adquieran nuevos conocimientos con dinámicas, juegos, material didáctico y ejercicios de repaso acerca de cada tema aprendido en cada una de las sesiones impartidas.

Los objetivos ya mencionados anteriormente se cumplieron a través de la aplicación de un programa de educación para la salud logrando elevar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre métodos anticonceptivo. Dicho programa de intervención se realizó de una forma planificada, estructurada y evaluada, con una mayor duración de tiempo obtuvo un impacto positivo en el cambio de actitudes de manera significativa.

Respecto a la hipótesis, se acepta la alterna, ya que se lograron cambios significativos respecto al aumento de conocimientos de métodos anticonceptivos en los adolescentes del grupo intervención.

En la población estudiada, se identificó que existía desconocimiento en relación a los riesgos para padecer de ITS, complicaciones y conducta a seguir antes de la intervención.

Con relación a esto, se lograron resultados positivos de la presente intervención, indicando cambios en su conducta los adolescentes se mostraron muy participativos en las sesiones impartidas, mencionaban que el tema lo habían visto con sus profesores de asignatura pero de manera muy general, que solo llegaban y les explicaban los tipos de métodos anticonceptivos que existen pero ningún profesor se los había enseñado para que lo tocaran y pudieran sentir texturas, tamaños y entendieran mejor su funcionamiento de cada uno, mostrando interés por aprender, eran participativos, cuestionaban y externaban sus dudas sin ningún problema formando un ambiente de confianza para poder trabajar adecuadamente.

Los resultados obtenidos evidencian la utilidad de los estudios de intervención de educación para la salud al lograrse un incremento en el conocimiento. Los programas de prevención para los adolescentes deben tomar en cuenta las características de este grupo. Cualquier programa para adolescentes debe de ser interesantes, divertido e interactivos, debe incluir la opinión de los jóvenes en diseño e implementación. La participación de los jóvenes en los esfuerzos de prevención los educa acerca de la prevención de las infecciones de transmisión sexual y de embarazo adolescente les da una sensación de responsabilidad. Considerando las características propias del grupo, así como necesidades y aspiraciones, para lograr sus propósitos y con ello garantizar una mayor calidad de vida en ese grupo poblacional.

La educación para la Salud, en esta etapa de adolescencia, así como en la vida es de gran utilidad tener a un personal capacitado que pueda orientarte para prevenir

diversos temas de salud que en la actualidad son alarmantes las cifras de incremento como en esta ocasión de embarazos adolescentes por desconocimiento de la utilización adecuada de los métodos anticonceptivos.

Saber cuáles son métodos anticonceptivos de los que disponemos para prevenir embarazos e ITS, de una manera lúdica ayuda a captar la atención de los adolescentes y se centren en el tema.

Al mismo tiempo, el programa presentó un enfoque de educación para la salud, el cual interviene con una enseñanza y facilita el aprendizaje, aprende a construir el conocimiento, es decir, manejar, organizar, estructurar y comprender la información, actitudes y desarrollar hábitos que conduzcan a comportamientos de vida saludables, promover la modificación de los factores externos que influye, negativamente en la salud; modificar las pautas de comportamiento y actitudes de los adolescentes, siempre y cuando sus hábitos sean insanos al objetivo de hacer la oportuna corrección e identificar los fundamentos de una buena salud sexual, la identificación del método anticonceptivo adecuado, con la intensión de un intercambio y análisis de la información, utilizando dinámicas, técnicas y estrategias que permite desarrollar habilidades, con el propósito de inducir comportamientos para el cuidado de su salud individual y al mismo tiempo colectiva de los adolescentes. Se debe aceptar la salud como un valor fundamental y tomar parte activa en su defensa y gestión.

### **Limitaciones**

Durante la aplicación del programa se encontraron algunos obstáculos que impidieron que la intervención se llevara a cabo de manera adecuada como fue la falta de tiempo dado que en 60 minutos que duraron las sesiones era poco tiempo para dar el cierre de sesión y la retroalimentación del tema; otro obstáculo fue que

la institución educativa no tenía el espacio suficiente para hacer las dinámicas los salones son pequeños y por mobiliario el espacio quedaba reducido. Por parte de los alumnos hubo disposición e interés en los temas ya que participaron en las dinámicas y daban sus diferentes opiniones en los debates.

### **Propuestas**

Para lograr una eficacia en las intervenciones educativas se recomienda:

- ✓ Que educadores para la salud proporcionen información y educación en la población pues son los especializados en todo tipo de temáticas y actúan desde la prevención.
- ✓ Implementar intervenciones educativas mínimo 8 sesiones (una por semana) y con una duración de 40 a 60 minutos cada una, pues contribuirá a que la población adolescente adquiera un mayor aprendizaje a largo plazo.
- ✓ Es indispensable hacer un cierre de cada sesión con conclusiones para despejar las dudas que tuvieron durante la intervención.
- ✓ Se recomienda llevar a cabo las intervenciones en espacios amplios y que sea un ambiente tranquilo sin distractores que roben la atención de la población a la que se desea educar.
- ✓ Es recomendable utilizar material educativo como revistas, periódicos, videos, trípticos, cine debate y dinámicas de manera que no solo se informe a la población sino que también adquiera sensibilización para modificar comportamientos, conductas actitudes y prácticas sexuales.
- ✓ Diseñar un proyecto de escuela para padres con el fin de informar a los padres sobre la sexualidad, para que adquieran confianza al hablar sobre estos temas con sus hijos.

## Capítulo 5: Referencias

Administración Nacional de Educación Pública. (2008) La educación sexual en el sistema educativo público uruguayo hoy. *En educación sexual: su incorporación al sistema educativo*, Uruguay: Nordan- Comunidad del sur.

Barbato, W. (2001). *Manual de planificación familiar y Métodos anticonceptivos s/:* UNR Editora.

Bustamante, B. (2011): *Sexualidad y Salud Mental*, México: Chicome.

Cantú, M. L., (2011) *Salud Integral del Adolescente 3*, Estado de México: Chicome.

Caudillo, C. & Cerna, M., (2007) *Sexualidad y Vida humana*, Universidad Iberoamericana, Estado de México.

