



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

---

**EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL  
Y EMBARAZO NO PLANEADO EN LA ADOLESCENCIA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PRESENTA:

DIANA JAZMIN CRUZ JUÁREZ

ASESORA: DRA. EN C.S.C. GEORGINA CONTRERAS LANDGRAVE

NEZAHUALCOYÓTL, ESTADO DE MÉXICO, DICIEMBRE 2014

## **DEDICATORIA**

*A mis padres porque gracias a ellos logré culminar esta etapa de mi vida y con su amor y confianza lograron hacerme una persona de bien y es ahora cuando les agradezco que me hayan apoyado incondicionalmente y que tuvieran la fortaleza para darme consejos y palabras de aliento cuando más las necesité y gracias a ellos he logrado terminar una carrera profesional.*

***Diana Jazmín***

## **AGRADECIMIENTOS**

### ***A dios***

*Agradezco a dios un ser tan maravilloso que me dio fuerza y fe para creer lo que se me hacía imposible terminar.*

### ***A mi madre***

*Por todo el esfuerzo y sacrificio para brindarme todo el amor, comprensión y la confianza en cada momento de mi vida y por estar conmigo en cada triunfo y fracaso a lo largo de mi carrera y de mi vida y por su apoyo en el cuidado de mi hija.*

### ***A mi familia***

*A mi hermano, abuelita, tío, por estar siempre pendiente de mí y de mis logros, porque a pesar de que saben que no fue un trabajo fácil siempre*

*tuvieron una palabra de aliento para mí y estuvieron en los momentos más difíciles de este proceso.*

### ***A mi pareja y a mi hija***

*Por ser el motor que me impulsó a terminar mis estudios profesionales y por su ayuda e impulso para terminar este proyecto de mi vida y por estar conmigo en cada uno de mis triunfos y fracasos.*

### ***A mis compañeros y amigas***

*Porque estuvieron conmigo en todo momento y siempre me apoyaron.*

### ***A mis profesores***

*También expreso mis agradecimientos a todos mis profesores que estuvieron en el trayecto de mi carrera pero sobre todo al Dr. Esteban Jaime Camacho Ruíz por su apoyo y consejos y a la Dra. Georgina Contreras Landgrave por la ayuda en el asesoramiento de mi tesis.*

## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>PRIMERA PARTE</b>	
<b>PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
<b>CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 HIPÓTESIS.....</b>	<b>23</b>
<b>1.3 OBJETIVOS.....</b>	<b>24</b>
<b>1.4 JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO</b>	
<b>2.1 Aspectos biológicos.....</b>	<b>27</b>
2.1.1 Adolescencia.....	27
2.1.2 Salud sexual.....	27
2.1.3 Educación sexual.....	27
2.1.4 Embarazo.....	28
2.1.4.1 Prevención de embarazo en la adolescencia.....	28
2.1.4.2 Actitud frente a la experiencia del embarazo.....	29
2.1.4.3 Métodos anticonceptivos.....	31
<b>2.2 Aspectos Sociales.....</b>	<b>33</b>
2.2.1 La paternidad y la maternidad.....	36
2.2.2 Determinantes de la salud.....	38
2.2.3 Determinantes sociales.....	43
2.2.4 Causas del embarazo.....	44
2.2.5 Consecuencias del embarazo.....	48
<b>2.3. Aspectos Normativos.....</b>	<b>52</b>
<b>2.4 Aspectos educativos y de Educación para la salud.....</b>	<b>56</b>
2.4.1 Enfoques y factores que influyen en la promoción de la salud.....	57
2.4.2 Conceptos Y Evolución De La Educación Para La Salud.....	59
2.4.3 Ámbito legislativo y aspectos históricos de la promoción y educación para la salud.....	59
2.4.4 Competencias didácticas en la Licenciatura en Educación para la Salud.....	61
2.4.5 La Pedagogía y el Educador Para La Salud, modelos y teorías.....	62
2.4.5.1 Teoría del modelo de creencias en salud.....	64
2.4.5.2 Modelo crítico – reflexivo.....	64

<b>2.5 Aportaciones de investigadores, descripción de estudios preventivos de embarazo en la adolescencia.....</b>	<b>64</b>
--	-----------

**SEGUNDA PARTE  
DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**

**CAPÍTULO 3 DISEÑO MÉTODOLÓGICO**

<b>3.1 Diseño de la metodología.....</b>	<b>74</b>
3.1.1 Diseño de la investigación.....	74
3.1.2 Tipo de estudio.....	74
3.1.3 Individuos de estudio.....	74
3.1.4 Muestra.....	75
3.1.5 Criterios de selección.....	75
<b>3.2 Procedimiento de la recolección de información</b>	
3.2.1 instrumento.....	76
3.2.2 Programa de intervención.....	77
<b>3.3 Aspectos éticos de la investigación.....</b>	<b>78</b>
<b>3.4 Limitantes de la investigación.....</b>	<b>79</b>

**CAPÍTULO 4 RESULTADOS.....81**

**CAPÍTULO 5 ANALISIS DE RESULTADOS.....89**

**CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES.....95**

**BIBLIOGRAFIA.....97**

**ANEXOS**

Anexo 1 Consentimiento informado.....	110
Anexo 2. Cuestionario.....	112
Anexo 3. Rubrica de evaluación de material didáctico.....	117
Anexo 4. Rubrica de evaluación de técnicas.....	119
Anexo 5. Programa “La decisión es tuya cuidate”.....	120

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Diseñar y evaluar el impacto de un programa para incrementar los conocimientos sobre las causas y consecuencias del embarazo para contribuir a disminuir la incidencia del embarazo en la adolescencia

**Metodología:** El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los jóvenes y es un problema a nivel mundial.

Se realizó una investigación cuasi-experimental debido a que se tuvieron dos grupos de estudio un grupo control e intervención. Se llevó a cabo en el Municipio de Nezahualcóyotl Estado de México. Este municipio localizado en el oriente, tiene una población de 1,110,565 habitantes de los cuales 25.9 % son jóvenes (INEGI, 2010).

La muestra incluyó 97 estudiantes de preparatoria entre 14 y 16 años. Se aplicó una pre-prueba y se implementó un Programa Educativo “LA DECISIÓN ES TUYA CUIDATE” sobre los aspectos considerados de interés sobre embarazo y al finalizar se aplicó el mismo cuestionario.

**Resultados:** Se capturaron los datos con el programa de SPSS y se compararon los datos de grupos para evaluar el impacto del programa “LA DECISIÓN E TUYA CUÍDATE”. Se realizó unatabla de medidas repetidas obteniendo el incremento de conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos en el grupo de intervención y el grupo control mantuvo sus conocimientos con respecto al embarazo y el uso de métodos anticonceptivos.

**Conclusiones:** Con la intervención realizada se elevó significativamente el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia y se esperaba que después de la intervención se obtenga una prevención del embarazo no deseado a largo plazo.

**Palabras clave:** Programa de prevención, riesgos del embarazo, salud reproductiva, orientación, información, educación para la salud.

## **ABSTRACT**

**Objective:** Designing and evaluating the impact of a program to increase knowledge about the causes and consequences of pregnancy to help reduce the incidence of teenage pregnancy

**Methodology:** The teen pregnancy is considered by WHO as a pregnancy risk, due to the impact it has on the health of the mother and baby, plus psychosocial sequelae , particularly on the proposed life of the young and it is a worldwide problem .

A quasi - experimental research was conducted because two study groups control and intervention group had. It was conducted in the municipality of Nezahualcóyotl Mexico State. This town located in the east, has a population of 1, 110.565 inhabitants, of which 25.9 % are young (INEGI, 2010).

The sample included 97 high school students between 14 and 16 years. A pretest was applied and implemented an educational program "THE DECISION IS YOURS CUIDATE" on aspects considered of interest on pregnancy and the end of the same questionnaire.

**Results:** Data were captured using the SPSS program and group data were compared to assess the impact of the "BEWARE OF DECISION AND YOURS." A table of repeated measurements obtained increased knowledge about the use of contraceptives in the intervention group and the control group maintained their knowledge regarding pregnancy and contraceptive use was performed.

**Conclusions:** With the intervention significantly increased the level of knowledge about risk factors for teenage pregnancy and one would expect after surgery prevention of unwanted pregnancy to term is obtained.

**Keywords:** Prevention Program, risks of pregnancy, reproductive health, counseling, information, education for health.



## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil (Secretaría de Salud, 2002).

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los jóvenes.

Se documentó en México, alrededor de los años 90, que el inicio de vida sexual ocurría en promedio entre los hombres a los 16 años y entre las mujeres a los 19 años.<sup>18</sup> Se ha observado que mientras la edad de inicio de la vida sexual activa se registra a edades más tempranas, la edad del matrimonio se ha postergado. De esta manera el lapso de fecundidad no marital se ha incrementado (Núñez, et.al; 2003).

De acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 1993 ocurrían cerca de 420 000 nacimientos de madres adolescentes. Ante esta problemática la Secretaría de Salud convocó en noviembre de 1993 a una reunión en la que organismos públicos, privados, nacionales e internacionales, aportaron sus experiencias en el trabajo con la población adolescente. El resultado de dicha reunión fue la Declaración de Monterrey, que sentó las bases para iniciar un programa nacional de salud de los adolescentes.

El impacto de las acciones realizadas por el sector público y la sociedad civil organizada en materia de salud sexual y reproductiva para la población adolescente, se reflejó en el incremento en el uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes. Mientras que en 1997 el empleo de métodos anticonceptivos en las adolescentes era de 44.9%, para 2002 se elevó a 48.8% (Secretaría de Salud, 2002).

En el Estado de México, la fecundidad de menores de 20 años sigue siendo frecuente y algo relativamente común, casi 60 de cada mil mujeres son madres antes de los 20 años. Pero más allá del indicador, es posible remitirnos a algo más cercano a la experiencia, el porcentaje de mujeres que han sido madres en la entidad; antes de los 20 años de edad casi 13 de cada cien mujeres ya han sido madres de por lo menos un hijo y antes de los 25 años casi la mitad de las mujeres ya son madres de por lo menos un hijo (FNUAP, 2013).

En la actualidad el índice de embarazo en la adolescencia es muy alto y por tal motivo se decide retomar este tema.

La presente investigación se divide por capítulos en el 1 se presenta Planteamiento del Problema y se describe la idea principal de la investigación y se encuentra la justificación en donde se explica porque se realizara dicha investigación. En el capítulo 2 se presenta el Marco Teórico que hace referencia a todos los elementos conceptuales que sirven de base para la investigación y se menciona la visión del educador para la salud con respecto a la temática del embarazo no planeado en la adolescencia. En el capítulo 3 denominado Marco Metodológico se describe los pasos del método que se utilizaron en dicha investigación, se explicó el tipo de investigación, los participantes, instrumentos y el procedimiento que se realizó. En el capítulo 4 se describen los resultados obtenidos de la investigación. En el capítulo 5 se realizó una discusión y se explican los resultados obtenidos en la investigación finalmente en el capítulo 6 se presentan las conclusiones del proceso de investigación que se realizó.

## **PRIMERA PARTE**

### **PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

## CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Adolescencia vocablo que viene del latín *adolescere*, crecer, se trata de la etapa de la vida del individuo que se inicia con la pubertad, culmina en la aptitud fisiológica para la reproducción y termina cuando está preparado física, emocional y socialmente (Higashida, 2007).

La adolescencia es una etapa muy compleja en el ser humano, ya que si bien ya se cuenta con elementos suficientes para conocer y entender como es el mundo que les rodea, su organismo atraviesa por muchos cambios tanto físico como mentales, los cuales en muchas de las ocasiones no comprenden al 100%; entre dichos cambios se encuentra el despertar y querer iniciar una vida sexual activa, y para lo cual hay distintas opciones de acuerdo a la educación que se le dé en el hogar, la escuela o de acuerdo a la presión social en la cual se desenvuelva la adolescente (Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis 2013).

Se debe de evaluar el nivel de adaptación que los adolescentes logran en las diferentes esferas de su vida. Debido a la inestabilidad emocional, búsqueda de identidad y planeación de proyectos de vida, el interés por lo prohibido, la influencia de los amigos, para ellos y la revelación en contra de los padres, los medios de comunicación y el deseo o curiosidad de experimentar cosas nuevas son los principales determinantes que van a exponer al adolescente a situaciones poco favorables para su salud (Lillo, 2004).

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas, con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar un embarazo (Castellano, 2004):

*1. Adolescencia temprana (10 a 13 años): Ligada a su madre, negación del embarazo, la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes.*

*2. Adolescencia media (14 a 16 años): Dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y orgullo. El padre tiene un lugar: El varón es considerado importante como una esperanza en el futuro.*

*3. Adolescencia tardía (17 a 19 años): Adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternales. Búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero.*

El paso de la adolescencia a la adultez temprana no está claramente determinado, sino que se ve cristalizado gradualmente. Podemos decir que la adolescencia ha terminado cuando se cumplen los siguientes parámetros (Vargas & Ortiz, 2003).

- Establecimiento de la capacidad de pensamiento abstracto.
- Establecimiento de la identidad. La persona sabe quién es.
- Autonomía e independencia de la familia. Esto se refiere no sólo a los aspectos económicos sino también a los emocionales.
- Establecimiento de un sistema personal de valores.
- Capacidad de mantener relaciones duraderas y de unir el amor sexual con las emociones de ternura y afecto.

Es evidente que estos logros del desarrollo aparecen a edades distintas y no siempre todos coexisten. Por otra parte, existen personas que nunca obtienen estos parámetros y que permanecen indefinidamente en un estado de adolescencia temprana crónica (Vargas & Ortiz, 2003).

La menarquía es un evento que ocurre generalmente entre los 8 y 13 años de edad, este inicio de la menstruación es un suceso decisivo de la pubertad, la maduración sexual y emocional. La disminución de la edad de la menarquía es un factor que determina la aparición de conductas de riesgo, lo cual provoca que la vida sexual comience en edades más tempranas. La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse hacia edades más

avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere una adolescente para llegar a ser autónomo (Ulanowicz, Parra, Wendler, & Monzón, 2006).

La maduración sexual de la mujer se inicia en la pubertad con la aparición de cambios corporales, estos cambios anteceden a la primera menstruación que es el signo más claro y que indican de qué están madurando los órganos internos de la reproducción. La secuencia de estos cambios culminan con la obtención de la capacidad reproductiva, la cual varía de una mujer a otra, las manifestaciones corporales como el crecimiento y desarrollo de las mamas, la aparición del vello púbico y la aceleración del crecimiento corporal anteceden en un lapso muy variable, el comienzo real de la menstruación. De igual forma, dado que algunos jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales desde los 12 años de edad, el informe recomendó que los programas estructurados de educación sexual comenzaran mucho antes de esta edad (Britto, 2008).

Aunque la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres ha tenido avances en la última década, actualmente todavía no llega a niveles satisfactorios. La población adolescente no queda excluida de esta situación, que se ve reflejada en el limitado ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y el alto índice de embarazos no planificados de adolescentes, con los efectos negativos que tiene este hecho en sus posibilidades de desarrollo. La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos desfavorecidas, siendo un fenómeno transitorio que, de mejorarse las condiciones, podría descender. (Merino & Inestroza, 2010).

### **Embarazo en la adolescencia**

El embarazo altera los esquemas hormonales de una mujer, uno de los primeros síntomas del embarazo es la pérdida del periodo menstrual. Otros síntomas son: aumento de la sensibilidad de las mamas, cansancio, náuseas, sensibilidad a los olores, mayor frecuencia en la micción, cambios de humor y aumento de peso, ciertas mujeres también experimentan deseos de sustancias poco usuales, como hielo, arcilla, etc., esta situación llamada pica, puede ser indicativa de una insuficiencia de hierro u otros nutrientes (Hospital General de México, s/f).

Signos presuntivos: (Hospital General de México s/f).

- Falta de menstruación, amenorrea.
- Cambios en el tamaño de las mamas, cambios en el color, hay dolor y pigmentación de la areola.
- Aumento de la micción (polaquiuria) por presión del útero sobre la vejiga.
- Cloasma gravídico, hiperpigmentación de los pómulos y estrías que aparecen en los senos y en el abdomen, línea media alba, etc.

Signos de probabilidad:

- Aumento de la circunferencia abdominal.
- Aumento del tamaño del útero.
- Ablandamiento del cuello uterino.
- Aumento del flujo vaginal.
- Prueba biológica de embarazo positiva.

Signos de certeza:

- Percepción y movimientos de los ruidos cardíacos fetales.
- Movimientos activos y pasivos del feto.
- Imagen geográfica del feto.
- Palpación del feto.

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores riesgos médicos (anemia del embarazo, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor muerte peri natal, etc.), problemas psicológicos en la madre (depresión postparto, baja autoestima, quiebre en el proyecto de vida) y una serie de desventajas sociales (bajos logros educacionales, deserción escolar, desempleo, mayor frecuencia de maltrato y abandono infantil, entre otros) (León, Minassian, Borgoño, & Bustamante 2008).

Marta Lamas (2004) refiere tres causas de los embarazos no deseados, estas son:

- Las que tienen que ver con la condición humana: olvidos, irresponsabilidad, violencia.
- Las que se relacionan con carencias sociales, en especial con amplios programas de educación sexual
- Las relativas a las fallas de métodos anticonceptivos.

El embarazo en las adolescentes puede originar el síndrome del fracaso de la adolescente embarazada, que incluye fracaso de la identidad propia, deserción escolar, fracaso para constituir una familia estable y para llegar a sostenerse a sí misma, fracaso potencial en el logro de hijos sanos e inmadurez e insuficiente preparación para su adecuada crianza. Otras consecuencias son rechazo de los padres y del entorno social, embarazos sucesivos y vinculación con múltiples parejas (Rosales-Silva & Irigoyen-Coria, 2013).

Cambia el proyecto de vida en los adolescentes, provocando un abandono obligatorio de sus metas futuras por la necesidad de afrontar nuevas responsabilidades ligadas al desarrollo del hijo. También se asocia a una paternidad irresponsable, drogadicción, prostitución, abandono infantil, abuso sexual, desempleo, dificultades para la movilidad y ascenso social, aumento de la pobreza, niños con bajo peso y talla al nacer, riesgo durante el embarazo y el parto, niños abandonados, incremento de la delincuencia. Se puede referir también la presencia de violencia familiar, específicamente de padres a hijos, repercutiendo la misma en la actitud de la madre adolescente y desencadenando la posibilidad de la aplicación del aborto con sus consecuencias altamente negativas para la salud materno-infantil (Álvarez, 2012).

En este sentido, el embarazo en la adolescencia es una problemática social, ya que reproduce inequidades sociales importantes dentro de las estructuras poblacionales (Ministerio de salud, gobierno de Chile, 2008).



Cerca de un tercio de los adolescentes ignoran que el inicio de la menstruación indica la capacidad para reproducirse y cerca de la mitad ignora que la primera eyaculación significa la capacidad de embarazar (Juárez & Gayet, 2005).

La educación juega un papel fundamental, ya que constituye la base del conocimiento y permite el desarrollo de las destrezas que habilitan, tanto al adolescente, como al joven para tomar decisiones y ser responsables en materia de salud. La adolescencia y la juventud son edades aún tempranas, que resultan favorables para modificar enseñanzas rígidas, mitos, tabúes, creencias y formas de conductas que hayan influido en su formación, y así contribuir a que en su etapa de adultos manifiesten autorresponsabilidad en el cuidado de su salud. Los jóvenes en ocasiones carecen de los medios y la preparación para lograrlo, esto se comprueba en la poca percepción de riesgo, en la no protección en sus relaciones sexuales, en el cambio frecuente de parejas y en los embarazos no deseados (Rodríguez, Ramos, Contreras & Perdomo, 2013).

También los padres por no tener un conocimiento sobre el tema o por vergüenza de tratar estos temas de sexualidad con sus hijos les niegan la sabiduría que ellos poseen, los padres de la actualidad deben de tener tiempo para hablar con sus hijos de las decisiones que tomen y que deben tener una responsabilidad por cada decisión que tomen como individuos productivos de una sociedad tan abierta a los cambios. A pesar de encontrarnos en medio de poblaciones urbanas con mejores posibilidades aparentemente de acceso a los servicios de salud, mejor nivel de vida social y económico, se evidencian dentro de las atenciones realizadas y visitas domiciliarias a las familias, la presencia factores culturales que son heredados y/o incluso traídos de las áreas rurales y que influyen directamente en la salud de las adolescentes (Nizama, 2012).

En un estudio realizado en 2002, por el Dr. Ramiro Molina, en el cual se acuña la antigua denominación legal de la legitimidad de los hijos según si estos nacían fuera o dentro del matrimonio, se concluye que a toda edad se observa el descenso de la mortalidad infantil estructurada por la variable “legitimidad” de los hijos. Sin embargo, en las menores de 20 años y en las de 15 a 19 años con hijos ilegítimos el descenso es menor. Esto se explica, en

parte, porque la madre adolescente muy joven y con un embarazo no deseado usa menos el sistema de salud, no realizando los controles de embarazo que aseguran la salud de la madre y del hijo (Ministerio de salud, gobierno de Chile, 2008).

Adicionalmente, el embarazo adolescente no deseado deriva en muchos casos en aborto inducido. En Chile no existen cifras oficiales dadas la ilegalidad del aborto. Sin embargo, estimaciones mundiales señalan que alrededor del 26% de embarazos sin incluir los abortos espontáneos y los partos de fetos muertos terminan anualmente en un aborto.

En muchos países el embarazo en la adolescencia es extremadamente común. Cada año 15 millones de niños nacen de madres adolescentes. Estas jóvenes están expuestas a considerables riesgos de salud durante el embarazo y el parto. Las jóvenes entre los 15 a 19 años de edad corren un riesgo dos veces mayor de morir en el parto que las mujeres de 20 a 29 años, y en las menores de 15 años el riesgo de morir es 5 veces mayor. Debido a que el embarazo es tan frecuente a esta edad y conlleva tantos riesgos para la salud, las complicaciones del mismo representan la principal causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años de edad a todo el mundo (Hernández, 2009).

Los adolescentes por lo general cuentan con poca información sobre los temas de reproducción y sexualidad y poco acceso a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar.

En muchos países en desarrollo la condición de la mujer en la sociedad está determinada por el matrimonio y la maternidad. Los adolescentes con frecuencia se casan temprano; en más de 50 países se permite el matrimonio a los 16 años o menos, y en siete de estos se permite a los 12 años de edad. Incluso las novias más jóvenes se ven presionadas inmediatamente a demostrar que son fértiles.

Los niños de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de morir durante los primeros cinco años de vida que aquellos de las mujeres de 20 a 29 años de edad.

Esto demuestra que la maternidad y la paternidad en la adolescencia reproduce diferencias de género socialmente establecidas, teniendo consecuencias diferenciadas para ambos sexos” (Ministerio de salud, gobierno de Chile, 2008).

Entre el año 2000 y el 2005 la cantidad de nacidos vivos por año en el país tendió a disminuir. Así, mientras en el año 2000 hubo un total de 248.694 nacidos vivos, esta cifra disminuyó a 230.831 en el 2005. Para el caso de los nacidos vivos de madres adolescentes, se observa un fenómeno similar, ya que tanto en el grupo de las madres entre 15 y 19 años y en el de las menores de 15 las cifras absolutas de nacidos vivos disminuyen en igual período, en circunstancias que la población femenina total en el país aumenta (Ministerio de salud, gobierno de Chile, 2008).

En México y a nivel mundial existen antecedentes que describen una tasa de mortalidad más alta para adolescentes embarazadas que para mujeres adultas, las defunciones por complicaciones obstétricas en mujeres entre 10 a 19 años ocupan el segundo y cuarto lugar en América Latina, es clara la incidencia cada vez mayor de embarazos en adolescentes del grupo etéreo entre 10 y 14 años (Fernández, et.al; 2011).

Esto se lo atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana. Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con el embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, abortos, hijos no deseados, familias con solo madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, parto, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad, las investigaciones estudian la violencia y la realidad de la madre joven de sectores populares refiere como principales causas de embarazo en adolescentes, la inestabilidad familiar, el abuso sexual y el incesto, la menarquía temprana (10 años) la falta de educación sexual oportuna y formal, la carencia habitacional y los medios de comunicación. Por consiguiente los factores antes mencionados están presentes en el ambiente en el cual se desarrollan los adolescentes contribuyendo a propiciar una actividad sexual temprana y en embarazos sucesivos en la adolescente, cabe resaltar la

constante publicidad sobre la sexualidad en los medios de televisión, cine, radio y publicaciones concluyó en su trabajo referente al embarazo en las adolescentes, que es un reflejo parcial de la crisis social que enfrentan nuestros jóvenes (Fernández, et.al; 2011).

Perfil de los adolescentes a nivel mundial (Ulanowicz, et, al; 2006).

- Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo.
- Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Existen más de 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables en menores de 25 años.
- Más de la mitad de casos nuevos de infección por HIV -más de 7000 por día- ocurre en jóvenes.
- La violación o incesto ocurre en 7 a 34 % en niñas y en 3 a 29 % en niños.
- El 10 % de los partos acontece en adolescentes.
- La muerte materna es 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años.
- Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo.
- Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto.
- Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a la salud sexual y reproductiva.
- La primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos lo cual se asocia a un mayor riesgo de embarazos y de contraer enfermedades de transmisión sexual invalidantes.
- Mientras más precoz ocurre el primer coito mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican.

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional. Dentro de los factores de riesgo descritos los más importantes son los individuales, asociándose a resultados gineco-obstétrico y psicosociales adversos. Dentro de

los primeros se encuentran retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto.

Cada año en México, cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, lo que equivale al 27.6 por ciento del total, informó la especialista Hüliana Romo Huerta (Intolerancia, diario 2013).

Existe una marcada discrepancia entre el conocimiento sobre métodos anticonceptivos (más del 90%, sin contar la AE, vasectomía e implantes, cuyo conocimiento es bajo), y la utilización de métodos entre adolescentes y jóvenes. Exceptuando Colombia y Chile, en los demás países el uso de anticoncepción moderna en adolescentes sexualmente activos está por debajo del 50%. El uso de anticoncepción en su primera relación sexual es aún más baja debido a que “no esperaban” tenerla (Family Care International, 2008).

En 2011, nacieron en México 472,987 niñas y niños cuyas madres eran menores de 19 años; de ellas, 11,521 tenían menos de 15 años. Esta cifra implica que prácticamente uno de cada cinco partos en México se registra en esos grupos de edad. Es de destacarse que entre la población femenina adolescente, 25% no tiene acceso a métodos anticonceptivos, mientras que para el resto de las mujeres el no acceso es de 12.4% (Fuentes, 2013).

La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprendiones donde se hace posible el descubrimiento en uno, de los demás y de la ampliación del horizonte individual (Sáez, et.al; 2010).

Casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen anualmente, no son deseados y que gran parte de estos son de adolescentes. A pesar de ello y de conocerse que los adolescentes no planifican la familia, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de los métodos anticonceptivos en esas edades como favorecedores de la relación sexual y la promiscuidad entre otros aspectos produciéndose un cuestionamiento moral acerca de la difusión del uso de los mismos (Libertad & Díaz, 2003).

En la actualidad es común que los jóvenes comiencen demasiado pronto a experimentar con sus cuerpos y a practicar el sexo, y no son plenamente conscientes de que las consecuencias de no practicarlo con seguridad pueden condicionar el resto de su vida. No sólo se hace referencia a quedarse embarazada muy pronto, sino también a las enfermedades de transmisión sexual, algunas de las cuales pueden llegar a ser muy graves y de fatales consecuencias (FNUAP, 2013).

Más allá de los factores estructurales, el embarazo en la adolescencia también se posiciona como un problema social dadas las consecuencias psicológicas e incluso biológicas que este tiene para las adolescentes.

Considerando lo señalado es que se hace necesario abordar el embarazo en la adolescencia como una problemática multidimensional, la cual abarca un conjunto de temas que hacen de esta un fenómeno complejo.

La Licenciatura en Educación para la Salud ayuda en la prevención del embarazo no planeado debido a que está formada con bases pedagógicas y el programa “La decisión es tuya cuídate” tiene como objetivo promover una mejor educación sexual a través de técnicas de auto conocimiento que propicien la reflexión y sensibilización de los adolescente para prevenir el embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual, a través de favorecer el ejercicio autónomo y responsable de su sexualidad dicho programa fue diseñado por un educador para la salud el cual permitió atender la problemática del embarazo en la adolescencia.

Se realizó la búsqueda de programas realizados con la misma temática de la investigación y se encontró uno llamado “conócete va por tu cuenta” el cual sirvió como apoyo para diseñar el programa “ La decisión es tuya cuídate” el programa fue diseñado por un educador para la salud y esta echo desde una visión pedagógica, lo que permite plantear las preguntas¿es posible diseñar un programa desde la perspectiva del educador para la salud para incrementar los conocimientos los adolescentes sobre las causas y consecuencias de un embarazo en la adolescencia?, de esta pregunta se derivan otras más:

¿Cuál es el conocimiento de los adolescentes sobre embarazo y métodos anticonceptivos?, ¿cuál es el contenido, las técnicas y los recursos didácticos que debe tener un curso que se diseñe desde el campo de la Educación para la Salud?, ¿se puede implementar?, con la implementación del programa diseñado ¿cuál es el conocimiento que adquieren los jóvenes sobre embarazo y métodos anticonceptivos?

La respuesta a estas preguntas guía el desarrollo de la presente investigación realizando el diseño del programa respecto a su implementación con la finalidad de que se cumplan con los objetivos educacionales planteados en el programa.

## 1.2 HIPÓTESIS

La implementación de un programa ayudará a incrementar los conocimientos sobre las causas y consecuencias de un embarazo, después se evaluará para analizar el impacto que tuvo dicho programa.

Al considerar el conocimiento previo que tienen los adolescentes sobre el embarazo, se podrá evaluar un curso diseñado sobre métodos anticonceptivos el cual se caracteriza por la utilización de técnicas y recursos didácticos.

### Variables

**Variable dependiente:** Incrementar los conocimientos acerca de embarazo no planeado en la adolescencia y riesgos del embarazo.

**Definición operacional:**

Se dará por medio de los resultados obtenidos del cuestionario aplicado de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y embarazo no planeado.

**Variable independiente:**

El programa de embarazo no planeado en la adolescencia.

**Definición conceptual:**

Reducción de embarazo es disminuir el índice de embarazos no planeados durante la adolescencia debido a los riesgos que conlleva tener un embarazo a temprana edad.

**Definición operacional:** a través de la implementación del programa se reducirán embarazos no planeados y la promoción de utilizar métodos anticonceptivos para evitar embarazos e ITS.



## **1.3OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Diseñar y evaluar el impacto de un programa para incrementar los conocimientos sobre las causas y consecuencias del embarazo para contribuir a disminuir la incidencia del embarazo en la adolescencia.

### **ESPECÍFICOS**

- Evaluar el conocimiento de los adolescentes sobre embarazo y métodos anticonceptivos
- Diseñar un programa desde la perspectiva del Licenciado en educación para la Salud que cumpla con bases pedagógicas para lograr sensibilizar a los adolescentes sobre las causas y consecuencias de un embarazo en la adolescencia.
- Implementar el programa diseñado “La decisión es tuya, cuídate”
- Evaluar el cumplimiento de los objetivos educativos del curso diseñado.
- Evaluar el material didáctico utilizado en el curso diseñado.
- Evaluar las técnicas didácticas utilizadas en el curso diseñado.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN

La investigación tiene importancia porque beneficiará a los adolescentes al adquirir un conocimiento sobre métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual (ITS) y embarazo no planeado esta información les servirá para incrementar sus conocimientos y obtener una sexualidad responsable debido a que en esta edad están expuestos a embarazos e ITS así mismo se les enseñó la importancia de los métodos anticonceptivos como se utilizan y la efectividad de cada uno de ellos.

La falta de programas de educación sexual, el difícil acceso a métodos anticonceptivos, el no tener una comunicación familiar, entre otros factores, son considerados factores predisponentes a un embarazo adolescente.

La investigación también ayudará al sector salud debido a que podrán aplicar el programa teniendo como objetivo disminuir el embarazo a diferencia de otro personal de salud los educadores para la salud están capacitados para la implementación de programas ya que tienen conocimientos con bases pedagógicas y esto hará que el programa tenga un mayor impacto debido a que podrá ser más dinámico y la información impartida será mejor analizada por los adolescentes.

También beneficia a la sociedad específicamente en la escuela ya que pueden seguir implementando el programa para que mantengan a los adolescentes informados teniendo como objetivo disminuir el embarazo en la etapa de la adolescencia, en la familia ayudará debido a que en los últimos años el embarazo en la adolescencia ha tenido un alto índice y por lo tanto la mayoría de las adolescentes tiene que abandonar sus estudios y los hombres tienen que trabajar y mantener a su nueva familia.

A los egresados de la licenciatura les ayuda esta investigación ya que la licenciatura está diseñada con bases pedagógicas y esto lo hace más dinámico y más efectivo y los educadores pueden adecuarlo aún más a la población adolescentes ya que en base a la

aplicación pueden detectar carencias en las sesiones y ellos pueden modificarlo y lograr que tenga un mayor impacto al momento de implementarlo y analizar resultados.

Los resultados obtenidos por la investigación ayudaran para diseñar de manera innovadora estrategias que favorezcan y ayuden a la prevención del embarazo en la adolescencia y así mismo mejorar la calidad y estilos de vida del adolescente.

## **CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Aspectos biológicos**

#### **2.1.1 Adolescencia**

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de pérdida y de renovación. Una etapa en la que gradualmente tiene que ir abandonando el funcionamiento infantil, las relaciones infantiles con los padres, un cuerpo infantil y unas vivencias psíquicas de tipo infantil. Es un período en el cual destacan los elementos de ruptura, de pérdidas y abandonos necesarios para seguir adelante en el desarrollo, un período donde el adolescente debe elaborar ese duelo con las ansiedades y dolor depresivo consiguiente (Lillo-Espinoza, 2004).

#### **2.1.2 Salud sexual**

Es considerada como el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos (OMS, 2009).

#### **2.1.3 Educación sexual**

La educación sexual se define como educación general que incorpora los conocimientos biopsicosociales de la sexualidad, como parte de la formación integral de quien se está educando. Su objetivo es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarle para que cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de manera sana, consciente y responsable dentro de su cultura, época y sociedad. Consiste en impartir información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social. Debe perseguir la

realización de una sexualidad plena y madura que permita al individuo una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad (Alvizar, 2006; Garzo & Quintero, 2009).

#### **2.1.4 Embarazo**

Embarazo es el término que comprende el periodo de gestación que comprende el ciclo reproductivo humano. El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de la mujer, y este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero.

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario) (Hospital General de México, s/f).

##### **2.1.4.1 Prevención de embarazo en la adolescencia.**

El embarazo en la adolescente es una crisis que se impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente (Issler, 2001).

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser

independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos (Alvizar, 2006).

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión (Issler, 2001).

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes. En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida (Issler, 2001).

#### **2.1.4.2. Actitud frente a la experiencia del embarazo.**

Prevención se define como aquellas acciones o prácticas que permiten el mantenimiento de la salud o evitan la alteración del equilibrio físico, psíquico o social que conducen a la enfermedad; la prevención para mantener la salud es individual y social, cada persona debe participar en la prevención de las principales enfermedades para protegerse a sí mismo y a los demás (Parra, 2008).

Prevención: Existen tres niveles de prevención

Prevención primaria:

- ❖ Medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia.

- ❖ Información sobre fisiología reproductiva, gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo destinada al ámbito escolar.
- ❖ Utilización adecuada de los medios de comunicación.
- ❖ Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.
- ❖ Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión.
- ❖ Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes para la atención de aquellos adolescentes en situación de alto riesgo (Ulanowicz, et al; 2006).

Captación, por personal entrenado, de los jóvenes que no asisten a establecimientos educacionales ni trabajan, para su reinserción social y educación (Ulanowicz, et al; 2006).

- Prevención secundaria:

- ❖ Medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada.
- ❖ Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado en éste tipo de atención.
- ❖ Asistencia al padre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol.

Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción (Ulanowicz, et al; 2006).

- Prevención terciaria:

- ❖ Vigilancia del vínculo madre - hijo, padre – hijo.
- ❖ Favorecimiento de la reinserción laboral de la madre y el padre si corresponde.
- ❖ Seguimiento médico integral del joven padre, sea cual fuere la situación en la que se haya ubicado frente a su compañera y su hijo.

- ❖ Asesoramiento adecuado a ambos para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo intergenésico corto.
- ❖ Creación de pequeños hogares maternos para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado.
- ❖ Conseguir que los adolescentes alcancen conocimientos amplios, científicamente contrastados y adecuados a su edad.
- ❖ Perseguir que los alumnos acepten la sexualidad como una dimensión positiva
- ❖ Aceptar la sexualidad como una dimensión que conviene cuidar y potenciar
- ❖ Fomentar comportamientos responsables y saludables con el propio cuerpo y la propia pareja

La sensibilización en los adolescentes y la información adecuada ayudara a disminuir la incidencia del embarazo en la adolescencia también es importante que los adolescentes conozcan los métodos anticonceptivos.

Es importante mencionar los métodos anticonceptivos ya que con la utilización responsable de estos se pueden evitar embarazos no planeados (OMS, 2009).

#### **2.1.4.3 Métodos anticonceptivos.**

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva del individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente (Secretaria de Salud, 2002).

Hay muchos factores que intervienen en esa elección: si se tiene una pareja estable, si se es soltera o soltero, la periodicidad con la que se tienen las relaciones sexuales, las ventajas y desventajas de cada método, el precio, etc. En la actualidad se cuenta con métodos anticonceptivos seguros y prácticamente sin repercusiones en la salud. La mayoría de los métodos temporales pueden ser utilizados por los adolescentes (Secretaria de Salud, 2002).



Los métodos que ofrecen una mayor seguridad anticonceptiva 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 (OMS, 2009).

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. El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos 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 (OMS, 2009).

En la siguiente figura se muestran los métodos anticonceptivos que existen (OMS, 2009).

#### **Tipo de métodos anticonceptivos**

<b>Métodos temporales</b>	<b>Métodos definitivos</b>	<b>Métodos mecánicos o de barrera</b>	<b>Métodos químicos y hormonales</b>	<b>Métodos quirúrgicos</b>
Hormonales	Oclusión tubaria bilateral (OTB) (en la mujer)	Preservativo masculino o condón.	Píldora anticonceptiva	Ligadura de trompas
Intrauterinos	Vasectomía (en el hombre)	Preservativo femenino	Inyección	
De barrera		Diafragma,	Implante hormonal	
Naturales		Dispositivo intrauterino (D.I.U)	Espermicidas	

El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos 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. (OMS, 2009).

Los métodos anticonceptivos permiten a la pareja tener relaciones sexuales con un riesgo mínimo de embarazo y deben reunir las siguientes características:

- ✓ Aceptabilidad: un método puede ser muy efectivo; sin embargo debe ser aceptado por la pareja de acuerdo con sus características raciales, culturales y socioeconómicas.
- ✓ Inocuidad: no debe atentar contra la salud tanto de la pareja como del hijo, en caso de que se produzca el embarazo.
- ✓ Reversibilidad: debe permitir a la pareja tener hijos cuando lo desee.
- ✓ Eficacia: es la capacidad para evitar el embarazo por el lapso deseado por la pareja; pueden ser desde temporales hasta definitivos e irreversibles.
- ✓ Facilidad de aplicación: un método difícil de aplicar no sería utilizado por la población
- ✓ Tendrán que ser de un bajo costo (Higashida, 2007).

Como resultado del incremento en el uso de métodos anticonceptivos, a lo largo de los últimos cinco años disminuyó el número de nacimientos en madres adolescentes. De haberse mantenido la fecundidad de los años setenta, en el 2000 hubieran ocurrido poco más de un millón de nacimientos de madres adolescentes en lugar de los 366 000 que se presentaron (Secretaría de Salud, 2002).

## **2.2 Aspectos Sociales**

La adolescencia se está convirtiendo en un período muy conflictivo, dados los cambios sociales, morales y éticos que afectan al contexto social actual y, muy especialmente, al núcleo familiar. A pesar de la liberación aparente de actitudes en el curso de los últimos años, el embarazo no deseado continúa generando grandes dificultades a la adolescente y su entorno. El embarazo en la adolescencia acontece en todos los grupos sociales, económicos y étnicos. Contrariamente a lo que suele pensarse, estos jóvenes no son promiscuos y no desean el embarazo salvo el muchacho de su vida. Se suelen concentrar en familias, las cosas de gestación en adolescentes (Secretaría de salud, 2002).

La falta de integración familiar, la falta de escolarización, el fracaso escolar, el déficit de integración, la pobreza, la falta de recursos familiares, el alcoholismo, el paro coadyuvan a la aparición de este fenómeno, al mismo tiempo se crea un círculo vicioso de pobreza. La creciente industrialización de las urbes también genera distintos problemas sociales, en los que proliferan la deshumanización, la soledad, el miedo, la desilusión, la frustración en la búsqueda de un empleo adecuado y la tendencia a retrasar el matrimonio (Ulanowicz, et al; 2006).

El mundo moderno también se ve influenciado por los medios de comunicación en un ambiente erotizado así como de gran permisividad sexual. Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente. La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia (Secretaria de salud, 2002).

- Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz.
- Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima. Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo Culminación de la adolescencia.

Los estilos de vida influyen en las madres adolescentes ya que son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol, abuso de drogas; alimentación muy

deficiente. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones y dependencia química (Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis 2013).

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social.

El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente.

La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción. La baja escolaridad que alcanzan los adolescentes en Paraguay y la dificultad para insertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza de estos adolescentes, realidad que ha sido reportada por Troya, pero difiere de lo planteado por Evans, quien comprobó que cuando las adolescentes se mantienen en el sistema de educación, tienden a posponer su primer embarazo y usar métodos anticonceptivos (Fernández, et, al; 2011).

La adolescente madre debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante

o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta (León, et.al; 2008).

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante (León, et.al; 2008).

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione (OMS, 2009).

Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente.

### **2.2.1 La paternidad y la maternidad**

La paternidad y maternidad son construcciones socio-históricas marcadas por las formas de organización de la sociedad en función del régimen social, y estas construcciones obedecen o se ajustan a los requerimientos de las formas de economía, religiosidad, relaciones sociales, entre otras. La paternidad que se construye a partir del siglo XIX y que se encuentra en vigencia, pone al padre en el lugar de proveedor, es el que administra la vida social de la familia en el ámbito público y aquel que exige el cumplimiento del rol de la madre con respecto de la crianza de los hijos, se desentiende de los afectos y concentra su

actividad de padre en la producción de bienes. Representa a la familia en el ámbito de lo público, y la familia gira en función del honor del padre (León, Minassian, Borgoño, & Bustamante 2008).

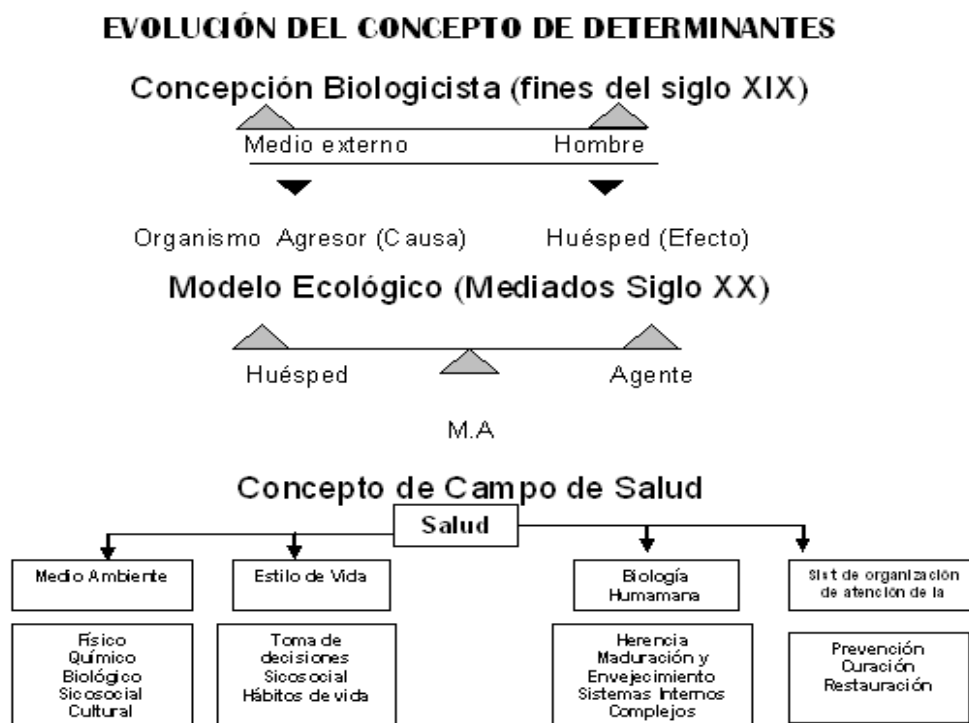
La maternidad en este escenario, vivencia el rol de la crianza y el manejo de la afectividad, el encargo social está relacionada con el control de las relaciones hacia afuera, y se constituye en la facultad de transferir las normativas que direccionan el comportamiento de los hijos e hijas en el ámbito de lo privado y de lo público. En la actualidad se han ido transformando estas responsabilidades sociales, producto de la feminización de la economía, el índice cada vez mayor de desempleo en hombres, migración, y la brecha cada vez menos distante en términos inter-generacionales. Ello ha obligado a que la paternidad se viva de formas diferentes, mayor participación de los hombres en las tareas domésticas y de crianza de los hijos, experiencias de la paternidad en el ámbito de la afectividad cada vez más frecuente, entre otras (OMS, 2009).

Sin embargo las sociedades, a pesar de exigir retardar la paternidad y maternidad, la creciente experiencia de los jóvenes adolescentes en el ingreso a estas vivencias, pone de manifiesto una preocupación de las mismas sociedades para prevenir los embarazos, que exigen a los jóvenes ingresar más rápidamente al aparato productivo en condiciones precarias, experimentar situaciones de riesgo con respecto de la salud de los jóvenes producto de las situaciones de aborto, constituyéndose de esa manera en una situación emergente que intenta ser resuelta por el Estado y la organización social (León, Minassian, Borgoño, & Bustamante 2008).

A nivel psicológico, el desarrollo de la identidad se ve interferido de manera importante por el embarazo, por cuanto este acelera la definición de roles, aspecto que no es plenamente percibido y dimensionado en su impacto por parte de las adolescentes embarazadas. El embarazo en la adolescencia también se constituye como un problema de salud pública, por cuanto la mortalidad infantil de los hijos e hijas de las madres adolescentes es mayor a las de madres no adolescentes (Ministerio de salud, gobierno de Chile, 2008).

## 2.2.2 Determinantes de la salud

En 1974 Marc Lalonde Ministro canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud (aún vigente) donde se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente - incluyendo el social en un sentido más amplio –junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud (Ávila-Agüero, 2009).



Fuente. Ávila-Agüero, 2009. Acta Médica Costarricense.  
Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud.

Los determinantes de la salud es el conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades (Ávila-Agüero, 2009); son los factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones (Pasqualini, Llorens 2010).

## **CLASIFICACIÓN DE LOS DETERMINANTES**

### **DETERMINANTES - MEDIO AMBIENTE**

Pueden existir incidentes intrafamiliares como:

- ❖ Madre que funciona como cabeza de familia.
- ❖ Desamor hacia los padres o para llevarles la contra (forma de “castigarlos”).
- ❖ Alcoholismo o vicios en el seno de la familia.
- ❖ Padre desentendido, ausente del hogar, agresivo, impetuoso.
- ❖ Poner a prueba el amor de sus progenitores.
- ❖ Falta de comunicación, especialmente con padres.
- ❖ Discusiones entre los miembros de la familia, ambiente hostil.
- ❖ Distanciamiento o enemistad con los progenitores, principalmente con la madre.
- ❖ Pelea con hermanos o familiares.

O puede existir un deseo de embarazo es decir que la adolescente tome la decisión de quedar embarazada por tener algo propio que amar, como una prueba de haber sido amada, o para retener a la pareja y formalizar una relación(Gispert, 2004).

### **DETERMINANTES - ESTILOS DE VIDA**

Puede existir una vida sexual activa como:

- Contactos heterosexuales clandestinos previos.
- Relaciones sexuales completas con pareja o novio.
- Conducta sexual promiscua.
- Haber sido objeto de abuso sexual

También puede existir un comportamiento diferente con relación al ámbito escolar como:

- Mala estudiante, apática, irresponsable, faltista, reprobadora.
- Agresiva con los maestros y compañeras (hasta agresión física).
- Preferencia por compañía varonil, incluso de mayor edad.
- No participante de distractores (deportes, artes, canto, paseos, excursiones)

O puede existir una falta de autoestima por la adolescente y este afecta en las relaciones humanas con compañeros, deseos de llamar la atención de las personas que la rodean, puede



mostrar una dependencia (hacia el hombre) y ser infantil con respecto a sus actitudes o puede caer en vicios como el uso del tabaco, alcohol o drogas (Gispert, 2004).