Centro Nacional de Epidemiología. (2009) *Vigilancia epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual*. Instituto de Salud Carlos III. Recuperado en [www.msc.es](http://www.msc.es)

Cerruti, S. (2008). *La educación sexual en el sistema educativo público uruguayo hoy*. Sistema Educativo Público uruguayo. Recuperado de:

<http://www.anep.edu.uy/anep/phocadownload/>

Díaz A., Sugg C. & Valenzuela M. (2004) Embarazo en la adolescencia. *Educación sexual y anticoncepción previa*. Revista SOGIA, 11(3), 79-83.

Enciclopedia de salud. (2013). *Enciclopedia, dietética y psicológica*. Noviembre 2015, de enciclopediaSalud.com, Recuperado de: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/infeccion>

Fainson, Y. (2006) *Embarazo y Maternidad Adolescente en la Escuela Media*, Argentina, Miño y Dávila Editores.

García J. & Figueroa J. G. *Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes* área metropolitana de la Ciudad de México. (1992). Salud Pública México; 34(4):413-26.

González, G. R., Castro, A. J. & Moreno. A. L. (2011). *Salud y enfermedad en la adolescencia*. Promoción de la salud en el ciclo de vida. México: Mc Graw Hill., 113-125.

Kornblit, M., (2004) *Salud y Adolescencia*, Aique, Argentina.

Lawson, A. (2010), *Respuestas para Vivir una Sexualidad Inteligente y Segura*, Selector, México.

Measa M. J., Barella J.L. & Cobeña M. (2004). *Comportamientos sexuales y uso del preservativo en adolescentes de nuestro entorno*. Atención Primaria; 33: 374-80.

- Navarro B., Pérula L. A., Jurado A., Gascón F. J. & Gascón J. A. (2003). *Conocimiento de los adolescentes sobre el SIDA y las infecciones de transmisión sexual. Atención Primaria; 33: 216-22*
- Núñez RM, Hernández B, García C, González D, Walker D. *Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Pública Méx. 2003; 45(1): 92-102.*
- Ochoa, A., (1998) *Respuestas para Vivir una Sexualidad Inteligente y Segura*, Selector, México.
- Ochoa, A., (2008) *El Universo de la Sexualidad*, Aguilar, México.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). Unidad de Planificación Familiar y Población. *Anticoncepción de emergencia: guía para la prestación de servicios*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Mejoras en el acceso a la atención de buena calidad: criterios médicos para elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Ginebra: Organización Mundial de la salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2015), *Educación para la Salud*, recuperado en: <http://platea.pntic.mec.es/~jrui2/ast98/art40.htm>
- Orjuela O. L., Almonacid C. C. & Chalá. M. S. (2009). Población de 10 a 29 años. Manual moderno. *Educación para la salud, programas preventivos*. Bogotá, 147-181.

Salas Cuevas & Consuelo B., (2004) *Educación para la Salud: Selector*, México.

Secretaria de Salud (1993). Norma Oficial Mexicana “NOM 005-SSA2-1993” De los Servicios de Planificación Familiar. México: Diario Oficial de la Federación.

Schwarcz R., Fesina R. & Duverges C. (2005) *Obstetricia*. 6° Edición. Editorial El Ateneo, s/l.

Sferra A., et al., (2007) *Personalidad y relaciones humanas*: McGraw Hill, Colombia.

Torres. C. M., Roca. Z. A., Delgado. C. E., Hernández. G. A., López. G. A. B., Gómez D. & et al. Estrada G. R. A. (2011). *Educación de la sexualidad y prevención de las ITS y el VIH/SIDA los enfoques de género, de derechos y sociocultural*. Ministerio de educación.

Torres. P. L. (2011). *Conocimiento sobre métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual en estudiantes del nivel secundario en la localidad de villa Cañas, España*.

## Anexos

### Anexo1. Cuestionario para investigar la información que poseen los adolescentes sobre métodos anticonceptivos.

Este cuestionario es parte de una investigación para indagar la información que tienes sobre métodos anticonceptivos. Los siguientes son datos personales y confidenciales. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es que la información que proporcionas sea lo que tú sabes. Lee con atención, subraya la opción que elijas o llena el espacio en blanco.

1. ¿Cuál es tu sexo?      a) Femenino      b) Masculino
2. ¿Qué edad tienes? \_\_\_\_\_ Años
3. ¿Tienes información acerca de los condones o preservativos masculinos?  
a) Sí      b) No
4. ¿Cómo se usa el condón masculino?  
a) se puede volver a usar el mismo condón en más de una relación sexual.  
b) Se usa sólo una vez durante la relación sexual.  
c) Puedo usarlo sin revisar la fecha de caducidad.  
d) Puedo usarlo si el empaque está roto.
5. ¿En qué momento del acto sexual se debe colocar el condón masculino?  
a) Cuando se ha eyaculado.  
b) Justo antes de eyacular o terminar.  
c) Cuando el pene está erecto.  
d) Desde las primeras caricias.
6. Contesta sí, no o no sé, según consideres. ¿El condón masculino se utiliza como un método para prevenir un embarazo?  
a) Sí      b) No      c) No sé
7. Contesta sí, no o no sé, según consideres, ¿El condón masculino se utiliza como un método para prevenir infecciones sexualmente transmisibles?  
a) Sí      b) No      c) No sé
8. De los siguientes métodos anticonceptivos, tacha solamente aquellos que conoces.  