## DETERMINANTES- BIOLOGÍA HUMANA

En los factores biológicos la adolescente sufre cambios como:

- Menarquía temprana.
- Desarrollo precoz de caracteres sexuales secundarios.
- Depresión nerviosa.
- Retraso mental superficial o profundo.
- Antecedentes maternos de embarazo en adolescencia.
- Antecedentes de embarazo previo (Gispert, 2004).

Los determinantes de la salud general de la población pueden conceptualizarse como estratos de influencia similares a un arco iris:



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993

Los factores están relacionados con la conducta personal, como el hábito de fumar y la actividad física. En segundo lugar, los individuos interactúan con las personas de su entorno y con la comunidad inmediata y se ven influidos por ellas, lo cual representa el segundo estrato. Seguidamente, la capacidad de una persona para mantener su salud (en el tercer estrato) se ve influida por las condiciones de vida y de trabajo, la alimentación y el acceso a bienes y servicios esenciales. Por último, como mediadores de la salud de la

población, las influencias económicas, culturales y medioambientales actúan sobre el conjunto de la sociedad (Dahlgren y Whitehead, 2010).

Este modelo que describe los determinantes de la salud hace hincapié en las interacciones: los estilos de vida individuales se integran en unas normas y redes sociales, así como en unas condiciones de vida y de trabajo que a su vez guardan relación con el entorno socioeconómico y cultural general (Dahlgren y Whitehead, 2010).

Los determinantes de la salud que pueden verse influidos por decisiones personales, comerciales o políticas y pueden ser factores beneficiosos para la salud, factores de protección o factores de riesgo (Dahlgren y Whitehead, 2010).

Esta clasificación permite encasillar los diversos factores que incrementan el riesgo a contraer un embarazo adolescente.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías (León, et, al; 2008):

Existen otros factores de riesgo como: (Pérez, 1992).

Factores emocionales que se presentan en la adolescente embarazada

- Falta de confianza y seguridad.
- Falta de capacidad para rehusar tener relaciones bajo presión.
- La falta de control en las emociones e impulsos sexuales, así como la presión de amigos para demostrar que son “hombrecitos” o “mujercitas”.
- Temor al rechazo.
- El sentirse invulnerables y que nada va a pasar, porque eso solamente les ocurre a otras.
- El tomar el embarazo como un escape de los problemas familiares, con el fin de salir de casa y formar otra familia, que en la mayoría de los casos termina fracasando.

- Bajas aspiraciones en la vida.
- Querer dar un sentido a la vida, cuando a esa edad, hay muchos otros factores que debieran dárselo.
- Carencia de proyectos personales.
- Buscan sustitutos a las carencias emocionales y afectivas que se logran momentáneamente con la pareja.
- Carencia de interés en la escuela familia, o actividades comunitarias.
- Dejarse guiar por el principio del placer o por el coito espontáneo no razonado.
- La falta de valores personales, de autoestima e inseguridad, de religiosidad y el miedo al abandono del novio, por no ceder, lo que generalmente ocurre de todos modos (Pérez, 1992).

#### Factores sociales y culturales

- Acudir a escuelas donde los embarazos en adolescentes son comunes y no son un problema a resolver.
- Las costumbres y tradiciones generacionales, que en muchos países y comunidades obligan a las jovencitas a embarazarse a temprana edad.
- Las presiones amorosas, el acoso sexual o las amenazas de abandono, conductas que forman parte del machismo para demostrar su virilidad.
- Vivir en una cultura donde, televisión, cine, música, y revistas, transmiten frecuentemente mensajes en los cuales las relaciones sexuales especialmente en adolescentes son comunes y a veces esperadas.
- Vivir en una cultura que promueve la comercialización del sexo. Donde el sexo placer se convierte en el principal factor moderno de venta de productos. Donde el erotismo y la mujer objeto, son los elementos indispensables utilizados en la publicidad de los productos.
- Machismo entre los jóvenes. Donde la hombría y masculinidad se valora de acuerdo al número de contactos sexuales con chicas.
- Uso temprano de alcohol, tabaco o drogas.

- El creer que por medio de un embarazo se va a amarrar al novio, quien por sus principios o por presión familiar va a “cumplir”. Pero en la actualidad esto ya no sucede con frecuencia y es la joven la que tiene que asumir sola la responsabilidad.
- Tener una escasa información sobre contracepción y embarazo, en parte debido a carecer de una educación sobre sexualidad en los colegios.
- Distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores (Díaz, 2012).

### **2.2.3 Determinantes sociales**

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2011).

Los determinantes de las desigualdades en salud pueden ser diferentes a los determinantes sociales de la salud para el conjunto de la población; es decir, los determinantes más importantes de la salud pueden diferir en los distintos grupos socioeconómicos (Dahlgren y Whitehead, 2010).

La identificación de las causas de las desigualdades sociales en salud exige la adopción de una perspectiva más amplia, ya que esas desigualdades se generan por la suma de los efectos de muchos factores distintos, como la exclusión social, una renta baja, el consumo excesivo de alcohol y la dificultad de acceso a los servicios sanitarios (Dahlgren y Whitehead, 2010).

La posición social, determinada por el nivel educativo, la profesión o los recursos económicos, ejerce una poderosa influencia sobre el tipo, la magnitud y la distribución de

los riesgos para la salud que experimentan los distintos grupos socioeconómicos. Los grupos privilegiados suelen tener más poder y oportunidades para disfrutar de una vida saludable que los menos privilegiados. Por tanto, la posición social es, en sí misma, un importante determinante de las desigualdades sociales en salud (Link y Phelan en Dahlgren y Whitehead, 2010).

#### **2.2.4 Causas del embarazo**

A pesar de que no se pueden hacer generalizaciones sobre la fecundidad en el mundo, algunos patrones de conducta sexual y reproductiva de los adolescentes tienen rasgos similares en diferentes culturas. Estos son: la aparición más temprana de la menstruación, la iniciación más temprana de una actividad sexual, el aumento del número de adolescentes sexualmente activos, el período de adolescencia prolongado y el número de la tasa de abortos (Quesada, et, al; 2010).

La maternidad precoz no es un fenómeno histórico nuevo pero, a pesar de ello algunos cambios culturales radicales se han combinado, tanto con factores biológicos como con influencias tradicionales. Las situaciones como pobreza extrema, la explotación del trabajo, la maternidad precoz, la vida callejera sin hogar, la institucionalización, el maltrato y el abandono, la minusvalía, los desastres naturales o ecológicos y, durante la década pasada y conflicto armado son condiciones de vida difícil para los adolescentes que a veces enfrentan más de una de estas situaciones (Quesada, et, al; 2010).

Experimentando una de estas situaciones o una combinación de las mismas implica condiciones de vidas negativas, y el riesgo de sufrir serios problemas de salud, nutrición, vida familiar y afectiva, y trastornos psicológicos. A veces esto genera un círculo vicioso del deterioro en la vida, un caso concreto son las adolescentes en pobreza extrema, que trabajan desde su niñez en las calles viven en ellas y son internados periódicamente en instituciones (OMS, 2009).

Los limitados recursos económicos de sus familiares dificultan enormemente la satisfacción de sus necesidades. En la que muchos enfrentan problemas nutricionales, necesidades. Falta de acceso a la educación básica y un ambiente insalubre (Quesada, et, al; 2010).

La experiencia familiar incluido el nivel de comprensión y afecto que siente y la manera en que su padre y madre desempeñan sus funciones dentro de la familias, es un factor importante en el desarrollo psicosocial del adolescente, lamentablemente, la pobreza extrema implica una vida diaria llena de preocupaciones concretas e inmediatas de sobrevivencia que impiden a los padres dedicar a sus hijos el tiempo y la energía que necesitan (Figuroa & Chavira, 2010).

Las adolescentes se embarazan porque muchas mujeres y hombres inician las relaciones sexuales durante su adolescencia, no tienen información sobre su sexualidad y no usan métodos anticonceptivos. La mayoría de los adolescentes varones y mujeres, no reciben educación sexual, lo que saben le llegan a través de amigos o familiares y muchas veces esta información confunde más. Los métodos anticonceptivos no se usan por desconocimiento, falta de acceso y poder de compra, inhibición del adolescente, oposición de la pareja razones religiosas, percepción de que pueda traer malas consecuencias para la salud, y deseo por parte de algunas adolescentes de tener hijos (OMS, 2009).

Otras adolescentes resultan embarazadas por abuso sexual a veces por un adulto miembro de su familia. Estas situaciones que se han mencionado exponen al adolescente a complejos de riesgos que atentan contra su salud física mental y social. Su maduración psicosocial tiene que producirse dentro de su proceso de sobrevivencia (Figuroa & Chavira, 2010).

Son pocas las instituciones educativas que implementan programas de orientación sexual o si lo hacen lo manejan en una forma superficial, no existen lineamientos. El Ministerio de Educación no ha tomado el rol preponderante que le corresponde en la educación sexual de los jóvenes. Otras instituciones como la Asociación Demográfica Salvadoreña han impartido orientación sexual en una forma aislada. Por lo que se considera que la falta de orientación

sexual en adolescentes es una de las causas del embarazo de adolescentes (Quesada, et, al; 2010).

Los padres de familias, los maestros y otros adultos incluyendo el personal de salud que tiene contacto directo con los adolescentes influyen en el desarrollo físico y psicosocial y juegan un papel importante en la discusión de temas de salud sexual y reproductiva, así como en el abordaje de la violencia, abuso, coerción y violación (Quesada, et, al; 2010).

Otra determinante importante es la familia disfuncional uní parentales o con conductas promiscuas, la violencia intrafamiliar, falta de diálogo entre padres e hijos, lo cual genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. Culturalmente existe una mayor tolerancia del medio a la maternidad de adolescentes, ya que las poblaciones en el área rural consideran que las mujeres deben tener a sus hijos en su juventud (Menéndez y Navas, 2012).

El bajo nivel educativo está relacionado con la falta de proyectos de vida, metas de superación, preparación para el empleo, lo cual incide principalmente para que las jóvenes vean en las uniones tempranas la forma de independizarse de la familia y económicamente.

El fenómeno de la migración de los padres en busca de trabajo y de los mismos jóvenes con motivo de estudios, índice en la pérdida del vínculo familiar y el cuidado de la familia, exponiendo principalmente a las adolescentes a mayor riesgo de embarazo temprano. La desinformación relacionada con la salud sexual y reproductiva en la población adolescente y joven incide en la persistencia de pensamientos mágicos, fantasías de esterilidad que les hace creer que al no tener relaciones sexuales frecuentes, con penetración incompleta, entre otros mitos, es otro factor determinante para el embarazo temprano (Núñez et. al, 2013).

El uso de alcohol y drogas hace que la juventud adopte comportamientos de riesgo, como la falta de protección al momento de tener una relación sexo coital. Es bien sabido que la

pobreza y la inequidad social van asociadas con resultados poco saludables para los adolescentes, incluyendo su salud sexual (Núñez et.al 2013).

Los aspectos psicológicos del embarazo en adolescentes son:

- ❖ Ambivalencia hacia el embarazo.
- ❖ Temor a morir o sufrir durante el embarazo.
- ❖ Temor y fantasías por posible malformación.
- ❖ Rechazo hacia el embarazo.
- ❖ Preocupaciones obsesivas por el bienestar del feto.
- ❖ Problemas de pareja.
- ❖ Interferencia de la familia externa.
- ❖ Dependencia marcada de las familias de origen.
- ❖ Temor a no ser una buena madre.
- ❖ Asesoría a familiares de pacientes embarazadas con retraso mental.
- ❖ Culpas por desatender a la pareja.
- ❖ Enojo por asumir la maternidad, el cual a veces se ve como limitante.
- ❖ También puede existir una problemática durante la infancia o con la familia de origen, lo que hace cuestionarse qué tan buenas madres podrán ser.
- ❖ Resentimiento con la figura materna.
- ❖ Sentimiento de culpa de “fallar” a los padres.
- ❖ Sentimiento de culpa por separarse de los padres.
- ❖ Problemas relacionados con el abuso sexual e incesto (Hernández, 2009).
- ❖

La morbilidad y mortalidad de las adolescentes embarazadas en Latinoamérica puede ser similar al del grupo de mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal y del parto. El padre adolescente tiene ausencia en toma de decisiones dentro del evento reproductivo, falta de compromiso y hasta rechazo de la respectiva familia. Generalmente abandona sus estudios. Tiene trabajos e ingresos de menor nivel que sus pares, existe una más alta tasa de divorcios, aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales por una reacción negativa del medio que lo rodea (Ulanowicz, et, al; 2006).



### **2.2.5 Consecuencias del embarazo**

Las consecuencias 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 (Ortega & Pérez, 2010).

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes (León, et, al; 2008).

Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo.

La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes.

Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preclamsia.

La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro (León, et, al; 2008).

Las probabilidades de que una madre adolescente tenga estos problemas son mayores en los países en desarrollo que en los desarrollados y dichas probabilidades son más altas entre los pobres que entre los de mejor condición social en un mismo país. A nivel mundial, el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 18 años (Secretaría de Salud, 2002).

Las jóvenes en general concurren tardíamente al control prenatal, o no asisten, por lo tanto no se pueden prevenir los problemas maternos y del bebé.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión, anemia, parto prematuro y/ o placenta previa.

El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años como (León et al; 2008).

- ✓ Bebés de Bajo Peso al nacer: Los bebés de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener bajo peso al nacer, que los bebés nacidos de madres de 20 años o más.
- ✓ Parto por Cesárea: La causa principal de las cesáreas se debe fundamentalmente a la desproporción pélvico fetal (la pelvis de la adolescente no tiene el tamaño adecuado para permitir el parto), sobre todo en adolescentes jóvenes que no han completado en su totalidad su desarrollo físico.
- ✓ Mortalidad Infantil Perinatal: El riesgo de mortalidad infantil perinatal aumenta en los hijos de madres menores de 20 años.
- ✓ Abortos provocados: existe un aumento en el número de abortos provocados lo que pone en riesgo la vida de la adolescente.
- ✓ No obstante también es importante mencionar que cuando una adolescente está embarazada debe tener muchos cuidados en su salud y uno de los más importantes es una ITS.

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables (Secretaría de Salud, 2002).

Las verdaderas diferencias entre ambos grupos se producen principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo el de las pacientes con edades menores de 16 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas (León, et, al; 2008).

Las jóvenes entre los 15 y 19 años corren un riesgo mayor durante la gestación, ya que estos embarazos se consideran de alto riesgo, además son más frecuentes las complicaciones durante el parto y pudiendo provocar la muerte. La probabilidad es de 5 a 1 en relación de mujeres de 20 a 29 años de edad (Figuroa & Chavira, 2010).

La mayoría de las adolescentes su primera reacción es no querer que nazca el producto y más aún cuando sabe que la pareja tampoco quiere saber nada al respecto. Los padres en ocasiones comparten la noticia con gusto y otras como un lamentable hecho (Figuroa & Chavira, 2010).

Como una medida de solución para estas jóvenes no deja de tener sus complicaciones. A pesar de que en abril del 2007, la Asamblea legislativa del Distrito Federal en México, despenalizó el aborto para las mujeres que así lo decidieran sólo hasta la 12<sup>o</sup> semana de gestación. Sin embargo, se tiene tres problemas por resolver a) la insuficiencia de los hospitales para la solución de estos problemas, b) utilizarlo como método anticonceptivo y c) practicarse un aborto de forma clandestina (Centro de Atención Integral a la Pareja CIPA, 2011).

Los adolescentes difícilmente acuden al doctor como pareja para investigar cual es el mejor método anticonceptivo de acuerdo a su edad y condición fisiológica y recurren a los más usados que son los de barrera como por ejemplo el condón (FNUAP, 2013).

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son conocidas también como enfermedades venéreas (en honor a la diosa romana Venus que es el equivalente a la diosa griega del amor y la belleza Afrodita) y su definición obedece al modo de transmisión de las mismas ya que se adquieren mediante el contacto sexual: vaginal, anal u oral (García, Aneri s/f).

Todas las conductas sexuales que involucran contacto con otra persona o con los fluidos de la misma se considera como factor de riesgo para la adquisición de ETS. Aunque la probabilidad de transmitir estas infecciones varía dependiendo de la actividad sexual; en general, cualquier relación sexual entre dos o más personas predispone a adquirirlas.

Existe una multiplicidad y variedad de factores socioeconómicos, culturales y biológicos que influyen en la transmisión de las ETS. Pero sin lugar a dudas el comportamiento sexual ha variado ampliamente a través del tiempo (Soto, Gonzales 2008).

Así podemos considerar que los factores que influyen en la transmisión de este tipo de enfermedades en la actualidad son:

- Edad más temprana de inicio de la vida sexual: si se es más joven, hay más posibilidades de tener un mayor número de compañeros sexuales a lo largo de la vida.
- Cambios frecuentes y repetidos de compañeros sexuales.
- Desigual relación de poder entre los géneros masculino y femenino que originan casi siempre la subordinación de la mujer.
- Imposibilidad de gozar una sexualidad, creativa, amorosa y responsable por la privación de la educación sexual integral en el seno familiar y escolar.
- El sexo comercial, frecuentemente asociado a otros factores de riesgo como son migración, uso de drogas lícitas e ilícitas.
- Movilidad poblacional por necesidades de empleo, educación y salud (Soto, Gonzales 2008).

## 2.3 Aspectos normativos

Es importante mencionar los derechos sexuales:

Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW 1979 Entrada en vigor: 18 de diciembre de 1979 (Instituto nacional de las mujeres 2010).

- Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil.
- Implantar la licencia de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o los beneficios adicionales.
- Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se hayan aprobado pueden resultar perjudiciales para ella.
- Asegurar, en condiciones de igualdad entre hombre y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
- Garantizar a la mujer servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.
- Asegurar el derecho de las mujeres en zonas rurales a tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.

*Artículo 44.-Protección de la maternidad: el estado debe proteger la maternidad. A tal efecto debe garantizar a todas las mujeres servicios y programas de atención, gratuito y de la más alta calidad, durante el embarazo, el parto y la fase postnatal. Adicionalmente debe asegurar programas de atención dirigidos específicamente a la orientación y protección del vínculo materno-filial de todas las niñas y adolescentes embarazadas o madres (Comité Ejecutivo Nacional 2012).*

*Artículo 50.- Salud sexual y Reproductiva: todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados, de acuerdo a su desarrollo en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos. El estado con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños y adolescentes. Estos servicios y programas deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho de la vida privada de los niños y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basada en una información oportuna y veraz. Los adolescentes mayores de 14 años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismos y a recibir estos servicios (Comité Ejecutivo Nacional 2012).*

Artículo 57.- Disciplina escolar con los derechos y garantías de los niños y adolescentes: la disciplina escolar debe ser administrada de forma acorde con los derechos, garantías, y deberes de los niños y adolescentes. En consecuencia (Comité Ejecutivo Nacional 2012):

- a) Debe establecerse claramente en el reglamento disciplinario de la escuela, plantel o instituto de educación los hechos que son susceptibles de sanción, las sanciones aplicables y el procedimiento para imponerlas;
- b) Todos los niños y adolescentes deban tener acceso y ser informados oportunamente, de los reglamentos disciplinarios correspondientes;
- c) Antes de la imposición de cualquier sanción debe garantizarse a todos los niños y adolescentes el ejercicio de los derechos a opinar y a la defensa y, después de haber sido impuesta, se les debe garantizar la posibilidad de impugnarla ante una autoridad superior e imparcial;
- d) Se prohíben las sanciones corporales, así como las colectivas;
- e) Se prohíben las sanciones por causa de embarazo de una niña o adolescente.

EL retiro o expulsión del niño o adolescente de la escuela, plantel o instituto de educación solo se impondrán por las causas expresamente establecidas en la ley, mediante el procedimiento administrativo aplicable. Los niños y adolescentes tienen derecho a ser reinscritos en la escuela, plantel o instituto donde reciben educación, salvo durante el tiempo que hayan sido sancionados con expulsión (Comité Ejecutivo Nacional 2012)

La persistencia de mitos, tabúes y creencias en los adolescentes es más notoria dentro del grupo y persisten expresiones (Dides, Benavente & Morán, 2009).

1. “Con la primera vez no vas a quedar embarazada”; “el hombre no tiene responsabilidad del embarazo “entre otras, se ponen de manifiesto en algunas ocasiones por ellos.
2. “Cuando una adolescente se embaraza se siente más tranquila y mejor consigo misma”. Tener hijos es una gran realización para las personas y una experiencia maravillosa si hay condiciones adecuadas para ello. Sin embargo cuidar un bebé significa una gran responsabilidad de tiempo y dinero.

Generalmente los adolescentes no tienen esas condiciones y deben sacrificar mucho tiempo para asegurar a su bebé lo que necesita, esto les resta tiempo para realizar sus actividades lo cual no siempre da tranquilidad y sensación de satisfacción.

3. Entre más hijos tiene un hombre más hombre es. La masculinidad no se manifiesta por el número de hijos/as que un hombre tiene, ser un hombre valioso implica ser responsable, estar consciente de sus derechos pero también de sus obligaciones y respetar a las demás personas. Tener bebés y no estar preparado para atenderlos, ni dispuestos a darles el cariño y la atención que merecen no es ser un hombre valioso, es ser irresponsable.
4. “Si una mujer no le tiene un hijo a un hombre no le demuestra su amor”. El amor se demuestra cotidianamente durante la relación de pareja, y el deseo de tener hijos con otra persona generalmente se da dentro de una relación amorosa; sin embargo los hijos/as no

deben ser utilizados para demostrar o conseguir cosas de los demás sino por su deseo y la posibilidad real de tenerlos.

5. “Las mujeres nerviosas necesitan de un hombre y de un hijo para curarse”. La fortaleza, la seguridad, y la estabilidad emocional se consiguen a través de relaciones de pareja y familiares satisfactorias, necesidades resueltas y buen estado de salud entre otras cosas. Una madre adolescente que ya tiene problemas en su vida sin resolver, difícilmente podrá encontrar la solución a sus problemas adicionando responsabilidades a su vida.

6. “Los hijos deben tenerse jóvenes para gozarlos”. Definitivamente que los hijos/as necesitan de la fortaleza y vigor de sus padres y entre más tiempo puedan disfrutarlos más reconfortante será para ambos. Sin embargo esto es tan importante como la seguridad y la estabilidad de los padres, condiciones que un adolescente difícilmente tiene. La juventud apenas empieza a los 20 años y entre más condiciones haya adquirido el joven para brindar a sus hijos mayores serán los beneficios.

7. “Entre más temprano tenga hijos una mujer es mejor”. Los hijos/as deben tenerse cuando los futuros padres tienen las condiciones físicas, afectivas y económicas adecuadas, así como la madurez necesaria para ejercer la maternidad y la paternidad. Además, el hecho de tener un desarrollo corporal que permite un embarazo, no asegura la madurez psicológica de una madre para afrontar esa responsabilidad.

La maternidad en las jóvenes son hechos frecuentes de lo que la sociedad quiere aceptar, son hechos muy relevantes que afectan la salud integral tanto de los padres, como la de los hijos, familiares y la sociedad en sí (Dides, Benavente & Morán, 2009).



## 2.4 Aspectos educativos y Educación para la salud

Desde la perspectiva de Whitehead, los ideales que la educación ha de perseguir son: interés por aprender, saber utilizar los conocimientos, ser una guía que conduzca al arte de vivir. En sus términos, la sabiduría es el ideal de la educación y a éste debe sujetarse al proceso educativo (Hernández 2004).

La educación es la adquisición del arte de utilizar los conocimientos. Es un arte muy difícil de impartir... lleva implícito el problema de mantener vivo el conocimiento, de evitar que se vuelva inerte (Hernández 2004).

*La Organización Mundial de la Salud sobre la Educación para la Salud dice:*

*“comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. Aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud” (OMS, 1998).*

La Educación para la Salud son “las ocasiones de aprendizaje deliberadamente puestas en marcha para facilitar los cambios de comportamiento en vista de alcanzar un objetivo determinado con anticipación”. Tal proceso ayuda a los individuos y a los grupos a tomar conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza a su calidad de vida y los incita a crear y a reivindicar condiciones favorables a su salud (Choque, 2005).

#### **2.4.1 Enfoques y factores que influyen en la promoción de la salud**

##### Enfoques de desarrollo personal

En las intervenciones de promoción de la salud se distinguen dos formas de EPS, desde los enfoques de desarrollo personal y de desarrollo social.

La promoción y la educación para la salud deben responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en nuestras sociedades desarrolladas. Para abordarlas, tres son las áreas de intervención prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales. Estas áreas de intervención van a condicionar los objetivos y planteamientos de la formación, ya que son necesarios conocimientos, actitudes y habilidades para comprender y abordar estas necesidades en salud y los factores con ellas relacionados (Serrano, 2002).

Este enfoque va dirigido a los comportamientos o situaciones identificadas como riesgos para la salud, “la EPS es una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud” (Villa, Muñoz & Regalado, 2006).

##### Enfoques de desarrollo social

Factores que influyen en la educación para la salud, consiste en “diferente formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la

salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambios sociales respecto a la salud”. La EPS sirve, sobre todo, para intervenir con las personas, para desarrollar sus capacidades, pero contribuye también a generar cambios en el entorno (Villa, Muñoz & Regalado, 2006).

Los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados. La promoción de la salud trata fundamentalmente de la acción destinada a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con otros determinantes como la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos (Villa, Muñoz & Regalado, 2006).

Las herramientas de promoción de la salud básicamente son:

- Educación para la salud individual: serie organizada de consultas educativas programadas que se pactan entre el profesional y el usuario.

- Educación para la salud grupal y/o colectiva: intervenciones programadas dirigidas a un grupo homogéneo de pacientes y/o usuarios, con la finalidad de mejorar su competencia para abordar determinado problema o aspecto de salud. También se contemplan las intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad, desarrollando talleres, cursos o sesiones para aumentar su conciencia sobre los factores sociales, políticos y ambientales que influyen sobre la salud (OMS, 2009).

En ambos casos, se trata de desarrollar estilos de vida saludables sobre, por ejemplo, alimentación, actividad física, tabaquismo, exposición solar, etc., y desarrollar la capacitación de las personas sobre, por ejemplo, prevención de toxiinfecciones alimentarias (Villa, Muñoz & Regalado, 2006).

## **2.4.2 Conceptos y evolución de la educación para la salud**

La EPS persigue la mejora de la salud de las personas y de la colectividad desde tres perspectivas: preventiva, de promoción de la salud y de uso adecuado de los recursos sanitarios. La EPS aborda, además de la transmisión de información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La EPS incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del correcto uso del sistema de asistencia sanitaria (Villa, Muñoz & Regalado C. 2006).

Se hace promoción de la salud cuando se trabaja sobre aquellos componentes que determinan la salud y bienestar de la población, la experiencia nos informa de que uno de los instrumentos más importantes de promoción de la salud es el desarrollo de políticas públicas saludables en todos los niveles: Comunidad Autónoma, Mancomunidad, Municipio, Centro de Salud y familia (Lillo, 2004).

## **2.4.3 Ámbito legislativo y aspectos históricos de la promoción y educación para la salud.**

Aspectos legislativos y normativos en EPS

Las políticas de salud tratan de reorientar los servicios sanitarios para responder de forma efectiva a las nuevas necesidades de salud de la sociedad. El papel de la promoción y educación para la salud es fundamental en el desarrollo de dichas políticas (Villa, Muñoz & Regalado C. 2006).

La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria (Fundación Acción Pro Derechos Humanos s/f).

La Ley 14/86, de 25 de abril General de Sanidad, en su artículo 6, declara que las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población dando el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud:(base de datos de legislación 1986).

a) Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.

b) Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores de sistema.

c) Por último, participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias.

La experiencia en coordinación sanitaria desde la aprobación de la Ley General de Sanidad hace necesaria la búsqueda de un nuevo modelo, que aproveche esa experiencia y ofrezca nuevos instrumentos que permitan a los ciudadanos recibir un servicio sanitario público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva en el acceso, independientemente del lugar de su residencia (base de datos de legislación 1986).

## **Ley General de Salud**

En México según la ley general de salud la educación para la salud tiene por objeto:

- 1. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;*
- 2. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y*
- 3. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades (Art. 112).*

*La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población*

*Tratándose de las comunidades indígenas, los programas a los que se refiere el párrafo anterior, deberán difundirse en español y la lengua o lenguas indígenas que correspondan (Artículo 113).*

#### **2.4.4 Competencias didácticas en la Licenciatura en Educación Para la Salud**

En el Estado de México la Universidad Autónoma del Estado de México imparte la Licenciatura en Educación para la Salud y en su Programa de Estudios (2007) define que la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la *alfabetización sanitaria*, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de *habilidades personales* que conduzcan a la salud individual y de la *comunidad* (UAEM, 2007).

Desde el punto de vista preventivo, preparando a sujetos capaces de transmitir información y guiar a la población para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo que les rodean (UAEM, 2007).

Desde una perspectiva de promoción de la salud, desarrollando capacidades y habilidades en los futuros Licenciados en Educación para la Salud que les permita promover ante la diversidad poblacional la adopción de formas de vida saludables.

En el proceso de formación del Licenciado en Educación para la Salud supone incorporar propuestas pedagógicas fundamentadas en el aprendizaje activo, en la creación de comunidades de aprendizaje y el trabajo cooperativo en contextos situados, bajo el supuesto de que aprendemos dentro de un contexto, del contexto y con el contexto, asumiendo que éste no es sólo físico, sino social, cultural y efectivo, por lo que las estrategias de enseñanza incluyen trabajo individual y en grupo que no se restringen a la interacción profesor-alumno, sino que trasciende estos límites y se ubican en escenarios en los que están teniendo lugar los procesos implicados en la profesión (UAEM, 2007).

La Licenciatura en Educación para la Salud se concibe como la formadora de entes que generan conciencia y sensibilizan argumentativamente las acciones de los individuos; a fin de que cuenten con conocimientos que les lleven a desarrollar hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva (UAEM, 2007).

#### **2.4.5 La Pedagogía y El Educador Para La Salud, modelos y teorías**

Una de las definiciones más completas de EPS, fue la propuesta, en 1975 por el IV Grupo de Trabajo de la “National Conference on Preventive Medicine”, de Estados Unidos, liderado por Anne Sommers, que estableció que la EPS debía ser un proceso que informe, motive y ayude a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugne los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirija la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos.

En el estudio detallado de esta definición, puede observarse la inclusión de una serie de actividades conducentes a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las que los individuos pueden mejorar su propia salud.
- Motivar a la población para que, con el cambio, consiga hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarios para adoptar y mantener unos hábitos y estilos de vida saludables.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludable y una conducta hacia la salud positiva.
- Promover la enseñanza, la formación y la capacitación de todos los agentes de EPS de la comunidad.
- Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos (Villa, Muñoz & Regalado, 2006).

Los objetivos del educador para la salud son:

- ❖ Lograr que la salud sea un valor reconocido por la sociedad.
- ❖ Ofrecer a la población, sana o enferma, conocimientos suficientes y capacidad práctica para resolver sus problemas de salud y/o generar comportamientos saludables.



- ❖ Mejorar la atención sanitaria, integrando en su práctica habilidades para: el trabajo con grupos, la “enseñanza” en salud, la comunidad comprensiva entre los profesionales y la población, y el trabajo en y con la comunidad.
- ❖ Favorecer la correcta utilización de los Servicios Sanitarios.
- ❖ Promover el análisis, la reflexión y la investigación de todos y cada uno de los factores que intervienen en los comportamientos de las personas: físicos, psíquicos, medio ambientales, culturales, políticos...
- ❖ Orientar la utilización de los instrumentos y medios de apoyo necesarios para alcanzar... la salud para todos (Villa, Muñoz & Regalado, 2006).

#### **2.4.5.1 Teoría del modelo de creencias en salud**

La teoría que se utilizará en dicho trabajo es el modelo de creencias este modelo concibe como variable principal la influencia cognitiva sobre la conducta; considerando que las creencias (percepción subjetiva sobre un tema en particular) y las actitudes (evaluación de los resultados de una conducta), pueden llegar a determinar de forma significativa la puesta en práctica de conductas saludables (Mas, Marín, Papenfuss & León 1997).

#### **2.4.5.2 El modelo crítico – reflexivo**

Es un proceso de acción y reflexión cooperativa, de indagación y de experimentación, donde el profesor aprende, interviene para facilitar la comprensión de los alumnos y al reflexionar sobre su intervención ejerce y desarrolla su propia comprensión.

El modelo crítico reflexivo es una propuesta abierta, en proceso de permanente elaboración y enriquecimiento mediante la práctica educativa, se va construyendo e internalizando por el propio docente en el proceso de su ejercicio profesional (Saneugenio & Escontrela, 2001).

## **2.5 Aportaciones de investigadores al área del conocimiento, descripción de estudios preventivos de embarazo en la adolescencia**

Sobre este tema se han realizado diversas investigaciones en el mundo. A continuación se presentan algunas de ellas.

Prías y Miranda realizaron en el año 2009 en Colombia una investigación sobre las experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal que tenía por objetivo describir e interpretar las experiencias relacionadas con los sentimientos e ideas experimentados por las adolescentes al conocer su estado de embarazo se trabajó con un grupo de 22 adolescentes de instituciones públicas de primer nivel de salud, abordando un enfoque cualitativo, con información recogida en entrevistas personales, grabadas con consentimiento de las jóvenes, teniendo como resultado que el embarazo genera en la adolescente sentimientos de displacer relacionados con miedo, tristeza, dolor, sufrimiento, culpa, vergüenza y decepción, acompañados de ideas de negación, evasión, duda, arrepentimiento y deseos de abortar, los cuales no aparecen cuando la adolescente cuenta con el apoyo de su compañero sentimental o el de sus padres teniendo como conclusión que las adolescentes necesitan apoyo, comprensión y ayuda, dado que están más sensibles, inseguras y con baja autoestima, situación que requiere que el equipo de salud desarrolle y muestre competencias en el área humanística, acercamiento personal, empatía y trato humanizado e individualizado en la atención de la población de adolescentes embarazadas.

Castrillón, 2008 realizó un estudio teniendo por objetivo responder a la pregunta por la función que cumple un hijo para una mujer adolescente en la re-significación de la sexualidad infantil llevando a cabo 7 entrevistas a mujeres adolescentes entre los 15 y 17 años, 5 embarazadas y 2 que ya son madres, obteniendo como resultado que las adolescentes quedaron embarazadas a partir de su deseo, no por ignorancia en cuanto a métodos anticonceptivos o a factores externos a ellas. A través del embarazo y de la posterior presencia del hijo, se transmitan asuntos simbólicos que es preciso resolver en la adolescencia, el duelo por los objetos parentales, el cuerpo de la infancia y el rol infantil, lo que permite concluir que el embarazo y un hijo en la adolescencia le permiten a la joven re

significar la sexualidad infantil, donde están concluidos los objetos más antiguos del sujeto, los parentales.

Winkler, Pérez y López presentan los resultados de una investigación cualitativa sobre las representaciones sociales del embarazo adolescente, en adolescentes hombres y mujeres cuyo objetivo fue reconstruir las representaciones sociales de embarazo adolescente de jóvenes de 15-18 años de una comuna de la Región Metropolitana de Chile en donde fueron entrevistadas 44 personas: madres adolescentes, adolescentes embarazadas, futuros padres adolescentes y adolescentes de ambos sexos sin hijos(as), teniendo como resultado 5 categorías; antecedentes contextuales, tipo de embarazo adolescente, análisis relacional entre antecedentes, reacciones y consecuencias del embarazo precoz en la mujer y el hombre adolescente y modelo hipotético interpretativo.

Sifontes, Roque, Trujillo, Serrano & Cabrera (2008) realizaron una intervención educativa en jóvenes estudiantes sobre embarazo en la adolescencia en Cuba. El objetivo de dicha intervención fue modificar en las adolescentes los conocimientos sobre aspectos relacionados con el embarazo en estas edades, mediante un programa interactivo diseñado y aplicado a 94 adolescentes entre 15 y 18 años de edad. 46.6% de las participantes experimentó su embarazo en las edades comprendidas entre 14 y 16 años, 73.3% de las encuestadas ya habían tenido experiencia de embarazos e interrupciones anteriores. Se les explicó a las adolescentes las características del estudio con el objetivo de motivarlas con el tema y se aplicó una encuesta con un total de ocho preguntas de manera cerrada, comprensible y se evaluaron los conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia, después de aplicada la encuesta inicial, se realizaron cinco sesiones de una hora, se abordaron temas diferentes mediante técnicas participativas, con una conferencia debate y materiales audiovisuales. 15 días después se aplicó nuevamente la encuesta inicial. Se observó un incremento del conocimiento en las jóvenes después de las sesiones educativas, por lo que se considera que existió un aumento adecuado del mismo y a su vez se verificó la efectividad de la intervención, éste fue notable en las causas del embarazo en la adolescencia, el uso de métodos anticonceptivos para evitarlo, la edad apropiada de tener los embarazos, el riesgo psicosocial de éstos y sus consecuencias. Al inicio de la investigación

las adolescentes tenían poco conocimiento sobre los temas de sexualidad en la adolescencia luego de la intervención, se logró un aumento significativo del mismo, por lo que se consideró efectiva la intervención.

Llanes, Quevedo, Ferrer, De la Paz & Sardiñas (2009) realizaron un estudio para demostrar la eficacia de una intervención educativa para prevenir embarazo en la adolescencia en Guatemala. Para fines del estudio se trabajó con 146 adolescentes de ambos sexos con edades que comprenden entre 10 y 19 años. Se aplicó una encuesta la cual media antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia, el número de partos y abortos, la estabilidad en las relaciones de pareja, la paridad, el uso de anticonceptivos orales, los dispositivos intrauterinos y los anticonceptivos inyectables, el uso del condón, el método del ritmo y coito interrumpido y el conocimiento sobre los factores de riesgo biológicos y psicosociales del embarazo en la adolescencia y de los métodos anticonceptivos. Posteriormente, se diseñó e implementó una estrategia educativa con una duración de 6 semanas (una sesión por semana) de 4 horas cada la sesión 1 fue de la adolescencia: Definición y características físicas y psicológicas de los adolescentes, sesión 2 el embarazo: Factores de riesgo en la adolescencia, sesión 3 primeras relaciones sexuales, sesión 4 métodos anticonceptivos, sesión 5 repercusiones del embarazo en el adolescente y sesión 6 Evaluación y cierre. Una vez concluida la intervención educativa se procedió aplicar la encuesta por segunda vez para comparar los resultados del antes y el después. En los resultados obtenidos se encontró el incremento de conocimientos sobre anticonceptivos así como la utilización del condón como método más utilizado por los participantes para prevenir el embarazo en la adolescencia.

Pascual-González, Puentes, Pérez & Rísquez (2010) realizaron un estudio experimental y longitudinal, de intervención educativa, en estudiantes de Venezuela, la muestra estuvo conformada por 81 estudiantes hombres y mujeres, se aplicó in cuestionario auto administrado, privado y anónimo, de 23 preguntas cerradas sobre enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz y métodos anticonceptivos en adolescentes antes y después de la intervención educativa de salud, el cual fue adaptado a partir de un cuestionario previamente validado y sometido a una prueba piloto. Después se llevó a cabo

la intervención se utilizó material audiovisual elaborado en Power Point 2007 y posterior al desarrollo de la actividad, fueron entregados trípticos y respondidas las dudas de los estudiantes. Después se aplicó nuevamente el cuestionario para obtener los resultados y para evaluar la efectividad de la intervención educativa de salud sobre los temas ETS, EP y MAC, se determinó el cambio en el nivel de conocimiento de los estudiantes como grupo y no de manera individual, debido a que los cuestionarios eran de carácter anónimo por lo que se considera que se lograron los objetivos de dicha intervención.

Trujillo, Osorio, Roque, Serrano (2009) realizaron una intervención educativa sobre el conocimiento de factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en Cuba, la muestra fueron 78 adolescentes. Se aplicó un cuestionario antes y después del programa educativo con las variables: conducta sexual, inicio de las relaciones sexuales, edad del primer parto. Los datos obtenidos se procesaron por métodos autorizados mediante paquetes estadísticos Micro stat y los resultados expresados en tablas. Se aplicó luego el programa educativo propuesto en cinco sesiones, con una hora de duración y una frecuencia de diez días entre las mismas. Siete días después se aplicó la encuesta inicial.

Con la aplicación de la intervención se logró incrementar el conocimiento en todos los factores de riesgo estudiados.

Fernández, Martínez, López, & Aldana (2011) realizaron una intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo en Camagüey, el universo y muestra lo constituyó 46 adolescentes escogidos por muestreo aleatorio. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de una encuesta confeccionada, constando con 14 variables: edad, escolaridad, estado civil, conocimiento sobre prevención de embarazo, y la evaluación antes y después de la intervención. El procesamiento de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SSSP, y se aplicó la estadística descriptiva e inferencial. La edad que predominó fue el grupo de 17- 19 años, 17 (37,0 %), el nivel escolar predominante fue la secundaria sin terminar con 25 adolescentes (54,3 %), el estado civil casado con 39 (84,8 %), el nivel de conocimientos sobre prevención de embarazo antes fue inadecuado en 27 adolescentes

(58,7 %), después adecuado en 35 (76,1 %). La intervención educativa aplicada fue eficaz, pues elevó el nivel de conocimientos de los adolescentes.

Paredes, Rocubert, Lazo, González, & Hierrezuelo (2012) realizaron una estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia en Pinar del Rio. El universo lo constituyeron 134 adolescentes y la muestra fue de 122 que decidieron participar en el estudio. Los datos se procesaron y analizaron con medidas de frecuencias (porcentaje). Predominaron los adolescentes del sexo femenino y las edades entre 14 a 16 años, plantean tener información previa sobre educación de la sexualidad para prevenir el embarazo en la adolescencia, aunque las reflexiones ante el embarazo y el aborto y sus riesgos y el uso de métodos anticonceptivos son insatisfactorias, predominando los del sexo masculino y refieren a los padres y los profesores como las vías por las cuales reciben la información sobre el tema. Se aplicará inicialmente una encuesta la cual será realizada en el domicilio del adolescente o en el consultorio médico, donde se exploran los conocimientos, las actitudes y experiencias o vivencias en aspectos de la sexualidad, su educación y la prevención del embarazo, enfatizando en aquellos elementos que resulten deficientes en este primer contacto con estos. Con posterioridad, se realizará un monitoreo valorando los indicadores del proceso en cada actividad. Esta capacitación se llevará a cabo mientras perdure la investigación y al finalizar el mismo se aplicará de nuevo la encuesta en iguales condiciones que la anterior. De esta forma se realizará una evaluación cuantitativa sobre la influencia del programa educativo: embarazo en la adolescencia "Una falta de opciones", en el conocimiento sobre sexualidad y prevención del embarazo. Para medir la efectividad y parte del impacto que pudiera tener a corto plazo se realizarán una serie de evaluaciones cualitativas a las adolescentes durante los talleres y las actividades realizadas, a través de sus reflexiones antes determinadas situaciones tales como: el embarazo, el aborto y el uso de anticonceptivos entre otras. Posteriormente se cuantificarán de acuerdo a la variación que alcanzan sus reflexiones a través de una escala final y al igual que el nivel de conocimiento se dividirá en deficientes y satisfactoria.

Callejas et, al; (2005) realizaron un estudio para evaluar el resultado de una intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y ETS/SIDA dirigida a estudiantes

de secundaria de 14 a 18 años de edad en España. Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta anónima que constaba de 20 preguntas sobre hábitos sexuales, utilización de métodos anticonceptivos, conocimientos y actitudes acerca de los mismos y ETS/sida., a encuesta se basó en cuestionarios previos, cabe mencionar que 238 alumnos participaron en el estudio. La intervención se basó la organización de un concurso de mensajes publicitarios (a modo de anuncios para prensa, radio y televisión) que debían ser elaborados por los propios estudiantes, agrupados en «talleres de salud», además se impartieron dos charlas educativas monográficas de unos 50 minutos de duración sobre cada uno de los temas (anticoncepción y ETS). A los seis meses del inicio de la intervención los estudiantes respondieron otro cuestionario similar al primero, con algunas preguntas añadidas acerca de su participación y opinión sobre la utilidad de la intervención. En los resultados posteriores de la intervención se encontró que hubo cambios en los conocimientos y actitudes sobre la prevención de ETS y embarazos no deseados, logrando que mayoría de los adolescentes utilizaran el preservativo como método anticonceptivo de prevención.

Alonso (2010) realizó una propuesta de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia en Cuba, realizó un estudio descriptivo con la utilización de la metodología cuali-cuantitativa en 100 adolescentes de la ESBU Nguyen Van Troy; El estudio se dividió en tres momentos: diagnóstico del problema, modelación de la propuesta de intervención educativa y validación de la propuesta, a los adolescentes se le aplicó un cuestionario para identificar las opiniones de los adolescentes en relación con el embarazo y sus complicaciones, así como las necesidades de orientación en cuanto a la educación y promoción para prevenirlo. El diagnóstico demostró que existe falta de conocimiento por los adolescentes sobre las causas, riesgos y complicaciones del embarazo en esta etapa. Se comprobó que hay una deficiente información sobre el uso de los métodos anticonceptivos; influencia negativa de los grupos en estas edades y poca comunicación familiar. La intervención educativa estuvo dirigida para padres, profesores y adolescentes para tratar el embarazo en la adolescencia, causas, riesgos y complicaciones.

Hernández, García, & Sánchez (2012) realizaron una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en Cuba. El universo estuvo constituida por 80 adolescentes los criterios de inclusión fueron, residir y permanecer físicamente en el área dispensarizada durante el período de la investigación, estar apto física y mentalmente para comprender el cuestionario y los programas educativos y los criterios de exclusión fueron no satisfacer los criterios de la inclusión. Posteriormente se llevó a cabo la estrategia de intervención educativa, se organizaron ocho subgrupos de capacitación con diez adolescentes cada uno, los cuales recibieron cinco sesiones de trabajo, de dos horas de duración con dos frecuencias semanales. Las sesiones constaron en: sesión 1 anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino, sesión 2 características de los diferentes métodos anticonceptivos, sesión 3 utilización correcta del condón, sesión 4 efectos indeseables más frecuentes detectados con el uso de los anticonceptivos y la sesión 5 anticoncepción en la adolescencia. Con la intervención se elevó el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en los adolescentes seleccionados.

Reyes (2012) realizó una estrategia educativa sobre riesgos obstétricos en adolescentes Se realizó un estudio de intervención educativa en Cuba. En el estudio se incluyeron los adolescentes de 14 a 17 años, que aceptaron participar en la investigación y con un nivel intelectual normal. Fueron excluidos los que no aceptaron participar en la investigación, el universo estuvo conformado con 50 adolescentes. La información fue recogida a través de una encuesta diseñada al efecto, la cual se aplicó antes de la intervención y después de la misma, donde están reflejadas todas las variables de interés para el estudio, la cual se aplicó a las pacientes de forma personal con la participación de un grupo de enfermeros entrenados para este propósito. Analizados los resultados de la encuesta inicial se procedió a diseñar la estrategia educativa. Se realizaron 6 sesiones. Las sesiones de trabajo se realizaron con una frecuencia semanal y una duración de 4h, durante seis semanas, cada grupo dividido según la etapa de la adolescencia (de 10-14 y de 15-19 años), se combinaron diferentes técnicas participativas. Concluida la intervención educativa, se procedió a aplicar la encuesta por segunda ocasión y ambas se convirtieron en el registro primario de datos, se contó con el consentimiento informado de las adolescentes que solicitaron el aborto inducido, dándoles a conocer que la información recogida seria confidencial. La edad que más predominó en la



investigación fue el grupo de 16 -17 en las hembras y de 14 - 15 en los masculinos. Se identificó que existía desconocimiento en relación con los aspectos evaluados y por último se elevó significativamente el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Rodríguez, Ramos, Contreras & Perdomo (2013) diseñaron una estrategia educativa dirigida a mejorar la salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios en Cuba, se realizó con 332 de estudiantes de la Escuela de Enfermería y 260 estudiantes de la Facultad de "Tecnología de la Salud", ambas instituciones ubicadas en La Habana; La investigación se desarrolló en dos etapas: 1) Diagnóstico sobre el nivel de conocimientos y comportamientos de los estudiantes en relación con la Salud Sexual Reproductiva (SSR), para identificar las necesidades de aprendizaje e revisaron los diferentes modelos y teorías referidos a la comunicación en salud se aplicó un cuestionario auto administrado, para identificar conocimientos y comportamientos sobre SSR y 2) Diseño de la estrategia educativa en correspondencia con sus necesidades previamente identificadas, la cual consistió en modificar los conocimientos acerca de: percepciones sobre qué es la sexualidad, Conductas sexuales y reproductivas que deben asumir los jóvenes y adolescentes, Comportamiento placentero y actitudes sexuales responsables; para estos temas se realizaron campañas de comunicación, talleres de sensibilización para capacitar. Posteriormente se hizo la evaluación de estructura, proceso y resultado estará presente desde inicio de la propuesta de la estrategia hasta el final de la misma por lo que se llegó a la conclusión de que implementarla ha sido factible y ha brindado buenos resultados en los adolescentes y jóvenes.