Método:	Si lo conozco:
a. Óvulos anticonceptivos	(    )
b. Jaleas espermicidas	(    )
c. Espumas espermicidas	(    )
d. Diafragma anticonceptivo	(    )
e. Patillas anticonceptivas	(    )
f. Inyecciones anticonceptivas	(    )
g. Parches anticonceptivos	(    )
h. Condón femenino y masculino	(    )
i. Anticoncepción de emergencia	(    )
j. Diu	(    )
k. Implante subdérmico	(    )

**De los siguientes enunciados tacha sí, no o no sé, de acuerdo a la información que tienes en relación a los óvulos anticonceptivos.**

**9. Los óvulos se usan en cada relación sexual.**

- a) Si      b) no      c) no sé

**10. Los óvulos se usan después de tener relaciones sexuales.**

- a) Si      b) no      c) no sé

**11. Los óvulos se usan solo una vez al mes.**

- a) Si      b) no      c) no sé

**12. ¿Cuándo se usan las jaleas espermicidas?**

- a) 15 minutos antes de cada coito.  
b) Después de tener relaciones sexuales.  
c) 1 hora antes de cada coito.  
d) No sé

**13. ¿Cuándo se usan las espumas espermicidas?**

- a) 15 minutos antes de cada coito.  
b) Después de tener relaciones sexuales.  
c) 1 hora antes del coito.  
d) No sé

**14. ¿Cuándo se usa el diafragma anticonceptivo?**

- a) Antes de cada relación sexual.  
b) Después de tener relaciones sexuales.  
c) Una sola vez al mes  
d) No sé

**15. ¿Tienes información sobre el método anticonceptivo del ritmo?**

- a) Si      b) no

**16. ¿En qué consiste el método anticonceptivo del ritmo?**

- a) Se pueden tener relaciones sexuales a la mitad de cada ciclo menstrual, óseo en la ovulación.  
b) Se pueden tener relaciones sexuales todos los días, independientemente de la ovulación.  
c) Se pueden tener relaciones sexuales una semana antes y una después de la menstruación.  
d) No sé

**17. ¿Tienes información del método anticonceptivo del retiro o coito interrumpido?**

- a) Si      b) no

**18. ¿En qué consiste el método del retiro o coito interrumpido?**

- a) El hombre eyacula fuera de la vagina de la mujer.  
b) Se realiza una operación definitiva por un método.  
c) No se deben tener relaciones sexuales por un mes.  
d) No sé

**19. ¿Tienes información acerca de las patillas anticonceptivas?**

- a) Si      b) no

**20. ¿Cuándo se toman las pastillas anticonceptivas?**

- a) Cada que tienes relaciones sexuales.
  - b) Cada tercer día.
  - c) Diario durante 21 o 28 días (según el tipo o la marca).
  - d) No sé
- 21. ¿Tienes información acerca de las inyecciones anticonceptivas?**
- a) Si
  - b) no
- 22. ¿Cuándo se usan las inyecciones anticonceptivas?**
- a) Antes de cada relación sexual
  - b) Cada mes, cada dos meses o cada tres meses (según el tipo o marca).
  - c) Cada quince días, cada semana (según el tipo o marca).
  - d) No sé
- 23. ¿Tienes información acerca del dispositivo intrauterino o DIU?**
- a) Si
  - b) no
- 24. ¿Quién debe colocar el DIU?**
- a) La misma mujer
  - b) Personal médico
  - c) La pareja
  - d) No sé
- 25. ¿Tienes información acerca de la operación femenina (salpingoclasia) para evitar el embarazo?**
- a) Si
  - b) no
- 26. ¿Tienes información acerca de la operación masculina (vasectomía) para evitar el embarazo?**
- a) Si
  - b) no
- 27. ¿Tienes información acerca de las patillas de anticoncepción de emergencia?**
- a) Si
  - b) no
- 28. ¿Hasta cuándo se puede utilizar el método anticonceptivo de emergencia, después de haber tenido relaciones sexuales?**
- a) 24 horas
  - b) 48 horas
  - c) 72 horas
  - d) 5 días
  - e) una semana
- 29. De los siguientes métodos anticonceptivos elige el que creas más seguro para evitar el embarazo.**
- a) coito interrumpido
  - b) Método del ritmo
  - c) Condón masculino
  - d) Patillas anticonceptivas
  - e) No sé
- 30. ¿Tienes interés en recibir más información sobre este tema?**
- a) Si
  - b) no
- 31. ¿De dónde has obtenido la información que tienes sobre los métodos anticonceptivos? (En esta pregunta puedes elegir más de una opción).**
- a) amigos
  - b) padres

- c) hermanos
- d) mi médico
- e) maestro
- f) otro\_\_\_\_\_

**32. Si quisieras tener más información sobre este tema, ¿quién te gustaría que te diera esta información? (en esta pregunta puedes escoger más de una opción).**

- a) Amigos
- b) padres
- c) hermanos
- d) medico
- e) maestro
- f) personal capacitado
- g) otro\_\_\_\_\_

**¡Gracias por tu participación!**

## **Anexo 2. Manual de intervención “conozco, aprendo y luego toco”**

### **PRESENTACIÓN**

Actualmente el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual representan un problema de salud pública que afecta al grupo poblacional de adolescentes y a la vez tiene severos impactos en la esfera biológica, psicológica, social, ética y económica.

Desde el punto de vista de la Educación para la Salud, el embarazo adolescente y las Infecciones de transmisión sexual, son una problemática de suma importancia que se tienen que trabajar con este grupo etario antes de que ya exista el problema para poder prevenir y que se genere una modificación conductual, esto con el objetivo de prevenir que cada vez sean más los adolescentes con esta problemática.

Ante esta problemática se diseñó un programa con un enfoque de Educación para la Salud en donde se abarcan aspectos biológicos y sociales que influyen en que cada vez sean más los adolescentes con esta problemática.

El programa consta de 10 sesiones en donde se abarcan diversos temas que se relacionan con el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Los temas a tratar en las sesiones son: principales infecciones de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, clamidia, VIH, virus del papiloma humano), el embarazo adolescente (riesgos, complicaciones) y el uso correcto de los métodos anticonceptivos (barreras, hormonales, naturales, intrauterinas y quirúrgicas).

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Lograr el aumento de conocimientos en los adolescentes, para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS) por medio de los métodos anticonceptivos.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Dar a conocer a los adolescentes sobre las consecuencias que trae consigo el contagiarse de alguna infección de transmisión sexual.
- Identificar las formas de contagio de las ITS que conocen los adolescentes.
- Profundizar en los motivos que explican los embarazos no deseados en adolescentes para evitar exponerse a situaciones de riesgo y hacer elecciones responsables.
- Dar a conocer las consecuencias de un embarazo no deseado.
- Saber cuáles son métodos anticonceptivos de los que disponemos para prevenir embarazos e ITS.
- Fomentar habilidades para el uso de métodos anticonceptivos.

## ACTIVIDADES A REALIZAR

El programa incluye 10 sesiones en donde se les brinda a los adolescentes información clara y oportuna relacionada con su vida sexual, valores, las formas de contagio de una ITS, prevenir un embarazo adolescente y cómo utilizar la gama de métodos anticonceptivos.

Cada sesión tiene una duración de 45 a 60 minutos en donde se utilizan diversas técnicas como socio dramas, cambio de roles, talleres, sesiones, lluvias de ideas, debates, exposiciones, lecturas, proyecciones.

<p><b>Sesión 1:</b> “Rompiendo el hielo”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*presentación del objetivo del programa, del facilitador y alumnos.</li> <li>*Conociendo las reglas.</li> <li>*¿Y tú, como aprendes?</li> <li>*Pre cuestionario</li> </ul>	<p><b>Sesión 2:</b> “Juego, aprendo y pienso”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Presentación</li> <li>*Comenzando por nuestras creencias</li> <li>*Jugando con tarjetas</li> <li>*Despedida</li> </ul>
<p><b>Sesión 3:</b> “Juego, aprendo y pienso”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Saludo</li> <li>*Introducción</li> <li>*Papa caliente</li> <li>*Respondiendo dudas</li> <li>*Despedida</li> </ul>	<p><b>Sesión 4:</b> “Quiero o no quiero”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Bienvenida</li> <li>*Manos a la obra</li> <li>*Lloviendo ideas</li> <li>*Externando dudas</li> <li>*Manos a la obra</li> </ul>
<p><b>Sesión 5:</b> “Lo que pasa en 10 minutos, puede durar toda la vida”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Presentación</li> <li>*El amor pega duro, pero si usas condón no te deja moretón”</li> <li>*Ponerle con cariño es cuidarse y evitar el niño”</li> <li>*Promete y promete hasta que la mete,</li> </ul>	<p><b>Sesión 6:</b> “Sexo con sesos”</p> <p>“El pequeño detalle que hace la diferencia entre pañalera y mochila, se llama condón #usalo”</p>

<p>una vez metido olvidó lo prometido”</p>	
<p><b>Sesión 7: “Sexo con sesos”</b></p> <p>“El pequeño detalle que hace la diferencia entre pañalera y mochila, se llama condón #usalo”</p>	<p><b>Sesión 8: “Sexo con sesos”</b></p> <p>“El pequeño detalle que hace la diferencia entre pañalera y mochila, se llama condón #usalo”</p>
<p><b>Sesión 9</b></p> <p>“El pequeño detalle que hace la diferencia entre pañalera y mochila, se llama condón #usalo”</p>	<p><b>Sesión 10</b></p> <p><b>“rompiendo mitos”</b></p>

## PRIMERA SESIÓN

El objetivo de esta sesión es dar a conocer el objetivo del programa, una introducción general a los temas que se estarán abordando a lo largo de las 10 sesiones como son las ITS, embarazo adolescente y el uso correcto de los métodos anticonceptivos (10 minutos), al mismo tiempo de la explicación se pasa una hoja para que los alumnos anoten sus nombres, para llevar un control del número de participantes.

Como siguiente actividad se les informa en general como se está trabajando el programa explicando que solo serán 10 sesiones de entre 40 y 60 minutos por semana, se les menciona en voz alta y a manera de plática algunas actividades que a lo largo de las sesiones se implementarán (crucigramas, actividades grupales, socio dramas, cuestionarios, entre otras), y una pregunta en voz alta seleccionando a 5 alumnos para que contesten ¿qué actividades les gustaría hacer de acuerdo a las temáticas ya mencionadas?, o de ¿qué manera les gustaría llevar la sesión?, para tomar en cuenta sus ideas y hacer algo similar para que muestren interés por las actividades, se les proporcionará una copia donde estará el reglamento de las sesiones (anexo 1) para que lo conozcan y saber si están de acuerdo, se leerá en voz alta ante todo el grupo, considerando 10 minutos para dicha actividad.

Al término de esta actividad se preguntará a los alumnos si tienen alguna duda sobre el programa del que serán parte, se les dará unos minutos para ver si surge alguna duda. (5 minutos), después de contestar las dudas que se tengan si es que existen, la instrucción siguiente es que se presenten con el facilitador mencionando para ello: su nombre, edad, pasatiempo favorito, y que les gustaría saber de los temas ya mencionados, esto en 15 minutos.

Por última actividad ¿y tú, como aprendes?, se aplica el cuestionario Determina tu propio estilo de aprendizaje de Rebeca L. Oxford (anexo 2), con el objetivo de saber cuál es la manera en que aprenden más los alumnos para poder hacer actividades de esa índole ya sea visual, auditivo o manual, se dará la despedida agradeciendo su atención y mencionando que se espera que su participación sea con entusiasmo y participación, para que el aprendizaje sea significativo, en 10 minutos. Esta actividad les será proporcionada una fotocopia la contestaran y la recoge el facilitador para revisar los resultados y en la sesión dos se les regresa.

Para finalizar la primera sesión, se les agradece su participación mencionando que no olviden el reglamento y la próxima fecha de sesión.

Para esta sesión los materiales que se utilizan son: Fotocopias del reglamento, fotocopias de cuestionario ¿y tú, como aprendes? Y un marcador para pizarrón.

## **Anexo 1**

### **REGLAMENTO**

- \*Puntualidad
- \*Participación en clase
- \*Trabajo en equipo
- \*Mantener un comportamiento adecuado que permite el desarrollo de la clase
- \*Mantener el salón limpio
- \*No usar vocabulario altisonante
- \*Conducirse con respeto y cordialidad
- \*Evitar interrupciones de la clase por aspectos personales (poner en modo silenciosos o apagar celulares)
- \*No realizar trabajos ajenos a la clase
- \*Cuidar el mobiliario del salón de clases.