Se puede concluir de los investigadores antes presentados sus trabajos estuvieron en torno a la temática del embarazo no planeado en la adolescencia debido a que la mayoría de los autores tiene como objetivo en su investigación sensibilizar a los adolescentes con temas sobre causas y consecuencias del embarazo para así mismo lograr cambiar sus actitudes con respecto a los cuidados que deben tener si ya iniciaron su vida sexual.

Por lo que la presente investigación se suma a ellos con una visión preventiva considerando los aspectos sociales propios de la Licenciatura en Educación para la Salud.

## **SEGUNDA PARTE**

### **DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**

## **CAPÍTULO 3 DISEÑO MÉTODOLÓGICO**

### **3.1 Diseño de la metodología**

#### **3.1.1 Diseño de investigación**

La presente investigación fue Cuasi- experimental Según Campbell y Stanley, (1966) proviene del ámbito educativo, donde la investigación de ciertos fenómenos no podía llevarse a cabo siguiendo los procedimientos experimentales. De esta manera se realizó una investigación cuasi-experimental debido a que se tuvieron dos grupos de estudio un grupo control e intervención.

#### **3.1.2 Tipo de estudio**

El estudio fue descriptivo transversal es un método que se basa en la observación, considerando los cuatro factores psicológicos: atención, sensación, percepción y reflexión. Mide y evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Es de corte transversal porque analiza en un momento temporal (Universidad nacional de educación 2013).

#### **3.1.3 Individuos de estudio**

Se llevó a cabo en el Municipio de Nezahualcóyotl Estado de México. Este municipio localizado en el oriente, tiene una población de 1, 110,565 habitantes de los cuales 25.9 % son jóvenes (INEGI, 2010).

En este municipio se seleccionó la escuela preparatoria Anexa a la Normal 1 de Nezahualcóyotl. La población objetivo fueron las adolescentes de primer grado que asisten a dicha escuela.

### 3.1.4 Muestra

La muestra estuvo constituida por 97 participantes de los cuales 49 conformaron el grupo de intervención y 48 el grupo control, que corresponden a primer grado de preparatoria, de 15 a 16 años de edad.

### 3.1.5 Criterios de selección

- **Criterios de inclusión:** la población estuvo conformada por adolescentes con edad de 15 a 16 años no fue relevante la ocupación ni estado socioeconómico con el que contaban. Se realizó una junta con los padres de familia y manifestaron la autorización para que sus hijas(o) participaran en dicha investigación una vez que se les explicó la finalidad de éste a través del consentimiento informado (anexo 1).
- **Criterios de exclusión:** Adolescentes que sus padres no hayan manifestado su consentimiento aun cuando se les explico el objetivo de ellos.

### 3.2 Procedimiento de la recolección de información

Para identificar las principales causas que originan un embarazo adolescente, se aplicó un cuestionario (anexo 2) a la muestra, la aplicación fue individual y directa con la adolescente. Para realizar la aplicación fue necesario gestionar el trabajo de investigación ante la Directora de la escuela preparatoria Anexa a la Normal 1 de Nezahualcóyotl, quien permitió la aplicación del instrumento a dos grupos de primer grado. Una vez lograda la gestión, se realizó una junta de padres de familia de ambos grupos se presentó y explicó a los padres de familia que solo participaría en la investigación un grupo debido a que se analizaría que grupo carecía de información sobre el embarazo no planeado en la adolescencia y después se platicó con los adolescentes y se les explico el objetivo de la investigación, obteniendo el consentimiento informado (anexo 1), siendo esto un requisito legal debido a que los adolescentes son menores de edad. Ya aplicados todos los cuestionarios se realizó la captura de datos con el programa SPSS versión 19 y se realizaron medidas paramétricas.

Cabe mencionar que antes de la aplicación de cada instrumento formalmente, tuvo lugar el proceso de piloteo. El piloteo consistió en aplicar el cuestionario a 2 grupos para analizar

qué grupo era el que contaba con menor información sobre el embarazo no planeado en la adolescencia y posteriormente trabajar con ellos.

### **3.2.1 Instrumento**

El instrumento que se utilizó es un cuestionario descriptivo realizado por Ruiz en 1998, habla de creencias y actitudes sobre el embarazo precoz y el uso del preservativo, conocimientos con relación al embarazo precoz y sus medidas preventivas el instrumento tiene .64 de confiabilidad, calculada con el coeficiente alfa de Cronbach, esto quiere decir que los instrumentos son de alta confiabilidad.

La aplicación de los instrumentos, se realizó de manera grupal en cada uno de los grupos de edad estando presente el investigador para la correcta aplicación. Aplicándose una pre-prueba de ambos cuestionarios tanto al grupo control como al grupo intervención para medir su conocimiento y actitudes con respecto al embarazo no planeado y al uso del preservativo y posteriormente se aplicó en pos-prueba el mismo cuestionario para analizar el impacto que tuvo el programa “Reducción de embarazo en la adolescencia”.

La primera parte del cuestionario consta de 3 preguntas como son: grado y grupo, sexo de los estudiantes y edad.

Los apartados I al V incluyen preguntas tipo Likert con siete opciones de respuesta (totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo). La parte I habla de una escala de percepción de control y percepción de autoeficacia para usar preservativo, consta de 11 preguntas (PCPA). En el apartado II son preguntas sobre los riesgos de embarazo en donde se les pregunta si ellos saben cuál es la importancia de cuidarse al tener una relación sexual, que harían si estuvieran embarazadas entre otros consta de cuatro preguntas (PREP).

El apartado III consta de una pregunta que mide el riesgo de un embarazo a tan temprana edad (PGEP). El apartado IV consta de 3 opciones de respuesta y habla sobre conocimientos del embarazo precoz y medidas preventivas (CEPMP). El último apartado contiene 10 preguntas en las cuales se les pide a los participantes que expresen si necesitan un programa

para que los oriente con relación a su sexualidad, y también evalúa el nivel de conocimiento que tienen sobre los métodos anticonceptivos y los riesgos que trae un embarazo no planeado en la adolescencia (PNP).

Se realizó una evaluación de material didáctico realizado por la norma de la APA en donde venían preguntas como:

Existió una organización, utilización de material complementario, a quien se le puede aplicar el programa, el programa puede ser aplicado por cualquier persona, uso de colores, imágenes, fundamento didáctico, la tipografía es adecuada para los destinatarios, las actividades son autónomas, el programa contiene actividades de refuerzo de los conocimientos, las actividades son interactivas y fomentan el intercambio comunicativo (anexo 3).

Se realizó una evaluación de las técnicas utilizadas en el programa “La decisión es tuya cuídate” se hizo una búsqueda de rubricas para evaluar las técnicas pero no se logró obtener ninguno pero se realizó la evaluación con las preguntas más sobresalientes como:

Se involucra a todos los participantes, se mantuvo la atención de todos los participantes, se manejó la información objetivo de la sesión, los asistentes entendieron la información, se dominó el tema, se apoyó en material didáctico y se utilizó el tiempo programado (anexo 4).

### **3.2.2 Programa de intervención**

El programa que se utilizó para la prevención de Embarazo no planeado tiene por nombre “La decisión es tuya cuídate” Realizado por un educador para la salud. Es un programa de educación sexual para jóvenes el programa habla de métodos anticonceptivos y causas y consecuencias del embarazo no planeado tiene como objetivo: promover una mejor educación sexual a través de técnicas de auto conocimiento que propicien la reflexión e incrementen los conocimientos de los adolescente para prevenir el embarazo no planeado y conozcan las causas y consecuencias del embarazo, a través de favorecer el ejercicio

autónomo y responsable de su sexualidad; se realizaron 8 sesiones y se tomó como guía el programa “conócete va por tu cuenta” para analizar las sesiones y poder diseñar el programa “la decisión es tuya cuídate”.

1. Ciclo menstrual: Conocer la importancia del ciclo menstrual.
2. Fecundación: Lograr que los participantes conozcan el proceso de la fecundación.
3. Embarazo en la adolescencia: Concepto, importancia de conocer que es el embarazo en la adolescencia.
4. Mitos y realidades sobre anticonceptivos: Aclarar dudas sobre los métodos anticonceptivos.
5. Métodos anticonceptivos: Conocer los métodos anticonceptivos y la importancia de usarlos.
6. Toma de decisiones: Sensibilizar a los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia.
7. Toma de decisiones: Sensibilizar a los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia.
8. Realimentación: Realimentación de las sesiones vistas anteriormente (anexo 5).

### **3.3 Aspectos éticos de la investigación**

La investigación denota una actividad designada a comprobar una hipótesis, que permite sacar conclusiones, y como consecuencia contribuye a obtener un conocimiento generalizable; se describe generalmente en un protocolo formal que presenta un objetivo y un conjunto de procedimientos diseñados para alcanzar este objetivo. Toda investigación deberá someterse a revisión para la protección de los sujetos humanos con base a tres principios éticos relevantes que son:

1. El respeto a las personas, los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y tienen derecho a ser protegidos de cualquier daño. La participación debe ser voluntariamente proporcionando la información adecuada.
2. Beneficencia, no causar ningún daño y maximizar los beneficios posibles así como disminuir los posibles daños.

3. Justicia, deben ser tratados con igualdad; a cada persona según su necesidad individual, según su propio esfuerzo, según su contribución a la sociedad y según su mérito.

La aplicación de los principios generales que se debe seguir en la investigación conlleva a la consideración requerimientos como:

- Consentimiento informado: El respeto a las personas exige que se dé a los sujetos, en la medida de sus capacidades, la oportunidad de escoger lo que les pueda ocurrir o no. Se ofrece esta oportunidad cuando se satisfacen los criterios adecuados a los que el consentimiento informado debe ajustarse. Debe constar de tres elementos; información completa y clara, comprensión y voluntariedad (Informe Belmont, 1979).

Con lo anterior se diseñó el Consentimiento Informado por Escrito (Anexo 1) del cual se obtuvo las firmas correspondientes.

### **3.4 Limitantes de la investigación**

La principal limitación que hubo en la investigación fue el tiempo, ya que fue reducido y solo se trabajó con los adolescentes una vez a la semana dentro del horario asignado para la actividad de “Orientación”, la cual contaba solo con 50 minutos; esta reducción de tiempo no permitió que las sesiones se llevaran a cabo de acuerdo al tiempo programado.

Para poder cumplir con los objetivos de dicha investigación se evaluaron los conocimientos de los adolescentes por medio de un cuestionario que medía sus actitudes y conocimientos con respecto al embarazo en la adolescencia.

Los resultados obtenidos solamente son aplicados a la Escuela Anexa a la Normal No. 1 ubicada en Nezahualcóyotl, esto debido a que se acepta que el entorno social influye en el comportamiento de las personas y a su vez son otros aspectos los que influyen en las actitudes del individuo (Lalonde). Para poder confirmar sobre las aportaciones que da el programa propuesto *“La decisión es tuya, cuídate”* será necesario que se implemente en otras



ocasiones y en otros espacios, siendo susceptible su reproducción con participación de otros estudiantes de la misma licenciatura.

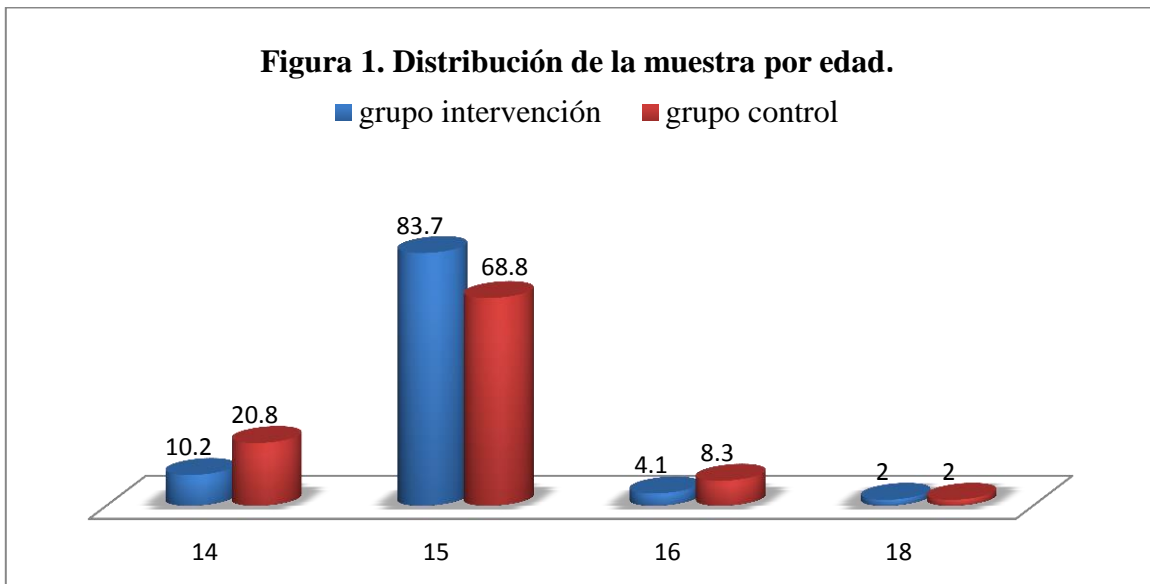
## CAPÍTULO 4 RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos después de la intervención en la Escuela Anexa a la Normal 1 de Nezahualcóyotl.

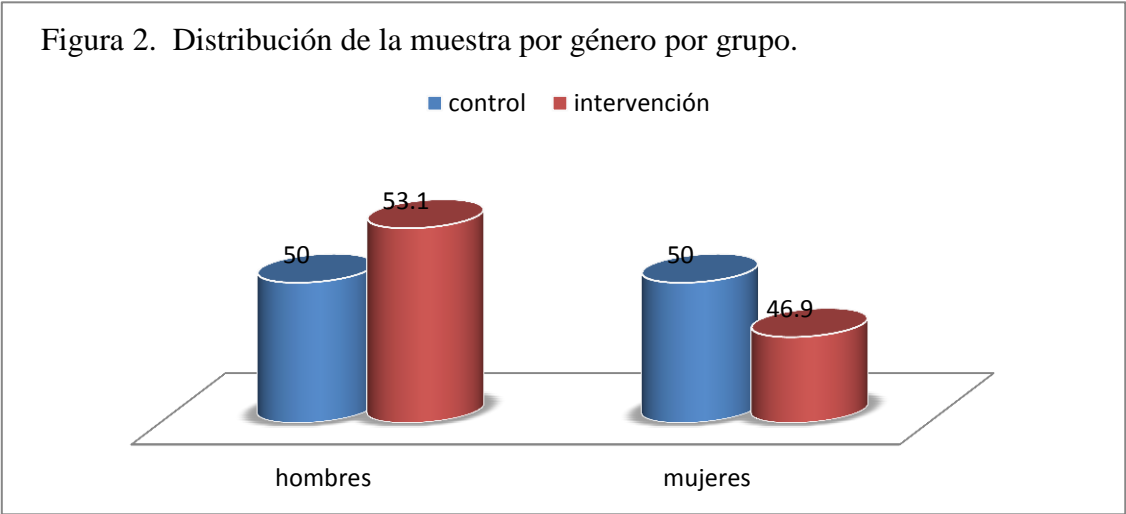
Primero se presenta la gráfica correspondiente a la población con la cual se trabajó y posteriormente se presenta la información de acuerdo a los objetivos planteados.

Se hace la aclaración que se presentan las gráficas de manera conjunta del primero y del cuarto objetivo específico ya que correspondieron a un pre-test y un post-test; así esta presentación permite identificar las diferencias que existieron con la implementación del curso.

En la Figura 1 se observa que el rango de edad en ambos grupos es de 15 años.

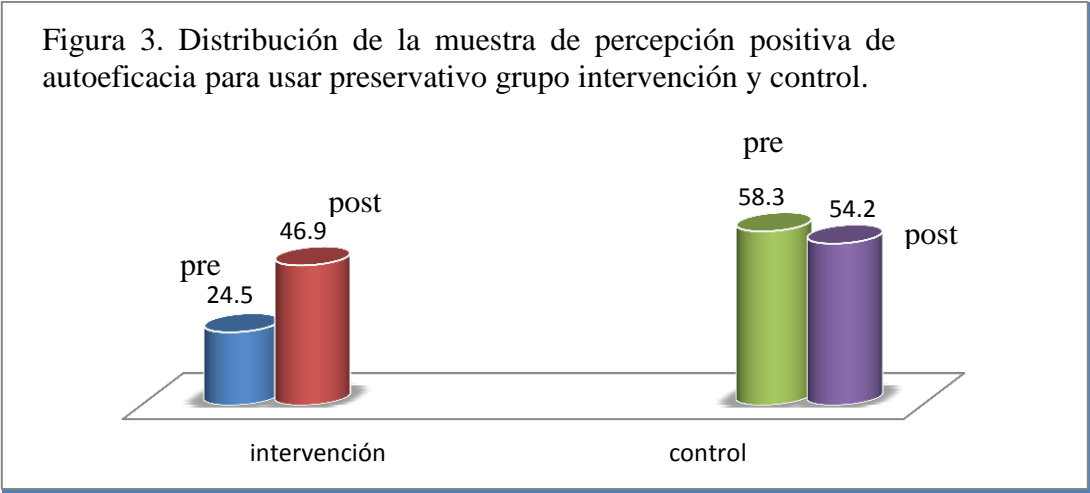


En la Figura 2 se observa con respecto al sexo que en el grupo control existen la misma cantidad de hombres y mujeres y en grupo experimental existen más hombres que mujeres.



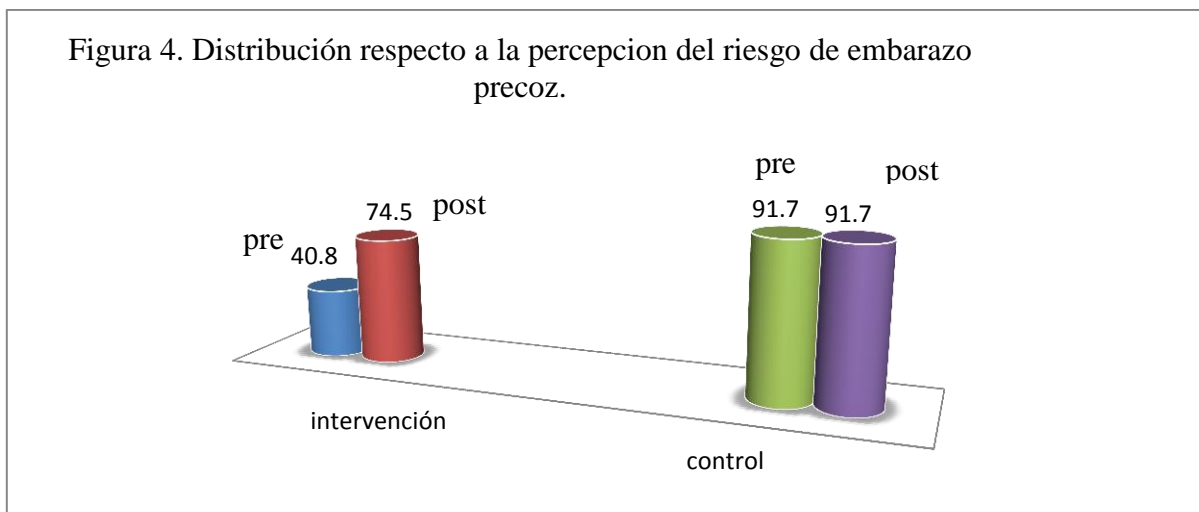
**a. Percepción de control y percepción de autoeficacia para usar preservativo**

En la Figura 3 se observa un cambio hacia la percepción respecto al uso del preservativo por parte de los participantes del grupo de intervención, esto demuestra que la intervención tuvo un impacto en los participantes. Sin embargo en el grupo control bajó su conocimiento en relación al uso del preservativo.



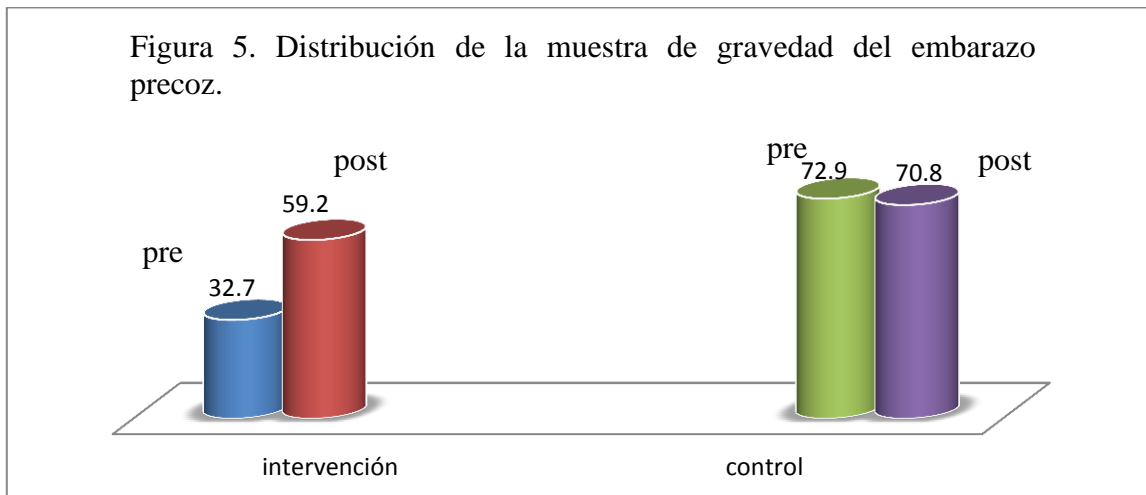
### b. Escala de percepción de riesgo del embarazo precoz

En la Figura 4 se observa que los participantes del grupo de intervención mejoraron sus actitudes con respecto al riesgo del embarazo. Los participantes del grupo control mantuvieron sus actitudes hacia el riesgo del embarazo precoz.



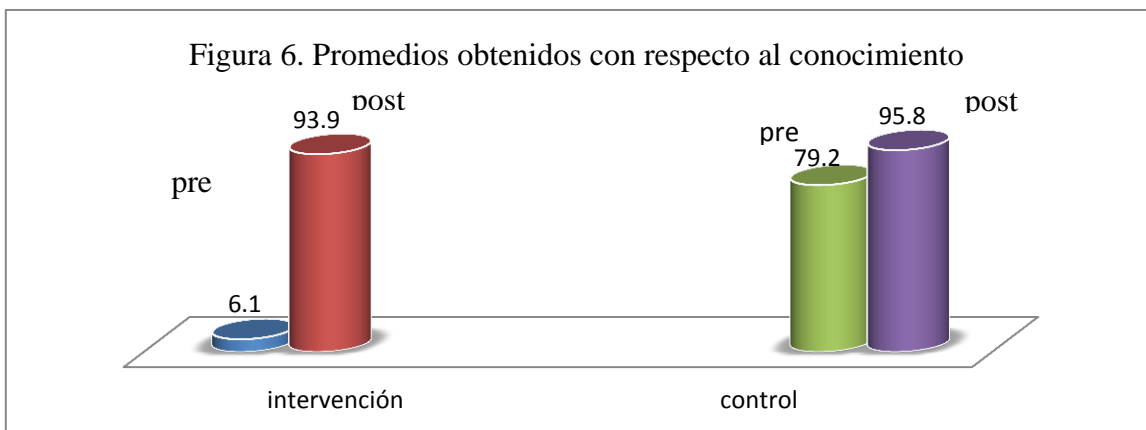
### c) Escala de percepción de gravedad del embarazo precoz

En la Figura 5 los participantes del grupo de intervención tuvieron un cambio de actitud positiva hacia la percepción de gravedad del embarazo sin embargo los participantes del grupo control mantuvieron sus actitudes sobre la gravedad de un embarazo en esta etapa de su vida.