### **REGLAMENTO**

- \*Puntualidad
- \*Participación en clase
- \*Trabajo en equipo
- \*Mantener un comportamiento adecuado que permite el desarrollo de la clase
- \*Mantener el salón limpio
- \*No usar vocabulario altisonante
- \*Conducirse con respeto y cordialidad
- \*Evitar interrupciones de la clase por aspectos personales (poner en modo silenciosos o apagar celulares)
- \*No realizar trabajos ajenos a la clase
- \*Cuidar el mobiliario del salón de clases

**ANEXO 2:** DETERMINA TU PROPIO ESTILO DE APRENDIZAJE (REBECA L. OXFORD).

**INSTRUCCIONES:** Para cada nueva propuesta, encierra en un círculo la respuesta que representa tu punto de vista con lo siguiente:

	0= NUNCA	1= ALGUNAS VECES	2= MUY A MENUDO	3= SIEMPRE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

**RESULTADOS:**

Sume su puntuación de los incisos 1- 10; escríbalo aquí \_\_\_\_\_ (visual)

Sume su puntuación de los incisos 11-20; escríbalo aquí \_\_\_\_\_ (auditivo)

Sume su puntuación de los incisos 21-30; escríbalo aquí \_\_\_\_\_ (manual)

Encierre en un círculo el puntaje más alto, si dos o tres puntuaciones están a dos puntos de diferencia, encierre las juntas. La(s) que encerró en el círculo es su estilo de aprendizaje más utilizado.

## Segunda Sesión

El objetivo de esta sesión es brindar información de las ITS más frecuentes, para que los alumnos sepan identificar cada una de las infecciones, sus síntomas y como se pueden prevenir, para esto se divide en dos sesiones donde se habla de las ITS, en la sesión dos y tres cada una aborda tres infecciones más comunes, en la sesión dos se trabajara con la sífilis, gonorrea y clamidia; abordando su concepto, su forma de contagio y cómo evitar contagiarse.

Debido a la delicadeza del tema como primera actividad se saluda al grupo preguntando como va su día, que clase tuvieron, etc. Seguido de esto el pase de lista, esto en 5 minutos, seguida de una dinámica grupal con duración de 15 minutos, para generar confianza en el grupo y poder hablar de manera libre y confidencial.

La dinámica se llama “comenzando por nuestras creencias”, tiene como objetivo comenzar a abordar temas vinculados con la sexualidad, conocer creencias, ideas u opiniones e identificar mitos y prejuicios en el grupo para ir trabajando con ellos y al final de la intervención aclarar los mitos. El procedimiento de la dinámica es el siguiente:

1. Se propone al grupo formar una fila en el centro del salón, la instrucción es: *Iremos leyendo frases afirmativas donde ustedes tendrán que expresar si están de acuerdo o no, es decir, si es verdadera o falsa. Luego de cada frase quienes estén que es verdadera tendrán que ubicarse a la izquierda de la fila, quienes piensen que es una afirmación falsa se ubican a la derecha, y quienes tengan duda se quedan en la fila.*
2. Posteriormente quienes tomaron posición y se ubicaron en uno de los lados de la fila deberán argumentar su postura, tratando de hacer que quienes quedaron en medio tomen una posición y se coloquen en uno de los lados.
3. Se podrán leer 5 o 6 frases (Anexo uno), todas pueden referirse al mismo tema o a diferentes que serán abordados a lo largo de la intervención.

La segunda actividad es para dar paso al primer tema que son las ITS abordando la sífilis, gonorrea y clamidia 25 minutos, por lo consiguiente se realiza la actividad “jugando con tarjetas”, con el objetivo de identificar vías de transmisión y prevención de las ITS; el procedimiento para su desarrollo es el siguiente:

1. Se divide al grupo en equipos de 10 alumnos. Se les entrega: un pliego de papel bond, que tendrán que dividir en 2 columnas con los siguientes

encabezados: verdadero y falso, por equipos el facilitador les brinda unas tarjetas con afirmaciones de una infección específica.

2. Cada grupo deberá pegar cada tarjeta en la columna según crea que es verdadero o falso. Se pueden entregar las mismas tarjetas a todos los equipos o diferentes tarjetas por equipo.
3. Una vez que hayan colocado todas las tarjetas en el papel bond, se pasa a trabajar en exposición a todo el grupo compartiendo lo trabajado y lo discutido por cada equipo. A partir de allí se aborda cada una de las ideas, se corrigen posibles prejuicios, mitos, conceptos erróneos, y se brinda información sobre las ITS desde un enfoque preventivo.

Para dar por terminada la sesión se pregunta si tienen dudas para aclararlas y que se les deja como un plus que lean un poco sobre el virus del papiloma humano, el herpes genital y el VIH (5 minutos).

Los materiales que se utilizan para estas actividades son: lista de frases que utiliza el facilitador, 5 pliegos de papel bond, plumines, tarjetas con afirmaciones que entrega el facilitador, pegamento o diurex.

## ANEXO 1

- Con una pareja estable no es necesario usar preservativos porque no hay riesgos.
- Las personas tienen derecho a elegir si quieren o no tener hijos, cuándo y con quien.
- Se puede contagiar una ITS sin tener relaciones sexuales.
- Una de las causas de las ITS son las relaciones sexuales sin protección.
- Una buena razón para postergar las relaciones sexuales es el riesgo de contraer una ITS o de un embarazo.
- Es mayor la protección si se utilizan dos preservativos en cada relación sexual.

## Sífilis

Se transmite por relaciones sexuales.

No se transmite por vía oral o anal.

Aparece una úlcera llamada chancro.

Puede ser transmitida aunque no haya penetración o intercambio de fluidos.

Los primeros síntomas se detectan entre los 10 y los 90 días posteriores de la relación

El chancro dura 2 o 3 meses y sanará, y de esa manera se quita de manera natural.

Puede ser curable.

## CLAMIDIA

Es causada por una bacteria

Uno de sus síntomas es la salida de líquido vaginal.

A los hombres les arde al orinar.

Causa cicatrices en las trompas de Falopio.

Se puede tener abstinencia por más de dos meses para curar la infección.

Si la mujer está embarazada, el bebé no corre ningún riesgo.

Los hombres solo son portadores y no tienen la infección.

## GONORREA

Causa infección en la garganta.

Se contagia solamente si eres bisexual.

Los hombres pueden tener secreciones de color blanco o verde.

Es una ITS no curable.

Puede provocar infertilidad si no se trata adecuadamente.

Se puede propagar a la sangre o a las articulaciones.

### Sesión 3

El objetivo de esta sesión es dar el seguimiento a la segunda sesión, abordando diferentes ITS (papiloma humano, herpes genital y VIH), de igual manera para identificar sus formas de contagio, medidas preventivas, y que sepan identificar una de otra.

Antes de iniciar la clase se saluda a los alumnos, seguido de la explicación de la dinámica a desarrollar, aproximadamente en 5 minutos.

Para lograr este objetivo se inicia con la dinámica, “la papa caliente”, para reforzar lo visto la sesión anterior, el procedimiento de la dinámica es el siguiente:

1. Se le indica a los alumnos que hagan un círculo con sus bancas, para poder iniciar la dinámica, se les explica en que consiste mencionando lo siguiente: *“la dinámica se llama la papa caliente, todos vamos a cantar la canción y quien no cante automáticamente pierde y el responde la pregunta que se le indique, ¿tienen dudas?, si contestan que no tienen dudas se dará paso a la dinámica. Esto se realiza en 15 minutos.*

2. La persona que pierda es el que contesta una pregunta relacionada con la sesión anterior, será realizada por el facilitador (anexo 1). Aproximadamente se realizan de 6 a 10 preguntas, esto para ver si lo que se explicó fue claro para que lo comprendieran.

Al término de la dinámica anterior se realiza la explicación de las tres infecciones (VIH, VPH y herpes genital) correspondientes a la sesión, apoyándose de un cartel de papel de color e imágenes, ya realizada por el facilitador (anexo 2), donde explica brevemente cada infección su definición, causa, síntomas, formas de detección y como se previenen.

## Anexo 2

**VIH**  
**VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA**  
**Causada por:** fluidos corporales con el virus.  
**Síntomas:** erupciones cutáneas, fiebre, cansancio, entre otros.  
**¿Cómo se detecta?:** prueba de Elisa; detección rápida y de Western Blot.

**HERPES GENITAL**  
**Causada por:** herpes simple tipo 1 y 2.  
**Síntomas:** fiebre, llagas en la vagina y ano, entre otros.  
**¿Cómo se detecta?:** con muestras de las llagas.

**VPH**  
**VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**  
**Causada por:** tipos de virus.  
**Síntomas:** verrugas en ano, labios vaginales y perineo; cáncer uterino en los casos más graves.  
**¿Cómo se detecta?:** análisis de las células

**ITS**

The infographic features a central illustration of a globe with a red prohibition sign over it, surrounded by cartoonish virus characters. The background is a pink dotted pattern. The text is organized into three colored circles: light green for HIV, light purple for Herpes Genital, and light orange for VPH. A large orange starburst contains the acronym 'ITS'.

## **Sesión 4**

Al iniciar la sesión se les da la bienvenida a los participantes a la segunda unidad del taller, el facilitador menciona el nombre “quiero o no quiero”, resaltando también los temas a abordar sin olvidar mencionar que esta unidad se divide en dos sesiones; la primera sesión se trata de definir que es el embarazo adolescente, las causas y factores de riesgo, el tiempo estimado para esta presentación es de 5 minutos.

Como segunda actividad el facilitador pide la dinámica “manos a la obra” que se quedó pendiente la sesión anterior, para dar paso a la siguiente actividad, el tiempo estimado es de 5 minutos.

La primera dinámica será una lluvia de ideas en el pizarrón, mismas que le serán dictadas al facilitador de los participantes donde la instrucción es la siguiente:

“vamos a realizar una lluvia de ideas del embarazo adolescente, ustedes me dirán una palabra que quieran y que sea relacionada con el tema”.

Al término de la lluvia de ideas se pide a 5 participantes que hagan una conclusión del tema con las ideas escritas en el pizarrón, y posteriormente el facilitador dará otra conclusión explicando detalladamente el tema, resolviendo dudas, inquietudes y aclarando mitos del tema, esto en 30 minutos.

Después de la lluvia de ideas se dan 5 minutos para que los participantes mencionen si les quedo alguna duda y en ese momento aclararlas. Si no las tienen se agradece su participación mencionando que como actividad “manos a la obra” se llevaran a casa una sopa de letras ( anexo 1) para entregar la próxima sesión y lo hagan con colores con una reflexión detrás de ella.

## Anexo 1

a	b	n	a	c	i	m	i	e	n	t	o	p	r	e	m	a	t	u	r	o
i	d	c	a	d	i	j	m	u	e	r	t	e	k	l	m	o	p	r	s	t
l	n	o	i	c	a	m	r	o	f	n	i	e	d	o	a	t	l	a	f	t
i	v	o	l	p	q	a	i	a	b	o	r	t	o	e	z	c	u	x	n	e
m	k	p	q	e	d	u	c	a	c	i	o	n	s	e	x	u	a	l	l	c
a	u	r	u	o	s	i	r	e	s	d	e	p	r	e	s	i	o	n	o	o
f	p	r	o	y	e	c	t	o	d	e	v	i	d	a	s	r	e	o	p	n
Z	r	p	l	o	p	r	e	e	c	l	a	m	s	i	a	p	r	i	n	o
P	r	o	r	a	a	b	a	n	d	o	n	o	e	s	c	o	l	a	r	m
a	p	e	n	j	u	t	q	a	c	b	e	d	c	r	t	i	p	i	g	i
t	g	h	i	h	i	g	o	a	x	i	a	b	e	c	l	a	m	s	i	a
a	d	o	p	c	i	o	n	z	a	b	a	j	o	p	e	s	o	q	z	k

## Sesión 5

Para iniciar la sesión saludamos a los participantes, preguntándoles ¿Cómo les fue?, ¿Qué han hecho mientras no hubo sesión?; después se pregunta a dos participantes que actividad se quedó pendiente de la clase pasada para discutir y aclarar, contestado lo anterior para resolver dudas, el facilitador pegara en el pizarrón la sopa de letras que se quedó como actividad “manos a la obra” la sesión pasada en papel bond previamente realizada por el facilitador, para resolverlo en conjunto y para verificar que se allá contestado correctamente con la información brindada, el tiempo aproximado de la actividad es de 30 minutos.