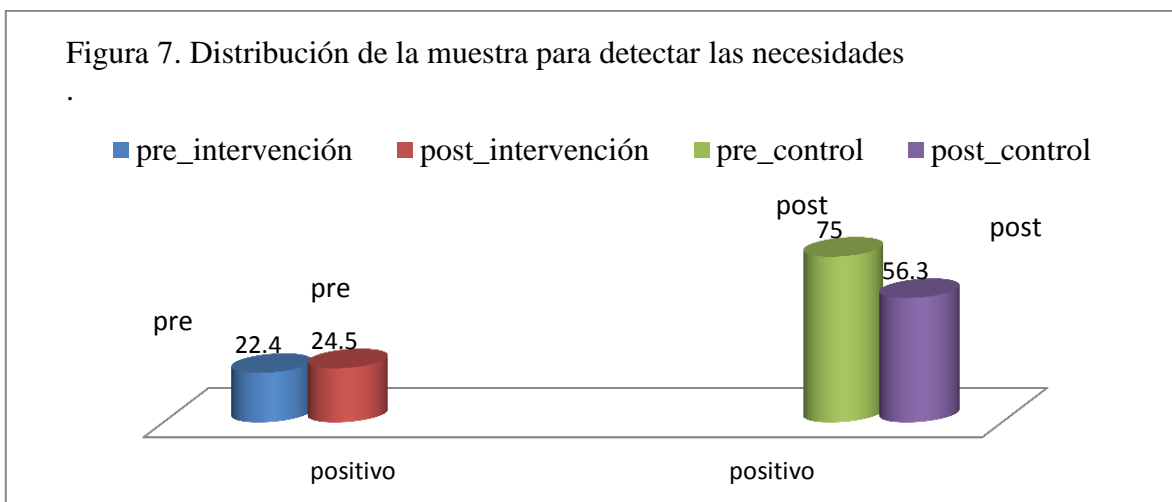
**d) Conocimientos sobre el embarazo precoz y las medidas preventivas sugeridas**

En la Figura 6 se observa que en el grupo de intervención los conocimientos del grupo aumentaron y ahora tienen una mejor orientación para que lleven a cabo una sexualidad responsable. Los alumnos del grupo control no aumentaron sus conocimientos e incluso, bajó el porcentaje de conocimientos con respecto a la pre prueba.



**e) Percepción de necesidades percibidas en la relación a programas de educación sexual para la prevención del embarazo precoz.**

En la Figura 7 se observa que los participantes del grupo de intervención tuvieron un cambio notorio respecto a las necesidades de un programa para orientarlos en su sexualidad sin en cambio los participantes del grupo control necesitan un programa que los oriente ya que no tienen la información necesaria.



En la Tabla 1 de acuerdo con los resultados arrojados por el SPSS se observa que en la mayoría de los apartados hubo un impacto estadísticamente significativo en los conocimientos y actitudes respecto al embarazo no planeado; y existe un apartado en el cual no se mostró un efecto favorable del programa (percepción de gravedad del embarazo). En aquellas variables donde se observó un cambio, el tamaño del efecto fue de *pequeño a mediano* (.19 a .42).

Tabla 1.

Promedios y desviaciones estándar obtenidas por el grupo con intervención y control en la pre-prueba y post-prueba de las escalas empleadas en el estudio.

Escala	Intervención		Control		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>(n= 49)</i>		<i>(n= 48)</i>				
	Pre	Post	Pre	Post			
<i>M</i> <i>(DE)</i>	<i>M</i> <i>(DE)</i>	<i>M</i> <i>(DE)</i>	<i>M</i> <i>(DE)</i>				
Percepción de control y percepción de autoeficacia para usar preservativo.	41.02 (6.71)	47.00 (3.37)	45.77 (4.66)	46.23 (4.22)	22.44	.00	.19
Percepción de riesgo del embarazo precoz.	11.71 (2.7)	9.1 (1.89)	9.02 (2.08)	8.96 (2.13)	33.88	.00	.26
Percepción de gravedad del embarazo.	1.47 (.73)	1.51 (.71)	1.35 (.56)	1.44 (.68)	0.8	.76	.00
Conocimientos sobre embarazo precoz.	5.1 (1.20)	6.94 (.24)	6.77 (.47)	6.46 (1.09)	69.05	.00	.42
Percepción de necesidades de educación sexual.	42.5 (7.86)	46.82 (4.06)	51.81 (5.47)	48.7 (4.71)	34.26	.00	.26

Nota: *n* = tamaño de la muestra; *M* = media; *DE* =desviación estándar; *F* = traza de Pillai; *p* =significancia; *d* = tamaño de efecto.

***Diseño del programa “La decisión es tuya cuídate” desde la perspectiva del Licenciado en educación para la Salud que cumpla con bases pedagógicas para lograr sensibilizar a los adolescentes sobre las causas y consecuencias de un embarazo en la adolescencia.***

Se diseñó e implementó el programa “La decisión es tuya cuídate” que contiene 8 sesiones de 50 minutos cada una las intervenciones realizadas contenían temas como ciclo menstrual, fecundación, embarazo en la adolescencia, mitos y realidades sobre métodos anticonceptivos.

Las actividades fueron diseñadas para que cualquier profesor aplique el programa pero se recomienda que lo aplique un Licenciado en Educación para la Salud. Los objetivos del programa son claros y precisos. No se explica el fundamento didáctico del material, La tipografía es adecuada a los destinatarios. El uso de las imágenes y los colores son adecuados. El tipo de actividades tienen relación con el enfoque metodológico que propone, el material se puede reproducir con facilidad. Las actividades son autónomas interactivas y fomentan el intercambio comunicativo incluye actividades de evaluación pero no de autoevaluación. El programa contiene actividades de refuerzo de los conocimientos (Anexo 4).

***Implementación del programa diseñado “La decisión es tuya, cuídate”***

Se aplicó la primera sesión del programa la cual consistió en dar una explicación breve y detallada del ciclo menstrual, la segunda sesión fue de fecundación se les presentaron láminas y un video en donde se explicó el proceso de la fecundación, en la tercera sesión se habló de embarazo en la adolescencia por medio de diapositivas posteriormente se realizó una actividad en donde los adolescentes analizaron la responsabilidad de tener un hijo a tan temprana edad, en la sesión cuatro se habló sobre los mitos y las realidades de los métodos anticonceptivos, en la quinta sesión se les habló sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos que existen en la sexta sesión se proyectó una película ( punto y aparte) que les sirvió a los adolescentes para entender las consecuencias de un embarazo en una edad temprana, en la séptima sesión los alumnos terminaron de ver la película que se vio en la sexta sesión y en la octava sesión se realizó una retroalimentación de todos los temas vistos

anteriormente y se aplicó el postes para analizar que conocimientos nuevos adquirieron los adolescentes sobre prevenir un embarazo.

En cada una de las sesiones aplicadas se realizó una dinámica diferente en la segunda sesión donde se retomó el tema de fecundación se les pidió a los adolescentes que comprar un huevo kínder y lo vistieran ya que lo tenían que cuidar porque era su hijo durante todas las sesiones tenían que cargarlo e ir a todos lados con el los adolescentes cumplieron con esa tarea y en cada sesión lo llevaron. La aplicación del programa no tuvo un costo elevado ya que las sesiones fueron preparadas para que no tuvieran un costo elevado.

Una vez aplicado el programa “la decisión es tuya cuídate” se les pidió a los adolescentes que en una hoja anotaran todo lo que habían aprendido en cada una de las sesiones se les repartió una hoja blanca en donde escribieron que les había parecido las actividades que se realizaron.

Posteriormente se aplicó el cuestionario que se les dio inicialmente para analizar si el programa logro tener un impacto y cumplió con el objetivo planteado al realizar la captura de datos y el análisis de resultados se pudo observar que existió un incremento en los conocimientos respecto al uso de métodos anticonceptivos y el embarazo no planeado.

Los adolescentes expresaron que las actividades les habían parecido muy innovadoras ya que en la escuela nadie les daba pláticas sobre embarazo y ellos tenían muchas dudas sobre algunos métodos anticonceptivos y con la implementación del programa “la decisión es tuya cuídate” ellos lograron entender cuáles eran las causas y consecuencias del embarazo y aprendieron los diferentes tipos de métodos anticonceptivos.

### ***Evaluación del material didáctico utilizado en el curso diseñado***

Se evaluó el material utilizado con la ayuda del programa SPSS realizando una captura de datos del grupo de intervención y control del pre test y el pos test y se realizó una comparación de grupos al principio se observó que el nivel de conocimientos sobre métodos



anticonceptivos y causas y consecuencias era muy bajo y los adolescentes tenían la necesidad de saber de estos temas cuando se terminó la aplicación del programa se volvió a realizar la captura de datos y se realizó una comparación de grupos obteniendo como resultado un incremento en los conocimientos del grupo de intervención sin en cambio el grupo control se mantuvo en sus conocimientos.

Se utilizó una rúbrica de evaluación de material didáctico diseñada por la norma APA(Anexo 3) el material que se utilizó tiene una organización y se compone de varios tipos de soportes como DVD,cd,audio,libros entre otros. No se utilizó material complementario que el participante pudiera manipular. El material se diseñó considerando la edad de la comunidad que en este caso fueron adolescente por lo que solo se puede emplear con este tipo de población.

### ***Evaluación de las técnicas didácticas utilizadas en el curso diseñado***

Se lograron involucra a todos los participantes ya que todos los alumnos participaron y los padres estuvieron de acuerdo con que se aplicará el programa “*La decisión es tuya cuídate*” se mantuvo la atención de todos los participantes y se manejó la información que estaba programada en cada una de las sesiones, los participantes entendieron la información debido a que se les realizó una evaluación en donde ellos escribían lo que habían aprendido a lo largo de la intervención y se obtuvo como resultado el incremento de los conocimientos con respecto a las causas, consecuencias del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos, se logró un dominio del tema del aplicador, se apoyó al material didáctico y se utilizó el tiempo programado debido a que no existió ningún cambio de horario y se trabajaron las 8 semanas seguidas sin ninguna interrupción.

## CAPÍTULO 5 ANALISIS DE RESULTADOS

El objetivo de la presente investigación fue diseñar y evaluar el impacto de un programa para incrementar los conocimientos sobre las causas y consecuencias del embarazo para contribuir a disminuir la incidencia del embarazo en la adolescencia. Dicho programa estuvo constituido por 8 sesiones en las cuales se pudo observar que hubo un incremento en el conocimiento de los adolescentes con relación al embarazo, teniendo un tamaño de efecto mediano; también se pudo observar un cambio con relación a actitudes sobre riesgos teniendo un efecto pequeño, el uso de preservativos obtuvo un tamaño de efecto pequeño y percepción de necesidades de educación sexual obtuvo un efecto pequeño, el instrumento estuvo constituido por 5 apartados de los cuales 4 tuvieron un impacto y uno no causó impacto en los adolescentes que fue percepción de la gravedad del embarazo; de acuerdo al análisis de medidas repetidas, estos cambios se debieron al efecto de la intervención y no al efecto de variables extrañas no controladas por el investigador. La presencia del grupo control refuerza estos hallazgos ya que en él no se observaron cambios de la pre-prueba a la post-prueba.

El objetivo de dicha investigación fue cumplido ya que existió un cambio de actitud y conocimiento de los adolescentes en relación con el embarazo no planeado. Con la aplicación del pos-test se identificó que hubo un incremento significativo del pre-test al pos-test en el grupo con intervención mientras que en el grupo control fueron pocos los cambios y no hubo un incremento de conocimientos ni actitudes de los adolescentes.

Para probar la hipótesis de la investigación: la implementación de un programa ayudará a incrementar los conocimientos sobre las causas y consecuencias de un embarazo, después se evaluará para analizar el impacto que tuvo dicho programa, se realizó un análisis de medidas repetidas comparando las puntuaciones obtenidas por los participantes en la escala de PCPA, PREP, PGEP, CEPMP y PNP.

Los resultados indicaron un incremento en los conocimientos sobre embarazo precoz, métodos anticonceptivos y una disminución en la escala de percepción de necesidades de educación sexual ya que este apartado contenía preguntas dirigidas hacia las necesidades de

los adolescentes; al principio el porcentaje de este apartado era elevado ya que los adolescentes pedían una intervención de este tema, una vez finalizada la intervención los adolescentes habían quedado satisfechos con el programa aplicado ya que gracias a este ya no tenían dudas sobre su sexualidad y hubo una satisfacción de sus necesidades y aclaro sus dudas.

Prías y Miranda realizaron entrevistas personales para analizar el motivo del embarazo en la adolescencia en la presente investigación no se realizó una entrevista personal pero por medio de un cuestionario se pudo analizar las necesidades de los adolescentes con respecto a la temática del embarazo.

Sifontes, Roque, Trujillo, Serrano y Cabrera (2008), Cuba. El objetivo de dicha intervención fue modificar en las adolescentes los conocimientos sobre aspectos relacionados con el embarazo. Esta intervención fue similar a la realizada en la escuela preparatoria anexa a la normal 1 la diferencia fue que en esta intervención se realizaron 8 sesiones y se logró cumplir el objetivo de la investigación logrando que los adolescentes obtuvieran un mayor conocimiento ambas tuvieron un incremento sobre el conocimiento en las causas y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Se recomienda para futuras investigaciones realizar un debate para reforzar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y embarazo no planeado.

Los resultados de intervención son similares a los realizados por Llanes, Quevedo, Ferrer, De la Paz y Sardiñas (2009) En los resultados obtenidos se encontró el incremento de conocimientos sobre anticonceptivos así como la utilización del condón como método más utilizado por los participantes para prevenir el embarazo en la adolescencia. Las sesiones realizadas por estos autores fueron implementadas con mayor duración (4 horas a la semana) y la presente intervención, realizada para la disminución de embarazo en la adolescencia, tuvo una duración de 50 minutos una vez a la semana pero ambos programas tuvieron un incremento respecto a los conocimientos del uso de preservativo y permitió que los adolescentes conocieran los anticonceptivos que existen.

Los resultados de la presente intervención son similares a los obtenidos por Trujillo, Osorio, Roque y Serrano (2009) Se aplicó el programa educativo propuesto en cinco sesiones, con una hora de duración y un intervalo de diez días entre las mismas. Con la aplicación de la intervención se logró incrementar el conocimiento en todos los factores de riesgo estudiados. En la presente investigación también existió un incremento en los conocimientos de los adolescentes y así mismo se logró que ellos conocieran más sobre el uso del preservativo y lo que implica ser padre o madre en la adolescencia.

Los resultados anteriormente mencionados respecto a la intervención son similares a los realizados por Amaro, Reyes, Palacios y Cardoso (2010). En los resultados se encontró que la utilización de la intervención educativa permitió elevar el nivel de conocimiento de un gran número de adolescentes ya que antes de la intervención tenían un conocimiento inadecuado sobre la anticoncepción. La presente intervención logró incrementar los conocimientos de los participantes, cuando se les aplicó por primera vez el cuestionario los alumnos no conocían algunos métodos anticonceptivos ni cuál era su función después de la intervención los alumnos quedaron satisfechos con los conocimientos adquiridos durante la implementación del programa.

Castrillón, 2008 realizó un estudio teniendo por objetivo responder a la pregunta por la función que cumple un hijo para una mujer adolescente en la re-significación de la sexualidad infantil en presente investigación en una de las sesiones aplicadas se retomó la temática sobre los problemas que conlleva tener un hijo a tan temprana edad los adolescentes mencionaban que era difícil ya que dejaban a un lado sus actividades ya no saldrían con sus amigos e incluso algunos dejarían de ir a la escuela.

Winkler, Pérez y López realizaron un cuestionario y una intervención sobre causas y consecuencias del embarazo en la intervención realizada también se trataron temas de causas y consecuencias del embarazo no planeado en la adolescencia teniendo como resultado que los adolescentes lograran entender que no era la mejor opción tener relaciones sin protección ya que existían muchas consecuencias si llegaran a quedar embarazadas y no solo como mujeres sino también como hombres.

Esta intervención fue similar a la realizada por Pascual-González, Puentes, Pérez & Rísquez (2010) debido a que se realizó una pre prueba después la intervención y una vez terminada se realizó un pos test para evaluar el impacto de la intervención.

La intervención realizada fue similar a la de Fernández, Martínez, López, & Aldana (2011), se realizó la aplicación de un cuestionario y posteriormente se utilizó el programa SPSS para la ayuda de captura de datos y analizar el impacto del programa y se realizó una tabla de comparación para ver si fue eficaz la intervención, finalmente se analizó que la intervención elevó el nivel de conocimientos de los adolescentes.

La intervención realizada fue similar a la realizada por Paredes, Rocubert, Lazo, González, & Hierrezuelo (2012), debido a que los datos se procesaron y analizaron con medidas de frecuencias los adolescentes tenían edades entre 14 a 16 años, los adolescentes expresaron su falta de conocimientos con respecto al uso de métodos anticonceptivos pero con la intervención lograron reforzar e incrementar conocimientos sobre embarazo y métodos anticonceptivos y se realizó un instrumento antes y después de la intervención para analizar si fue eficaz la intervención o no.

Callejas et, al; (2005) ambas intervenciones realizaron un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta anónima sobre utilización de métodos anticonceptivos, conocimientos y actitudes acerca de los mismos. La intervención se basó la organización de un concurso de mensajes publicitarios (a modo de anuncios para prensa, radio y televisión) que debían ser elaborados por los propios estudiantes, agrupados en «talleres de salud», además se impartieron dos charlas educativas monográficas de unos 50 minutos de duración sobre cada uno de los temas (anticoncepción y ETS). La intervención realizada no tuvo concurso de mensajes publicitarios pero se recomienda que para la próxima aplicación se retome esta intervención realizada por callejas.

Esta intervención es similar a la realizada por Alonso (2010) debido en que ambas intervenciones se aplicó un cuestionario para identificar las opiniones de los adolescentes en

relación con el embarazo y sus complicaciones, así como las necesidades de orientación en cuanto a la educación y promoción para prevenirlo. El diagnóstico demostró que existe falta de conocimiento por los adolescentes sobre las causas, riesgos y complicaciones del embarazo en esta etapa.

Hernández, García, & Sánchez (2012) ambas intervenciones realizaron un estudio para elevar el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos la intervención realizada por estos autores consto de 5 sesiones con temáticas similares a las realizadas en la intervención descrita anteriormente en la intervención realizada se retomaron 3 sesiones más que ayudaron a los adolescentes a reforzar los conocimientos sobre el embarazo no planeado y métodos anticonceptivos.

Reyes (2012). En ambas intervenciones se realizó una aplicación de cuestionarios antes y después y se logró como resultado una elevación significativa en el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Rodríguez, Ramos, Contreras & Perdomo (2013) ambas intervenciones diseñaron una estrategia educativa dirigida para elevar el conocimiento sobre embarazo no planeado causas y consecuencias y uso de métodos anticonceptivos.

En los programas desarrollados anteriormente por los investigadores consultados existe un impacto en las intervenciones realizadas al igual que la descrita en la investigación estas semejanzas podrían deberse a que en algunas sesiones las intervenciones son semejantes.

Se recomienda para futuras investigaciones que las sesiones sean impartidas por Licenciados en Educación para la Salud ya que ellos estas capacitados para promover información y prevenir enfermedades y en este caso están capacitados para implementar programas educativos basados en la prevención del embarazo no planeado en la adolescencia. Tal fue el caso del presente estudio en el cual la intervención fue implementada por un Licenciado en Educación para la Salud.

Se diseñó un programa llamado *“La decisión es tuya cuídate”* que fue realizado con 8 sesiones. Algunas sesiones tienen temáticas similares con los programas desarrollados anteriormente por otros investigadores. El programa logró el Objetivo General que fue *“Diseñar y evaluar el impacto de un programa para incrementar los conocimientos sobre las causas y consecuencias del embarazo para contribuir a disminuir la incidencia del embarazo en la adolescencia”*. En su implementación fue posible lograr captar la atención de los adolescentes y ellos mostraron su interés con respecto a la intervención.

Se evaluó el material didáctico y las técnicas que se utilizaron para cumplir los objetivos propuestos en el programa de intervención con la evaluación se pudo observar que el material didáctico y las técnicas utilizadas fueron buenas ya que cumplieron con la mayoría de las preguntas que se realizaron en la evaluación fueron acertadas.

## CAPITULO 6

### CONCLUSIONES

#### **Sobre el Marco Teórico**

Aunque la problemática que trata en la presente investigación que es el embarazo en adolescente pertenece al área de salud fue posible elaborar un Marco teórico desde la visión de la Licenciatura en Educación para la Salud la cual considera los diferentes aspectos sociales. De esta forma fue posible que se incluyeran aspectos biológicos, aspectos sociales, aspectos psicológicos y aspectos normativos. Lo que permitió hacer un análisis más integral De los resultados que se obtuvieron.

#### **Sobre la metodología**

La metodología que se utilizó fue cuantitativa, cuasi-experimental al diseñar e implementar un curso el cual se abordaron temas sobre una problemática social como lo es el embarazo en adolescentes.

#### **Sobre las aportaciones al área del conocimiento de la licenciatura**

La presente investigación contribuye al área del conocimiento de la misma Licenciatura en Educación para la Salud ya que diseña e implementa un programa apoyándose en el marco normativo en salud y los programas de la propia estructura de salud mexicanos en los cuales el egresado puede laborar. Al mismo tiempo se presenta hacia dentro del programa de estudios como una contribución en la atención de la problemática social en salud.

#### **Sobre los objetivos**

Se puede afirmar que el Objetivo general *“Diseñar y evaluar el impacto de un programa para incrementar los conocimientos sobre las causas y consecuencias del embarazo para contribuir a disminuir la incidencia del embarazo en la adolescencia”* del cual se derivaron los Objetivos específicos: *“Evaluar el conocimiento de los adolescentes sobre embarazo y métodos anticonceptivos”*, *“Diseñar un programa desde la perspectiva del Licenciado en educación para la Salud que cumpla con bases pedagógicas para lograr sensibilizar a los*



*adolescentes sobre las causas y consecuencias de un embarazo en la adolescencia”, “Implementar el programa diseñado “La decisión es tuya, cuídate”, “Evaluar el cumplimiento de los objetivos educativos del curso diseñado”, “Evaluar el material didáctico utilizado en el curso diseñado” y “Evaluar las técnicas didácticas utilizadas en el curso diseñado” se cumplieron perfectamente.*

### **Sobre la Hipótesis**

Con todo lo anterior se puede afirmar que la Hipótesis planteada

*“La implementación de un programa ayudará a incrementar los conocimientos sobre las causas y consecuencias de un embarazo, después se evaluará para analizar el impacto que tuvo dicho programa” se acepta.*

## BIBLIOGRAFIA

- Alonso, V. Y. (2010). *Propuesta de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia*. Recuperado de <http://www.odiseo.com.mx/correos-lector/propuesta-intervencion-educativa-para-prevenir-embarazo-adolescencia> el 23 de octubre de 2013.
- Alvarado, R.H., & Noguera, O.N. (2012). *Teen pregnancy: a view from the nursing care*. Recuperado de [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf) el 6 de octubre de 2013.
- Álvarez, F.C. (2012). Intervención educativa sobre embarazo precoz en la adolescencia. *Revista ginecología y obstetricia*, 19, 1-12.
- Alvizar, S. D. (2006). *Propuesta metodológica para proporcionar educación sexual a las y los alumnos de educación secundaria*. (Tesis de maestría). Universidad Pedagógica Nacional, México.
- Arrieche, E. E. (2010). *Propuesta de un programa educativo integral para fortalecer los conocimientos de la educación sexual dirigido a los alumnos del primer año del Liceo bolivariano Lisandro Alvarado*. (Tesis de maestría), Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado", Venezuela.
- Ávila-Agüero María Luisa (2009). Hacia una nueva salud pública: determinantes de la salud, *Acta Médica Costarricense*, vol. 51, No. 2
- Aznar L.J. (2003). LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf> el 3 de Septiembre de 20014.
- Baena R. A., Alba, A., Jaramillo, M.C., Quiroga, S. C. & Luque, L. (2012). Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. *Revista ginecología y obstetricia*, 19(4) 82-85.
- Barraza, M. A. (2010). La propuesta de intervención educativa. En A. Barraza (ed.). *Elaboración de propuestas de intervención educativa*. México: Universidad Pedagógica de Durango, Pp. 24-32.

- Base de datos de legislación. (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Recuperado de [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/114-1986.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/114-1986.html) el 2 de Septiembre de 2014.
- Bausela, H. E. (2005). Diseño de un programa de prevención de embarazos no deseados centrado en el desarrollo de las habilidades sociales y de autoestima dirigido a alumnos de educación secundaria obligatoria. *Revista de psico didáctica*, 10(1) 103-120.
- Biblioteca de la salud reproductiva de la OMS. (2009). *Intervenciones para prevenir los embarazos no deseados en las adolescentes*. Recuperado de <http://apps.who.int/rhl/adolescent/cd005215/es/index.html> el 21 de Noviembre de 2013.
- Boundon. (2000). *Las teorías del cambio social*. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/polis/cont/19991/pr/pr15.pdf> el 12 de Noviembre de 2013.
- Britto, C.B. (2008). *Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro prospero reverend de santa marta*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia.
- Callejas, P. S., Fernández, M. B., Méndez, M. P., León, M. T., Fábrega, A. C., Villarín, C. A., Rodríguez, R. Ó., Quirós, L. R., Fortuny, T. A., López de Castro, F. & Fernández, R. O. (2005). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Revista Española de salud pública*, 79(5) 581-589
- Camacho, R.C., Camacho, R.G., Gaviria, D.P., Lisón, M.I., Molina, T.A., & Ortiz, S.L. (2009). *Embarazo en la adolescencia*. Recuperado de <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%206/embaradolesc6.htm> el 12 de Noviembre de 2013.
- Castellano, B. G. (2004). *Medicina de la adolescencia*. Atención integral. España.
- Castrillón C. Sandra (2010) La función del embarazo en adolescentes sobre la re significación de la sexualidad. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 28, No 1, pp. 42-47
- Choque Larrauri Raúl (2005), *Comunicación y educación para la salud*, Lima, Perú.