Posteriormente se les pide a los participantes hacer un círculo con sus bancas para esto se dará un tiempo de 3 minutos mencionando que ahora esta etapa de la intervención se llama “Lo que pasa en 10 minutos, puede durar toda la vida”; donde hablaremos del embarazo adolescente, las consecuencias, prevención del mismo. Para hablar sobre las posibles complicaciones de un embarazo adolescente usaremos el lema \*Promete y promete hasta que la mete, una vez metido olvidó lo prometido” esto con la ayuda de un memorama tamaño media carta cada imagen ya elaborado por el facilitador y al sacar el par del memorama se comienza a indagar sobre cada imagen, una vez terminado este memorama de las consecuencias se habla de la prevención del embarazo ahora con una nueva frase “El amor pega duro, pero si usas condón no te deja moretón”, y hablaremos de cómo se puede prevenir un embarazo; después tocaremos el tema del aborto como consecuencia “Ponerle con cariño es cuidarse y evitar el niño”. Para esta actividad el tiempo será de 25 minutos.

Terminada la dinámica del memorama (anexo 1) se pregunta a los alumnos si tienen dudas, si no es así se da por terminada la sesión, agradeciendo su participación mencionando que tienen que acomodar sus bancas en su lugar, para esto será un tiempo de 10 minutos.

## Anexo 1



# PREECLAMPSIA



# Parto Prematuro



# Anemia



# MUERTE INTRAUTERINA



Bajo peso  
al nacer



Aborto



**Miedo al  
rechazo  
social**



**RECHAZO  
AL BEBÉ**



**Problemas con  
la familia**



## **Problemas congenitos**



## **Deserción escolar**



## **Mortaliad materna- infantil**

## **Sesión 6**

Esta sesión se inicia saludando a todos los presentes, preguntando si todo lo que se ha visto hasta el momento ha quedado claro y si es así se dará paso a la sesión llamada “sexo con sesos”, explicando que a partir de esta sesión se hablara de métodos anticonceptivos y que el lema a utilizar estas 4 sesiones será:

“El pequeño detalle que hace la diferencia entre pañalera y mochila, se llama condón #usalo”

En estas cuatro sesiones se hablaran de todos los métodos de barrera, orales, hormonales, naturales, definitivos; iniciando con los métodos menos utilizados como lo es la esponja, el anillo vaginal, parche, capuchón, diafragma y espermicidas. La mayor parte de la explicación será por parte del facilitador teniendo la responsabilidad de aclarar dudas en el transcurso de la sesión.

Con ayuda de prototipos de cada anticonceptivo se irá dando la información mostrándolos a los participantes para que se les permita la manipulación de los mismos, explicando cómo se utilizan, su eficacia y si tienen efectos secundarios también se mencionaran.

Al término de cada explicación se hará una ronda de preguntas respecto a la información brindada y entre cada pregunta también se ara alguna de un mito para ir descartando este tipo de situaciones en un futuro.

Para terminar se les deja como actividad “manos a la obra” para la próxima sesión que investiguen con sus familias que utilizaban antes para cuidarse de un embarazo. Agradeciendo su participación.

## **Sesión 7**

Saludando los participantes que se encuentren en la sesión pasamos a la sesión “sexo con sesos” igual que la anterior recordando que hablaremos de métodos anticonceptivos en esta ocasión de las pastillas, inyecciones, implante subdérmico y el dispositivo intra uterino (DIU).

Antes de iniciar con el tema se les pide su actividad “manos a la obra” que se quedó pendiente la sesión pasada para guardarlo y ocuparlo en otra sesión.

En esta sesión será un poco más rápido por cuestión de que los métodos anticonceptivos no son muchos a explicar iniciamos haciendo un rectángulo en el pizarrón con cuatro divisiones para escribir con ayuda de algún participante o el mismo facilitador puede hacerlo, en estas cuatro divisiones se pondrá como encabezado pastillas, inyecciones, DIU e implante; para que al final se haga una conclusión que será realizada por todos los presentes en la sesión con las pastillas haciendo diferencia entre las pastillas que son para tomar un mes con las pastillas de emergencia. De igual forma que la sesión pasada se trata de conseguir dichas pastillas para que los participantes los vean y se explica cómo se toman, sus ventajas y desventajas; de la misma forma se hace con la inyección anticonceptiva.

Pasando a el DIU y el implante explicando nuevamente ventajas, desventajas y que tan seguro es utilizarlos; sin olvidar escribir ideas principales en el rectángulo del pizarrón.

Para terminar con la sesión se piden opiniones para saber quién piensa que es mejor para evitar un embarazo, llegando a una conclusión con sus participaciones y la información que fue brindada durante la explicación.

Para despedir la sesión se borra el pizarrón, se agradece su participación recordando cuando será la próxima sesión recalcando que se agradecería su participación.

## **Sesión 8**

En esta sesión se les da la bienvenida una vez más con el lema “sexo con sesos” iniciando con un saludo cordial; para dar paso a la sesión tratándose esta vez del coito interrumpido, método del ritmo y la lactancia como método anticonceptivo.

Como en esta sesión los métodos de los que se hablara son biológicos no se puede llevar un prototipo para que los participantes lo conozcan; se les pide que con cuidado y en orden hagan una forma de ese “s” en el salón con sus bancas para hacer una pequeña dinámica. Donde el facilitador iniciara con la pregunta ¿en qué consiste el método del coito interrumpido?, deberán ir contestando cada participante en que consiste, el siguiente dirá una ventaja, el siguiente una desventaja; y así consecutivamente sino responde o no sigue la secuencia se le pedirá realice un castigo impuesto por los compañeros, dejándolo al final de la explicación para que se realice el castigo de todos los que se equivocaron cuando ya se considere oportuno cambiar de método anticonceptivo se pasara al método del ritmo, con la misma dinámica; y al final el facilitador explicara la lactancia materna vista como método anticonceptivo.

Al terminar la explicación se les pide a todos los que perdieron que pasen al frente solicitando al resto que den opciones de castigos serán tantos como el facilitador lo permita y lo tendrá que ir realizando uno por uno.

Para concluir se les pide acomoden su banca de manera ordenada, y nos despedimos agradeciendo su participación, preguntando si tienen alguna duda para aclararla en ese momento, de ser así se aclara y sino recordamos la fecha de la próxima sesión.

## Sesión 9

En esta sesión ya termina el modulo “sexo con sesos” con el método de barrera el preservativo masculino y femenino, apoyándose de prototipos de los órganos reproductores femenino y masculino (pene y vagina) y preservativos masculinos y femeninos para mostrar la técnica adecuada de colocar un condón.

Se inicia la sesión saludando a todos, mencionando que es el último módulo de sexo con sesos que esta sesión será participación mutua para hacer la demostración correcta.

Se inicia con el preservativo masculino, primero se pregunta quien quiere pasar a ponerlo y enseñarnos su técnica; esperando una participación activa de los participantes para llevar a cabo correctamente la sesión; se espera que haga la demostración y luego se pregunta a los demás que hizo bien, que hizo mal y que le hizo falta, para complementar entre todos y que otro participante pase al frente para hacerlo nuevamente ya con las observaciones que se hicieron para después dar paso al facilitador y que lo haga de manera correcta y paso a paso desde ver la fecha de caducidad; si se siente con aire, abrirlo de la línea punteada con la yema de los dedos; verificar si no está al revés para que no impida deslizarse por el cuerpo del pene, haciendo un pequeño ocho en la punta del condón para retirar el aire que tenga ponerlo en la punta del pene erecto para con la otra mano deslizarlo hacia abajo hasta desenrollar todo el preservativo; y después mostrar cómo se quita; haciendo lo mismo con el preservativo femenino, pero esta vez con el prototipo adecuado y el preservativo femenino, siguiendo los mismos pasos que el masculino solo que esta vez se utiliza el ocho con el aro que está dentro de la bolsa de poliuretano se coloca la mujer en una posición cómoda para introducir el anillo, aventándolo con un dedo para que el aro que está afuera cubra perfectamente los labios mayores de la vagina, también se muestra como se retira este preservativo.

Se pregunta si entendieron todos los pasos a seguir, siendo así se pasa a una lluvia de ideas en el pizarrón donde todos; se hacen dos equipos del grupo donde un equipo mencionaran un beneficio de utilizar algún método anticonceptivo y el otro equipo estará en contra de usar algún método anticonceptivo colocándolo en el pizarrón; llegando a una conclusión grupal. Para cerrar la sesión se pregunta si tienen dudas, recordando que la próxima sesión es la última.

## **Sesión 10**

Esta sesión esta denominada “rompiendo mitos” ya que está destinada a leer los mitos que pedimos anteriormente para descartar esas ideas que aun que son de épocas pasadas, nos damos cuenta que siguen presentes en muchos casos y que los siguen llevando a cabo; como los métodos para abortar naturalmente, es importante aclarar este tipo de mitos dando a conocer los riesgos que se tiene al querer hacer algo de esta magnitud.

Se saluda nuevamente a los participantes para mencionarles lo anterior, sacando los mitos al azar y leyéndolos en voz alta para su comprensión y discusión de todos, uno por uno hasta que los participantes ya no tengan dudas.

Después se destinara un tiempo para dar atención personalizada a quien así lo solicite o lo requiera.

En esta sesión esté permitido retomar temas de las primeras sesiones, en caso de que se requiera.

Se agradecerá su participación recordando que tendrán que contestar el cuestionario de un inicio siendo esta de la post prueba de nuestra intervención; se agradece su participación; y se abre un espacio para decir cómo les parecieron estas sesiones, que fue lo que aprendieron y cuál fue su experiencia.

### **Anexo3: Consentimiento informado**

#### **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ en forma voluntaria decido y sin ninguna presión, que mi hijo participe en el programa para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), así como información de métodos anticonceptivos el cual tiene como objetivo general evaluar un programa de educación sexual en adolescentes en la escuela preparatoria, sin salir de la misma, todo se llevará a cabo dentro de las instalaciones de la EPOEM, lo anterior para proponer acciones educativas a cargo de la alumna Anahi Magali Lara Bravo la cual está cursando la carrera de Licenciatura de Educación para la salud de la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl que tiene como finalidad con esta investigación el poder obtener su título de Licenciada en Educación para la Salud.

Se me ha explicado ampliamente en qué consistirá la participación de mi hijo y que al hacerlo no corre ningún riesgo, ni será remunerado. También estoy enterad(a) que su participación en este estudio es estrictamente voluntaria y que se puede retirar en el momento que lo desee sin ninguna represalia, la información que se recoja solamente se usará para que la investigadora obtenga su título y solamente se divulgará en foros de expertos.

Se aplicará un cuestionario de conocimientos de métodos anticonceptivos antes de iniciar el programa, al término del mismo y posteriormente tres meses después del término del programa, las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación por lo que su participación es anónima y toda la información brindada durante todo el programa será confidencial y solo se utilizará con fines académicos. También es de su conocimiento que si desea tener mayor información, puede acudir a la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl.

Hago constar que el presente documento lo he leído y de manera libre tomo la decisión de que mi hijo (a) participe en esta investigación.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de conformidad del padre o tutor \_\_\_\_\_

#### **Anexo 4: Asentimiento informado**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL  
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD  
ASENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_  
alumno de la Escuela Preparatoria Oficial No. 95, del grado \_\_\_\_\_ y  
grupo \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en participar en las actividades que realizará  
Anahi Magali Lara Bravo, estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de  
México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl de la Licenciatura en  
Educación para la Salud.

Estoy enterado que voy a contestar un cuestionario antes de iniciar el programa,  
al término del mismo y tres meses posteriores al termino del programa, teniendo  
como objetivo obtener información en relación a mi salud, después del primer  
cuestionario me integrare al programa de Educación para la Salud, obteniendo  
conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos, embarazo adolescente e  
infecciones de transmisión sexual.

Teniendo en cuenta que no se corre ningún riesgo al participar a este programa y  
que mi decisión es completamente voluntaria y que puedo retirarme del programa  
en el momento que yo así lo decida, no habrá ninguna consecuencia que dañe mi  
persona, no realizare ningún gasto y no recibiremos ningún pago por nuestra  
participación, así como toda la información que brinde será absolutamente discreta  
y confidencial, sólo será utilizada con fines académicos.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de conformidad del alumno: \_\_\_\_\_