- Comité Ejecutivo Nacional SNTE. (2012). Reglamento del comité ejecutivo nacional del partido revolucionario institucional. Recuperado de [http://pri.org.mx/transformandoamexico/Documentos/reglamento\\_del\\_comite\\_ejecutivo\\_nacional.pdf](http://pri.org.mx/transformandoamexico/Documentos/reglamento_del_comite_ejecutivo_nacional.pdf) el 4 de Septiembre de 2014.
- Comité Ejecutivo Nacional. (2012). *Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza*. Comité ejecutivo nacional. Lima. Recuperado de [http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/doc\\_01635.pdf](http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/doc_01635.pdf) el 21 de Noviembre de 2013.
- Consejo Nacional de Población CONAPO. (1999). *La situación demográfica de México 1999*. Consejo nacional de población. Recuperado de [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La\\_Situacion\\_Demografica\\_1999](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_Situacion_Demografica_1999) el 11 de Septiembre de 2013.
- Cruz HJ, LLanes QM, Valdés IA, Hernández GP, Velasco BA. Anticoncepción en la adolescente. *Revista Cubana Endocrino* 2007; 18(1).
- Dahlgren Göran y Whitehead Margaret (2010). Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población – Parte 2, Centro colaborador de la OMS para la Investigación Política de los Determinantes Sociales de la Salud, Universidad de Liverpool.
- Declaración de Sundswall. (1991). Ambientes que apoyan la salud. III Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Sundsvall, Suecia. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO\\_HED\\_92.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf) el 2 de Septiembre de 2014.
- Díaz, A. (2012). *Programa de prevención del embarazo adolescente*. Recuperado de [alejandradiaz.wikispaces.com/PROGRAMA+DE+PREVENCIÓN+DEL+EMBARAZO+ADOLESCENTE](http://alejandradiaz.wikispaces.com/PROGRAMA+DE+PREVENCIÓN+DEL+EMBARAZO+ADOLESCENTE) el 22 de Septiembre de 2013.
- Dides C.M, Benavente C, Morán M.J. (2009). Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile, 2008. Programa Género y Equidad. Recuperado de [http://www.cihuatl.pueg.unam.mx/pinakes/userdocs/assusr/A2/A2\\_22.pdf](http://www.cihuatl.pueg.unam.mx/pinakes/userdocs/assusr/A2/A2_22.pdf) el 4 de Septiembre de 2014.

- Dirección general de servicios de documentación, información y análisis (2013). *El embarazo en adolescentes*. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf> el 13 de Septiembre.
- Ertmer, P. A. & Newby, T. J. (1993). Behaviors, Cognitivism, constructivism: comparing critical features from an instructional design perspective. *Performance Improvement Quarterly*, 6(4) 50-72.
- Escontrela, R., & Saneugenio, M. (2001). *El modelo crítico-reflexivo y el modelo técnico: sus fundamentos y efectos en la formación del docente de la educación superior*. Recuperado de <http://www.escamao.com/escontrela2001.pdf> el 12 de Noviembre de 2013.
- Family care international. (2008). *Buenas prácticas en material de prevención de embarazo adolescentes*. Family care international. Perú. Recuperado de <http://www.orasconhu.org/documentos/Oct%2008%20Concepto%20%20BP%20en%20PEA%20-4.pdf> el 24 de Octubre de 2013.
- Fernández, C.I., Torrecillas, M.M., Morales, L.A., & Báez, E.A. (2011). Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo. *Revista Cubana enfermer*, 27(4), 281-288.
- Fernández, F.S., Martínez, G.S., López, A.L., & Aldana, E. (2011). Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo. *Revista Cubana de enfermería*, 27(4), 281-288.
- Figuroa, L. & Chavira, S. (2010). *Mujer y educación: Adolescentes embarazadas. Trabajo presentado en el congreso iberoamericano de educación, Buenos Aires, República Argentina*. Recuperado de [http://www.chubut.edu.ar/descargas/secundaria/congreso/MUJERYEDUCACION/RLE2331\\_Infante-Alvarado.pdf](http://www.chubut.edu.ar/descargas/secundaria/congreso/MUJERYEDUCACION/RLE2331_Infante-Alvarado.pdf) el 8 de Septiembre de 2013.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. (2010). *Salud sexual y reproductiva en jóvenes*. Fondo de población de las naciones unidas. Recuperado de [http://www.unfpa.org.mx/ssr\\_adolescentes.php](http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php) el 9 de septiembre de 2013.
- Fondo de Población de los Derechos Humanos FNUAP. (2013). *El embarazo no planificado y no deseado entre la población adolescente no es sólo una asunto de salud pública, sino de derechos humanos*. Fondo de población de los derechos humanos.

Recuperado de [http://www.unfpa.org.mx/noticias/UNFPA\\_26\\_09\\_2013.pdf](http://www.unfpa.org.mx/noticias/UNFPA_26_09_2013.pdf) el 15 de Noviembre de 2013.

Fonseca, A. Y., Gutiérrez, A. Y., Peña, A. K. & Ortiz, J. (2012). Intervención educativa sobre embarazo precoz en la adolescencia. Comunidad La Sibucara. Revista electrónica de PortapapelesMedicos.com. Consultado el 01 de Noviembre de 2013 en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4884/1/Intervencion-educativa-sobre-embarazo-precoz-en-la-adolescencia>.

Fuentes, M. L. (2013). Embarazo adolescente: fenómeno expansivo. *Excélsior*. Recuperado de <http://mexicosocial.org/index.php/mexico-social-en-excelsior/item/260-embarazo-adolescente-fen%C3%B3meno-expansivo.html> el 13 de Septiembre.

Fundación Acción Pro Derechos Humanos. (s/f) Herramientas para la defensa y promoción de los derechos humanos. Recuperado de <http://www.derechoshumanos.net/constitucion/index.htm#A86> el 5 de Septiembre de 2014.

García R.J, Aneri B.M (S/F) Enfermedades de transmisión sexual. Recuperado de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/ets.pdf> el 15 de octubre de 2014.

Gispert Crulls Jorge (2004) Prevención del embarazo no deseado, 1° edición, UNAM.

González B.M, Iglesias R.M, Abalo G.R & León A. (2007). Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. *Revista Cubana Salud Pública*.

González, B. M., Iglesias, R. M., Abalo, G. R., & León, A. I. (2007). Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. *Revista Cubana de salud pública*, 33, 1-12.

González, S., Hernández, S., Conde, M., Hernández, R., & Brizuela, P. (2010). El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. *Revista archivo médico de Camagüey*, 14, 1-22.

González, V. B., Bolaños, G. M. & Pupo, A. N. (2013). Estrategias educativas para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en jóvenes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4) 295-300.

- Hernández A.F, Reyes G, Martínez P.L, Núñez C.O. (2010). Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. *Revista archivo médico de Camagüey*.
- Hernández Carballido Flor Alejandra (2004) Los fines de la educación. Educar para la sabiduría: propuesta de Alfred North Whitehead, revista digital UNAM, vol. 5 num.1.
- Hernández G.A, García R.Y, Sánchez R.M (2012). Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. *Revista archivo médico de Camagüey*.
- Hernández, A. G., García, R. Y., & Sánchez, R. M. (2012). Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. *Revista archivo médico de Camagüey*, 16, 45-52.
- Hernández, F, A., Guzmán, R, G., Martínez de Santelices, L, P., & Núñez, O, C. (2010). Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. *Revista archivo médico de Camagüey*, 14, 1-9.
- Hernández, V.C. (2009). *Embarazo en adolescentes*. Recuperado de <http://www.acatlan.unam.mx/medicos/sexualidad/16/> el 18 de noviembre de 2013.
- Higashida, H. B. (2007). Adolescencia, edad adulta, climaterio y tercera edad. En B. Higashida. (ed.). *Ciencias de la salud*. México: Mc Graw Hill, Pp. 215-220.
- Hospital general de México. (s/f). *Guías diagnósticas de consulta externa*. Recuperado de [http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/consul\\_exter/guia\\_embarazo.pdf](http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/consul_exter/guia_embarazo.pdf). El 7 de Noviembre de 2013.
- Instituto nacional de las mujeres. (2010). CEDAW Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recuperado de <http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/index.php/ambito-internacional/cedaw> el 4 de Septiembre de 2014.
- Issler, R.J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra VI a Medicina*, 107, 11-23.
- IV Conferencia internacional de promoción de salud (1997). Nuevos actores para una nueva era: conduciendo la promoción de la salud al siglo XXI Yakarta, Indonesia. Recuperado de [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf) el 28 de Agosto de 2014.

- Juárez, A.Z., & Gayet, C.F. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de evaluación y de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Revista papeles de población*, 177-219.
- León, C. M. (2009). *Teoría de la acción razonada*. Universidad privada Antenor Orrego, Perú.
- León, P., Minassian, N., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). *Embarazo adolescente*. Recuperado de [http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5\\_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf) el 10 de Noviembre de 2013.
- Leyva, C., García, L., Castillo, R., Sol, C., & Noda, D. (2010). Characterization of adolescents and parents according to knowledge on sexuality. *Revista mediciego*, 16(1) 1-9.
- Libertad, M., & Reyes, D. (2003). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana de salud pública*, 29, 183-187.
- Lillo-Espinosa J. L. (2004). Growth and behaviour in the adolescence. *Revista asociación Española de neuropsiquiatria*, 90, 57-71.
- Llanes, R. A., Quevedo, A. V., Ferrer, H. I., De la Paz, C. A. & Sardiñas, M. O. (2009). Embarazo en la adolescencia: intervención educativa. *Revista archivo médico de Camagüey*, 13(1), 1-18.
- Menéndez, G. E. & Navas, C. I. (2012). Pregnancy and its complications in adolescent mothers. *Revista Cubana de obstetricia y ginecología*, 38(3) 333-342.
- Merino, I.E., & Inestroza, R.E. (2010). “Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud altavista, enero a junio de 2010”. (Tesis de maestría). México.
- Ministerio de salud, gobierno de Chile. (2008). *Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia*. Ministerio de salud, gobierno de Chile. Recuperado de [http://www.cihuahua.pueg.unam.mx/pinakes/userdocs/assusr/A2/A2\\_22.pdf](http://www.cihuahua.pueg.unam.mx/pinakes/userdocs/assusr/A2/A2_22.pdf) el 18 de Noviembre de 2013.



- Miranda, Q.M., Sánchez, R.C., Herrera, P.M., & Delgado, R.C. (2010). *Caracterización social del embarazo en la adolescencia. Revista centro provincial de información de ciencias médicas de Camagüey*, 14, 1-15.
- Montalvo G.G (2007). “*Factores que predisponen al embarazo en adolescentes*”. (Tesis de licenciatura). Veracruz.
- Nizama, R.M. (2012). “*Factores que influyen en el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal del E.S I-3 El Indio del Distrito de Castilla– Piura, durante el período 2013*”. (Tesis de licenciatura). México.
- Nuevo León Unido. (2013). *Programa de atención a los riesgos psicosociales en prevención del embarazo en adolescentes*. Recuperado de [http://www.nl.gob.mx/?P=is\\_paidea](http://www.nl.gob.mx/?P=is_paidea) el 21 de Noviembre de 2013.
- Núñez, J. (2013). El 27.6% de embarazadas en México son adolescentes. *Intolerancia, diario* Recuperado de [http://www.intoleranciadiario.com/detalle\\_noticia.php?n=82369](http://www.intoleranciadiario.com/detalle_noticia.php?n=82369) el 11 de Noviembre de 2013.
- Núñez-Urquiza, R.M., Hernández-Prado, B., García-Barrios, C., González, D. Dylis, W.(2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Revista Salud Pública de México*, 45, 92-102.
- Organización Mundial de la Salud OMS (1986). Carta de OTAWA para la promoción de la salud. Recuperado de <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf> el 3 de Septiembre de 2014.
- Organización Mundial de la Salud OMS, Ginebra (1998). Promoción de la salud, Glosario
- Organización Mundial de la salud OMS. (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/> el 10 de septiembre de 2013.
- Ortega, A.M., & Pérez, M.Y. (2010). *Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes*. Recuperado de [http://www.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta\\_de\\_intervencion\\_para\\_prevenir\\_el\\_embarazo\\_en\\_adolescentes.pdf](http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_de_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf) el 21 de Noviembre de 2013.

- Ortiz, S.R., & Rubio, L.D. (2000). *Proyecto: Salud reproductiva con perspectiva de género para adolescentes*. Recuperado de [http://www.cneq.unam.mx/programas/actuales/especial\\_maest/1\\_uas/portafolio/03\\_salud/documents/vinculosafectivos.pdf](http://www.cneq.unam.mx/programas/actuales/especial_maest/1_uas/portafolio/03_salud/documents/vinculosafectivos.pdf) el 15 de Noviembre de 2013.
- Paredes, Q.P., Rocubert, C.N., Lazo, R.C., González, P.O., & Hierrezuelo, H.E. (2012). Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. *Revista ciencias médicas de Pinar*, 16, 194-561.
- Parra, S. D. (2008). *Salud integral para el adolescente*. México: Chicome.
- Pascual-González, Y., Puentes, V. S., Pérez, A. G. & Rísquez, P. A. (2010). Efectividad de una intervención educativa de salud sobre enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz y métodos anticonceptivos en adolescentes. *Acta Científica Estudiantil*, 8(3) 61-66.
- Paso del norte health foundation. (s/f). *¡Conócete va por tu cuenta! Paso del norte health foundation*. Recuperado de [http://construyendo-un-mundo-mejor-en-familia.bligoo.es/media/users/24/1210795/files/350434/manual\\_de\\_sexualidad\\_para\\_jovenes.pdf](http://construyendo-un-mundo-mejor-en-familia.bligoo.es/media/users/24/1210795/files/350434/manual_de_sexualidad_para_jovenes.pdf). El 28 de Septiembre.
- Pasqualini Diana, Llorens Alfredo (2010). Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: Una mirada integral, OPS/OMS.
- Pérez C.S, Martínez F.B, Muñoz M.P, Martín L.T, Alarcón F.C, Castro V.A, Rodríguez R.O. (2005). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Revista española de salud pública* V. 79, n 5.
- Pérez, C.S., Martínez, F.B., Muñoz, P.M., Martín, L.T., Alarcón, F.C., Castro, V.A., Rodríguez, R.O., & Quirós, B.R. (2005). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. *Revista Española de Salud Pública*, 5, 581-589.
- Pérez, L. M. (1992). El Trabajo con Adolescentes Embarazadas. *Revista de Trabajo Social*, 60, 25-36.
- Prías y Miranda (2009) Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. vol. 9, No 1, Chía, Colombia, pp. 93-105

- Quintero, F., & Pacheco, P. (2012). *Sistematización de la experiencia de los consejos de adolescentes y jóvenes para la prevención del embarazo adolescente no planificado*. Recuperado de [http://www.oij.org/file\\_upload/publicationsItems/document/20120905130951\\_35.pdf](http://www.oij.org/file_upload/publicationsItems/document/20120905130951_35.pdf) el 3 de Noviembre de 2013.
- Reyes, V.Y. (2012). Estrategia educativa sobre riesgos obstétricos en adolescentes. *Revista archivo medico de Camagüey*, 12, 1-15.
- Rodríguez C.A, Ramos S.G, Contreras P.M, Perdomo C.B. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 39 pp. 161-174.
- Rodríguez, C. A., Ramos, S. G., Contreras, P. M. & Perdomo, C. B. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1) 161-174.
- Rosales-Silva, G.J., & Irigoyen-Coria, A. (2013). *Pregnancy in Adolescents: A Public Health Problem and a Priority for the Family Physician*. Recuperado de [http://www.journals.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/view/42339](http://www.journals.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/42339) el 16 de Noviembre de 2013.
- Sáez, L.M., Sáez, C.M., Martín, T.L., Riera, J.L., & Pérez, L.S. (2010). El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14, 1-22.
- Sánchez, P.L., & López, B.C. (2008). Lo Sexual dentro de la sexualidad en la adolescencia temprana. Universidad de Carabobo facultad de ciencias de la salud.
- Sánchez, T. A. (2005). *Embarazo en las adolescentes. Caso del hospital obstétrico Pachuca*. (Tesis de licenciatura), Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Sañudo, G. L. (2005). Los programas de intervención una modalidad para investigar en la educación. 3er. *Congreso Nacional de Investigación Educativa*. Jalisco México.
- Secretaría de Salud. (2002). *La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar*. México. Secretaria de la Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html> el 10 de Septiembre de 2013.
- Secretaría de Salud. (2002). *Prevención del embarazo no planeado en la adolescencia*. México. Secretaria de la Salud. Recuperado de

- <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf> el 10 de Septiembre de 2013.
- Secretaria de salud. (2013). Declaración de Alma ATA. Recuperado de [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1\\_declaracion\\_de ALMA\\_ATA.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_de_ALMA_ATA.pdf) el 1 de Septiembre de 2013.
- Secretaria de salud. (2013). Informe LALONDE. Recuperado de <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/informe-lalonde.pdf> el 2 de Septiembre de 2014.
- Serrano, MI. (2002). La educación para la salud en el siglo XXI: Comunicación y salud. Madrid. Recuperado de [http://books.google.com.mx/books?id=VxHx8drjxOUC&pg=PA390&lpg=PA390&dq=Serrano,+MI.+\(2002\).++La+educaci%C3%B3n+para+la+salud+en+el+siglo+X+XI](http://books.google.com.mx/books?id=VxHx8drjxOUC&pg=PA390&lpg=PA390&dq=Serrano,+MI.+(2002).++La+educaci%C3%B3n+para+la+salud+en+el+siglo+X+XI) el 1 de Septiembre de 2014.
- Sifontes, V.N., Roque, S.M., Trujillo, V.E., Serrano, S.C., & Cabrera, E.K. (2008). Intervención educativa en jóvenes estudiantes sobre embarazo en la adolescencia. *Revista archivo médico de Camagüey*, 12, 1-10.
- Soto D.L, Gonzales D.M (2008). Enfermedades de transmisión sexual. Recuperado de [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/ago\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/ago_01_ponencia.html) el 15 de octubre de 2014.
- Trujillo, V.E., Osorio, G.A., Roque, C.M., & Serrano, C.S. (2009). Intervención educativa sobre el conocimiento de factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. *Revista archivo médico de Camagüey*, 13, 1-8.
- Ulanowicz, G.M., Parra, E.K., Wendler, G.E., & Monzón, T.L. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, 53, 13-17.
- Universidad Nacional de Educación (2013). *Metodología de la investigación*. Recuperado de [http://www.une.edu.pe/Sesion04-Metodologia\\_de\\_la\\_investigacion.pdf](http://www.une.edu.pe/Sesion04-Metodologia_de_la_investigacion.pdf). El 14 de Octubre de 2013.
- Valle, P.P. (2005). Programa educativo en adolescentes para evitar el embarazo. *Revista médica de Chile*, 12, 1-6.
- Vargas, E.C., & Ortiz, M.G. (2003). *Sexualidad a través del desarrollo, del nacimiento a la tercera edad*. Recuperado de

[http://www.cneq.unam.mx/programas/actuales/especial\\_maest/1\\_uas/portafolio/03\\_salud/documents/vinculosafectivos.pdf](http://www.cneq.unam.mx/programas/actuales/especial_maest/1_uas/portafolio/03_salud/documents/vinculosafectivos.pdf) el 21 de Noviembre de 2013.

Vigil, P., Riquelme, R., Rivadeneira, R., & Aranda, W. (2005) TeenSTAR: una opción de madurez y libertad. Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes. *Revista médica de Chile*, 133, 1173-1182.

Villa A.J, Muñoz R.E, Regalado C.B. (2006). Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud. Recuperado de <http://www.saludextremadura.com/documents/19231/562422/Antecedentes+y+Conceptos+de+EpS.pdf> el 4 de septiembre de 2014.

Winkler María Inés, P. Pérez Claudia y López Lucía ¿Embarazo deseado o no deseado?: representaciones sociales del embarazo adolescente, en adolescentes hombres y mujeres habitantes de la comuna de Talagante, región Metropolitana. *Terapia psicológica*, diciembre, año/vol. 23, Núm. 002, Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Santiago, Chile, pp. 19-31

Zavala de Cosío. (1992). *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*. Recuperado de [edua.colmex.mx/catalogo2012/files/assets/downloads/page0115.pdf](http://edua.colmex.mx/catalogo2012/files/assets/downloads/page0115.pdf) el 15 de Noviembre de 20

## **ANEXOS**

## **Anexo 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado padre o tutor

Soy estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de México, de la Licenciatura en Educación para la Salud, me encuentro realizando mi tesis. El objetivo de mi tesis es implementar un programa para disminuir la incidencia de embarazos en la adolescencia. Posteriormente diseñe un programa para reducir el embarazo adolescente. Y es por eso que me tomo la molestia de solicitar su autorización para que su hijo(a) participe voluntariamente en dicho programa.

Las actividades consisten en llenar una evaluación previa el cual contiene 35 preguntas. Le tomara contestarlo aproximadamente 20 minutos. El proceso será estrictamente confidencial y será en total anonimato. La participación o no participación en el programa no afectará la nota del estudiante. Se utilizara el registro de la información (grabadoras, fotografías, videos) que ayude al estudio; dichos instrumentos serán resguardados, sin utilizarlo con fines inadecuados.

La participación es voluntaria. Usted y su hijo(a) tienen el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento sin cuestionar su decisión. El diagnostico no conlleva ningún riesgo, el beneficio que recibirá es conocimiento sobre prevención del embarazo. No recibirá ninguna compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles con la directora de la escuela preparatoria.

En caso de dudas o aclaraciones acudir con la estudiante de la licenciatura en educación para la Salud (EPS) de séptimo semestre o directamente en la UAEM (Universidad Autónoma del Estado de México) ubicada en Av. Bordo de Xochiaca s/n Col. Benito Juárez C.P. 57000, Ciudad Nezahualcóyotl, México.

Si desea que su hijo(a) participe, favor de llenar el apartado de autorización o de no autorizar de igual manera; devolver al o la profesora del estudiante

## AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba. El (la) investigador(a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_, participe en el estudio.

AUTORIZO	NO AUTORIZO
Nombre del padre o tutor y firma	Nombre del padre o tutor y firma



## Anexo 2

### DATOS PERSONALES

HOMBRE ( )

MUJER ( )

**EDAD:**

**AÑO QUE CURSAS:**

### CUESTIONARIO SOBRE ESCALA DE PERCEPCIÓN DE CONTROL Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA PARA USAR PRESERVATIVO

#### ESCALA DE PERCEPCIÓN DE CONTROL Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA PARA USAR PRESERVATIVOS (PCPA)

0.- Antes de contestar señala con un círculo el tipo de relación que mantienes en este momento:

- 0 Ninguna
- 1 Pareja / novio estable
- 2 Pareja / novio inestable
- 3 Varias Parejas estables
- 4 Varias Parejas inestables

En las siguientes frases contesta independientemente de que tengas o no experiencia sexual:

- Sí tienes experiencia sexual, contesta recordando tu última relación sexual coital.
- Si no tienes experiencia sexual coital, contesta como si estuvieras en esa situación.

RESPONDE MARCANDO CON UN CIRCULO EL NÚMERO DE LA ESCALA QUE MEJOR REFLEJE TU RESPUESTA, ES DECIR TU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES:

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Totalmente en desacuerdo | 4. De acuerdo            |
| 2. Muy en desacuerdo        | 5. Muy de acuerdo        |
| 3. En desacuerdo            | 6. Totalmente de acuerdo |

1. Cuando estoy con una pareja, me siento capaz de controlar lo que ocurra sexualmente con él o ella.	1	2	3	4	5	6
2. Si una pareja y yo estamos poco excitados sexualmente y yo no quiero llegar al coito, puedo decirle fácilmente que no.	1	2	3	4	5	6
3. Si una pareja y yo estamos muy excitados sexualmente y yo no quiero llegar al coito, puedo parar las cosas fácilmente, por lo tanto, no lo haremos.	1	2	3	4	5	6
4. Hay veces que me siento tan implicada/o personal y emocionalmente que puedo tener relaciones coitales incluso sin usar un método	1	2	3	4	5	6

anticonceptivo (condón, pastillas...)						
5. A veces sigo adelante con lo que mi pareja quiere hacer sexualmente, porque siento que no puedo tomar las riendas de la situación y decir lo que yo quiero.	1	2	3	4	5	6
6. Hay veces que me siento incapaz de hablar con mi pareja sobre la necesidad de que usemos un método anticonceptivo (condón, pasteas...)	1	2	3	4	5	6

<p>Imagina que estas con tu pareja teniendo relaciones sexuales, ambos se encuentran muy excitados llegando claramente hacia el coito (penetración del pene en la vagina) Contesta de acuerdo a la escala, lo que crees que puedes hacer en ese momento:</p> <p>1. Totalmente en desacuerdo      4. De acuerdo  2. Muy en desacuerdo                5. Muy de acuerdo  3. En desacuerdo                        6. Totalmente de acuerdo</p>						
7. Puedo preguntarte fácilmente a mi pareja si usa algún método anticonceptivo o decirle que yo no uso ninguno (condón, pastillas...).	1	2	3	4	5	6
8. Puedo parar la situación para pedirle que se ponga un preservativo o para ponérmelo yo mismo.	1	2	3	4	5	6
9. Puedo negarme a seguir con la relación sexual coital si no estamos usando un método anticonceptivo (condón,	1	2	3	4	5	6
10. Puedo plantearle fácilmente a mi pareja otras formas de relación sexual, distintas al corto, si no estamos usando un	1	2	3	4	5	6
11. Sabré utilizar correctamente el preservativo en el momento de la relación sexual.	1	2	3	4	5	6

## ESCALA DE PERCEPCIÓN DE RIESGO DEL EMBARAZO PRECOZ

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE RIESGO DEL EMBARAZO PRECOZ	
RESPONDE MARCANDO CON UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LA ESCALA QUE MEJOR REFLEJE TU RESPUESTA:	
1. Totalmente Improbable	4. Probable
2. Muy Improbable	5. Muy Probable
3. Improbable	6. Totalmente Probable

1. ¿Qué posibilidad crees que tienes de quedarte embarazada o dejar embarazada a una chica utilizando un método anticonceptivo?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Qué posibilidad crees que tienes de quedarte embarazada o dejar embarazada a una chica sin utilizar un método anticonceptivo?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Qué posibilidad crees que tienes de quedarte embarazada o dejar embarazada a una chica mientras eres estudiante de bachillerato?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Qué posibilidad crees que tienes de quedarte embarazada o dejar embarazada a una chica cuando estés estudiando en la universidad?	1	2	3	4	5	6

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE GRAVEDAD DEL EMBARAZO PRECOZ (PGEP)	
RESPONDE MARCANDO CON UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LA ESCALA QUE MEJOR REFLEJE TU RESPUESTA:	
1. Nada Grave	4. Grave
2. Poco Grave	5. Muy Grave
3. Bastante Grave	6. Totalmente Grave

1. Valora del 1 al 6 la gravedad que supondría para ti un embarazo en este momento.	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

**CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMBARAZO PRECOZ Y LAS MEDIDAS PREVENTIVAS  
SUGERIDAS**

**CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMBARAZO PRECOZ Y LAS MEDIDAS PREVENTIVAS  
SUGERIDAS**

**A continuación te presentamos una lista con definiciones de métodos anticonceptivos,  
escribe el nombre del método al que corresponde cada una de ellas.**

**1. No tener relaciones sexuales durante el periodo fértil del ciclo menstrual.**

1.) Método del ritmo    2.) Abstinencia    3.) Coito interrumpido

**2. Un objeto que el médico coloca en el cuello uterino.**

1.) Pastillas            2.) DIU            3.) Condón femenino

**3. Retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.**

1.) Método del ritmo    2.) Abstinencia    3.) Coito interrumpido

**4. Algo que se toma regularmente al mes.**

1.) Inyección            2.) Pastilla del día siguiente    3.) Pastilla anticonceptiva

**5. Una operación que hace imposible que la mujer quede embarazada.**

1.) Vasectomía            2.) Salpingoplastia    3.) Ligadura de trompas

**6. No tener relaciones sexuales.**

1.) Método del ritmo    2.) Coito interrumpido    3.) Abstinencia

**7. Un objeto que se ajusta al pene.**

1.) DIU            2.) Condón masculino    3.) Coito interrumpido.

















**PERCEPCIÓN DE NECESIDADES PERCIBIDAS EN RELACIÓN A PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA LA PREVENCIÓN DELEMBARAZO PRECOZ**




CUESTIONARIO SOBRE PERCEPCIÓN DE NECESIDADES PERCIBIDAS EN RELACIÓN A PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO PRECOZ. (PNP)						
RESPONDE MARCANDO CON UN CIRCULO EL NUMERO DE LA ESCALA QUE MEJOR REFLEJE TU RESPUESTA:						
<p>1. Totalmente en desacuerdo      4. De acuerdo</p> <p>2. Muy en desacuerdo      5. Muy de acuerdo</p> <p>3. En desacuerdo      6. Totalmente de acuerdo</p>						
<b>A. Educación sexual y habilidades para la vida.</b>						
1. La información que tengo sobre sexualidad, fertilidad y anticoncepción es incompleta	1	2	3	4	5	6
2. Esperaría que un programa sobre sexualidad me de las orientaciones necesarias, para poder posponer mi primera relación sexual	1	2	3	4	5	6
3. Quiero un programa educativo que me explique todo lo relacionado con la salud reproductiva, especialmente el uso de anticonceptivo, riesgo de enfermedad de transmisión sexual.	1	2	3	4	5	6
4. Quisiera tener el dominio y la capacidad para poder decirle "NO" a mi pareja en el momento oportuno.	1	2	3	4	5	6
<b>B. Esfuerzos por mejorar la comunicación y modificar los roles tradicionales.</b>						
1. Me gustaría participar en un programa que me enseñe habilidades para aumentar mi autoestima	1	2	3	4	5	6
2. Me gustaría aprender a decirle a mi pareja lo que quiero de nuestra relación	1	2	3	4	5	6
<b>C. Servicios de Orientación.</b>						
1. Pienso que en los programas de educación sexual me deben orientar sobre como despertar excitación sexual en mi pareja y cómo manejar la situación.	1	2	3	4	5	6
2. Quisiera que me enseñaran habilidades para evitar que mi pareja me maltrate física o psicológicamente (o para no maltratarla yo a ella).	1	2	3	4	5	6
<b>D. Información, educación y comunicación.</b>						
1. Necesito aumentar mi conocimiento respecto a los riesgos del sexo y los beneficios de la planificación familiar	1	2	3	4	5	6
2. Me gustaría participar en un programa de educación sexual	1	2	3	4	5	6

### Anexo 3

## RÚBRICA DE EVALUACIÓN DE MATERIAL DIDÁCTICO

Referencia bibliográfica (según normativa APA):

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN	VALORACIÓN
El índice manifiesta la organización interna del material	
El material se compone de varios tipos de soportes (cdr, dvd, cd audio, libro, etc.)	
Trae material complementario para que el alumno manipule	
DESTINATARIOS	
Se puede utilizar con niños de distintas edades.	
Propone actividades para diferentes dificultades de la comunicación y el lenguaje	
Caso de ser un material para el alumno, trae orientaciones para el profesor	
OBJETIVOS	
Se explicitan los objetivos	
ENFOQUE DIDÁCTICO	
Se explica el fundamento didáctico del material	
ASPECTO GRÁFICO	
La tipografía es adecuada a los destinatarios	
El uso de la imagen y el color es adecuado a los destinatarios	
ACTIVIDADES	
El tipo de actividades guardan relación con el enfoque metodológico que propone	
Permite reproducir con facilidad	
Propone actividades autónomas	
Contiene actividades de refuerzo	
Propone actividades interactivas	
Propone actividades con distintos tipos agrupamientos que fomente el intercambio comunicativo	
EVALUACIÓN	

Incluye actividades evaluación	
Incluye actividades de autoevaluación	
RELACIÓN CALIDAD-PRECIO	

VALORACIÓN GLOBAL 




Anexo 4



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



**Evaluación de técnicas didácticas**

Criterios			
<b>Se involucra a todos los participantes</b>			
<b>Se mantuvo la atención de todos los participantes</b>			
<b>Manejó la información objetivo de la sesión</b>			
<b>Los asistentes entendieron la información objetivo de la sesión</b>			
<b>Se dominó el tema</b>			
<b>Se apoyó en material didáctico</b>			
<b>Utilizó el tiempo programado</b>			

VALORACIÓN GLOBAL







***UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL***



***“LA DECISIÓN ES TUYA CUIDATE”***

**C. DIANA JAZMÍN CRUZ JUÁREZ**



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



## INTRODUCCIÓN

En la actualidad (siglo XXI) México se ve inmerso en una serie de problemas que afectan tanto al hombre como a la mujer entre estos problemas encontramos el embarazo adolescente no planeado, ocasionado muchas de las veces por una falta de información, por una falta de responsabilidad al ejercer su sexualidad tanto del adolescente como de la adolescente. Es importante estudiar este fenómeno social y su impacto en el ámbito familiar y social (Jiménez & Montalvo, 2004).

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad (Secretaría de Salud, 2002).

Debido a esta problemática a nivel mundial se diseñó un programa que ayudará a contribuir a disminuir el embarazo en la adolescencia.



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



## Justificación

El embarazo durante la adolescencia altera la dinámica familiar porque, generalmente, no es planeado y tiene repercusiones importantes en la vida personal de la adolescente y en su entorno social.

La problemática económica, cultural y de género impiden la intervención oportuna en la salud integral de los adolescentes y específicamente en su salud sexual y reproductiva (SSR) en los aspectos de prevención y promoción, lo que incide directamente en el embarazo adolescente, es por eso que se realiza la elaboración de este programa ya que su finalidad es disminuir la incidencia del embarazo no planeado y sensibilizarse sobre las consecuencias de una relación sexual a temprana edad y así mismo explicarles cuales son los cuidados adecuados para prevenir embarazos no planeados o infecciones de transmisión sexual (ITS) (Paso del Norte Health Foundation s/f).

La Secretaría de Educación Pública (2012) menciona que el embarazo en la adolescencia se asocia con el inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes lo que trae consigo un incremento en ITS, embarazo, salud inadecuada, deserción escolar y el acceso a mejores condiciones de vida.

Cuando se disponga de servicios de salud accesibles y específicos, con personal ampliamente capacitado con actitudes positivas a favor de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, se lograra fomentar en ellos una cultura de salud y disminuir los embarazos no planeados y otros problemas asociados a la conducta sexual de este grupo etáreo (Secretaría de Salud, 2002).



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



## Objetivos

### Objetivo general

Promover una mejor educación sexual a través de técnicas de auto conocimiento que propicien la reflexión e incrementen los conocimientos de los adolescente para prevenir el embarazo no planeado y conozcan las causas y consecuencias del embarazo, a través de favorecer el ejercicio autónomo y responsable de su sexualidad.

### Objetivos específicos

- Sensibilizar sobre las consecuencias de una relación sexual a temprana edad sin los cuidados adecuados, lo cual puede generar embarazos no deseados o la transmisión de alguna enfermedad sexual.
- Comprender el ciclo menstrual.
- Conocer el proceso de fecundación.
- Dialogar sobre causas y consecuencias de un embarazo no planeado.
- Conocer los principales método anticonceptivos disponibles.
- Favorecer el conocimiento y reflexionar sobre la opinión de las personas de nuestro entorno respecto a los métodos anticonceptivos.
- Identificar el conocimiento que los participantes obtuvieron a lo largo de la aplicación del programa.



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



## CONTENIDO TEMÁTICO

PROGRAMA TEMÁTICO	CONTENIDO	TIEMPO
<b>Sesión 1 Ciclo menstrual.</b>	Conocer la importancia del ciclo menstrual.	50 minutos.
<b>Sesión 2 Fecundación.</b>	Lograr que los participantes conozcan el proceso de la fecundación.	50 minutos.
<b>Sesión 3 Embarazo en la adolescencia.</b>	Concepto, importancia de conocer que es el embarazo en la adolescencia.	50 minutos.
<b>Sesión 4 Mitos y realidades sobre anticonceptivos.</b>	Aclarar dudas sobre los métodos anticonceptivos.	50 minutos.
<b>Sesión 5 Métodos anticonceptivos.</b>	Conocer los métodos anticonceptivos y la importancia de usarlos.	50 minutos.
<b>Sesión 6 Toma de decisiones.</b>	Sensibilizar a los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia.	50 minutos.
<b>Sesión 7 Toma de decisiones.</b>	Sensibilizar a los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia.	50 minutos.
<b>Sesión 8 Realimentación</b>	Realimentación de las sesiones vistas anteriormente.	50 minutos.



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



## Cartas descriptivas

**Sesión 1.** El ciclo menstrual

**Actividad:** Conociendo mi cuerpo

**Objetivo:** Comprender el ciclo menstrual

PLAN POR SESION							
SESION 1							
OBJETIVO DE SESION	TEMA	TIEMPO	MOTIVACIÓN	MATERIAL DIDACTICO	METODOS Y TECNICAS DE ENSEÑANZA	FIJACION DEL APRENDIZAJE	FORMULAS DE EVALUACION
Comprender el ciclo menstrual	El ciclo menstrual	50 min.	Promover una mejor educación sexual a través de técnicas de auto conocimiento que propicien la reflexión y sensibilización de los adolescente para prevenir el embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual, a través de favorecer el ejercicio autónomo y responsable de su sexualidad.	Información sobre el ciclo menstrual. Computadora y proyector Diapositivas en power point	Explicación e Interacción.	Realización de actividades con relación al tema del ciclo menstrual.	Preguntas sobre la presentación y cada participante dará su punto de vista.



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



**Sesión 2.** Fecundación.

**Actividad:** ¿Qué es la fecundación?

**Objetivo:** Conocer el proceso de fecundación.

PLAN POR SESION							
SESION 2							
OBJETIVO DE SESION	TEMA	TIEMPO	MOTIVACIÓN	MATERIAL DIDACTICO	METODOS Y TECNICAS DE ENSEÑANZA	FIJACION DEL APRENDIZAJE	FORMULAS DE EVALUACION
Conocer el proceso de fecundación.	¿Qué es la fecundación?	50 min.	Interacción con los adolescentes y resolver dudas sobre el tema.	Información sobre la fecundación y su importancia.  Computadora y proyector. Diapositivas en power point	Explicación e Interacción.	Realización de actividades con relación al tema de fecundación, y se explicará el proceso de la investigación.	Dar una hoja a cada participante donde explicaran lo que entendieron sobre el tema visto la sesión anterior y lo que se vio en esta sesión.



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



**Sesión 3.** Embarazo en la adolescencia.

**Actividad:** ¿Para ser padres y madres?

**Objetivo:** Dialogar sobre causas y consecuencias de un embarazo no planeado.

PLAN POR SESION							
SESION 3							
OBJETIVO DE SESION	TEMA	TIEMPO	MOTIVACIÓN	MATERIAL DIDACTICO	METODOS Y TECNICAS DE ENSEÑANZA	FIJACION DEL APRENDIZAJE	FORMULAS DE EVALUACION
Dialogar sobre causas y consecuencias de un embarazo no planeado	¿Para ser padres y madres?	50 min.	Elaboración de un listado de las responsabilidades que implica tener un embarazo en la adolescencia.	<p>Información sobre el embarazo no planeado y la importancia que tiene prevenirlo.</p> <p>Computadora y proyector. Diapositivas en power point sobre embarazo.</p>	Explicación e interacción.	Reflexionar sobre las características que un padre y una madre deben tener para la crianza y el cuidado de los hijos.	Presentar ante el grupo sus resultados, para discutir similitudes y diferencias encontradas





# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



**Sesión 4.** Mitos y realidades sobre anticonceptivos.

**Actividad:** “el botón” (mitos y realidades sobre los métodos anticonceptivos)

**Objetivo:** Conocer los principales método anticonceptivos disponibles.

PLAN POR SESION							
SESION 4							
OBJETIVO DE SESION	TEMA	TIEMPO	MOTIVACIÓN	MATERIAL DIDACTICO	METODOS Y TECNICAS DE ENSEÑANZA	FIJACION DEL APRENDIZAJE	FORMULAS DE EVALUACION
Conocer los principales método anticonceptivos disponibles.	“el botón” (mitos y realidades sobre los métodos anticonceptivos)	50 min.	Interacción con los adolescentes por medio del juego.  Bolsa de paletas.	Información sobre métodos anticonceptivos y su importancia.  Pelota de goma, preguntas sobre los métodos anticonceptivos.  Bolsa de paletas de corazón.	Explicación e interacción.	Colocar una mesa en medio donde se pondrá un botón, se leerá un mito o una realidad sobre los métodos anticonceptivos el primer participante que apriete el botón y de la respuesta correcta será el ganador.	Aclarar dudas sobre métodos anticonceptivos.



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



## Sesión 5. Métodos anticonceptivos.

**Actividad:** ¿Qué pasaría si...?

**Objetivo:** Favorecer el conocimiento y reflexionar sobre la opinión de las personas de nuestro entorno respecto a los métodos anticonceptivos.

PLAN POR SESION							
SESION 5							
OBJETIVO DE SESION	TEMA	TIEMPO	MOTIVACIÓN	MATERIAL DIDACTICO	METODOS Y TECNICAS DE ENSEÑANZA	FIJACION DEL APRENDIZAJE	FORMULAS DE EVALUACION
Favorecer el conocimiento y reflexionar sobre la opinión de las personas de nuestro entorno respecto a los métodos anticonceptivos.	¿Qué pasaría si...?	50 min.	Interacción con los adolescentes por medio de una maqueta. Obsequiar condones.	Información sobre métodos anticonceptivos y su importancia, riesgos y beneficios.  Computadora, presentación en power point sobre métodos anticonceptivos.	Explicación Y observación.	Maqueta de métodos anticonceptivos.	Lista en una hoja en donde expongan que pasaría si ellos fueran padres en esta etapa de su vida.



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



## Sesión 6. Toma de decisiones

**Actividad:** película “Punto y aparte”

**Objetivo:** Sensibilizar a los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia.

PLAN POR SESION							
SESION 6							
OBJETIVO DE SESION	TEMA	TIEMPO	MOTIVACIÓN	MATERIAL DIDACTICO	METODOS Y TECNICAS DE ENSEÑANZA	FIJACION DEL APRENDIZAJE	FORMULAS DE EVALUACION
Sensibilizar a los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia.	película “Punto y aparte”	50 min.	Película “punto y aparte”	Película “Punto y aparte” Dirigida por Fernando del Toro en el año 2002.  Computadora, presentación en powerpoint.	Observación.	Se proyectara una película llamada “punto y aparte” que explica las causas y consecuencias de un embarazo no planeado en la adolescencia.	Realimentación de la película vista y opiniones sobre el aprendizaje adquirido después de observar la película.



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



## Sesión 7. Toma de decisiones

**Actividad:** película “Punto y aparte”

**Objetivo:** Sensibilizar a los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia.

PLAN POR SESION							
SESION 7							
OBJETIVO DE SESION	TEMA	TIEMPO	MOTIVACIÓN	MATERIAL DIDACTICO	METODOS Y TECNICAS DE ENSEÑANZA	FIJACION DEL APRENDIZAJE	FORMULAS DE EVALUACION
Sensibilizar a los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia.	película “Punto y aparte”	50 min.	Película “punto y aparte”	Película “Punto y aparte” Dirigida por Fernando del Toro en el año 2002.  Computadora, presentación en power point .	Observación.	Se terminara de ver película llamada “punto y aparte”	Realimentación de la película vista y opiniones sobre el aprendizaje adquirido después de observar la película.



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



**Sesión 8.** Realimentación.

**Actividad:** Realimentación.

**Objetivo:** Identificar el conocimiento que los participantes obtuvieron a lo largo de la aplicación del programa.

PLAN POR SESION							
SESION 8							
OBJETIVO DE SESION	TEMA	TIEMPO	MOTIVACIÓN	MATERIAL DIDACTICO	METODOS Y TECNICAS DE ENSEÑANZA	FIJACION DEL APRENDIZAJE	FORMULAS DE EVALUACION
Identificar el conocimiento que los participantes obtuvieron a lo largo de la aplicación del programa.	Realimentación.	50 min.	Interacción de los adolescentes con los temas relacionados en todas las sesiones.	Hojas blancas. Cuestionarios.	Explicativa	Realimentación de todas las sesiones vistas y les pedirá a los participantes que den una conclusión sobre los temas vistos anteriormente.	Aplicación del post-tes.



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



## Actividad por sesión.

<p>Sesión 1. Ciclo menstrual.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Presentación</b></li><li>• <b>Explicación del tema</b></li><li>• <b>Video</b></li><li>• <b>Preguntas</b></li><li>• <b>Despedida</b></li></ul>	<p>Sesión 2. Fecundación.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Presentación</b></li><li>• <b>Explicación del tema</b></li><li>• <b>Actividad</b></li><li>• <b>Despedida</b></li></ul>
<p>Sesión 3. Embarazo en la adolescencia.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Presentación</b></li><li>• <b>Explicación del tema</b></li><li>• <b>Actividad</b></li><li>• <b>Preguntas</b></li><li>• <b>Despedida</b></li></ul>	<p>Sesión 4. Mitos y realidades sobre anticonceptivos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Presentación</b></li><li>• <b>Explicación del tema</b></li><li>• <b>Actividad</b></li><li>• <b>Despedida</b></li></ul>
<p>Sesión 5. Métodos anticonceptivos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Presentación</b></li><li>• <b>Explicación del tema actividad</b></li><li>• <b>Actividad</b></li><li>• <b>Despedida</b></li></ul>	<p>Sesión 6. Toma de decisiones.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Presentación</b></li><li>• <b>Película “Punto y aparte”</b></li><li>• <b>Despedida</b></li></ul>
<p>Sesión 7. Toma de decisiones</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Presentación</b></li><li>• <b>Película “Punto y aparte”</b></li><li>• <b>Conclusión de película</b></li><li>• <b>Despedida</b></li></ul>	<p>Sesión 8. Realimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Presentación</b></li><li>• <b>Realimentación</b></li><li>• <b>Aplicación de Post-test</b></li><li>• <b>Despedida</b></li></ul>



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



## Referencias

- CNN México. (2011). Los 10 métodos anticonceptivos más accesibles y efectivos. Recuperado de [http://mexico.cnn.com/?utm\\_source=salud&utm\\_medium=web&utm\\_campaign=pinnedmode](http://mexico.cnn.com/?utm_source=salud&utm_medium=web&utm_campaign=pinnedmode). El 7 de septiembre de 2013.
- Gorguet, C. I. (2008). Anatomía y fisiología de los órganos sexuales masculinos y femeninos. En: I. Gorguet (Ed.). Comportamiento sexual humano. Cuba: editorial Oriente. Pp. 23-30.
- Jiménez, M., & Montalvo, D. (2004). Embarazo adolescente en Mexico. (Tesina de licenciatura), Universidad autónoma metropolitana unidad Iztapalapa.
- Moreno, E. & Nieto, R. (2003). El Modelo de Creencias de Salud. *Revista International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91-109.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Planificación familiar*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/> el 28 de Septiembre de 2013.
- Panduro, B., Jiménez, P., Pérez, J., Panduro, E., Peraza, D., & Quezada, N. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. *GinecolObstetMex*, 80(11), 694-704.
- Paso del norte health foundation.(s/f). ¡Conócete va por tu cuenta !Paso del norte health foundation. Recuperado de [http://construyendo-un-mundo-mejor-en-familia.bligoo.es/media/users/24/1210795/files/350434/manual\\_de\\_sexualidad\\_para\\_jovenes.pdf](http://construyendo-un-mundo-mejor-en-familia.bligoo.es/media/users/24/1210795/files/350434/manual_de_sexualidad_para_jovenes.pdf). El 28 de Septiembre.
- Secretaría de Salud. (2002). La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar. Secretaria de la Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html> el 10 de Septiembre de 2013.



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



## Anexos

### Anexo 1: Ciclo menstrual.

**Ciclo menstrual.** Proceso que involucra todo el cuerpo y es regulado por el hipotálamo y la glándula pituitaria los cuales regulan los niveles de las hormonas femeninas (estrógeno y progesterona), los cuales a su vez regulan este ciclo. De manera general el ciclo es de 28 días, sin embargo puede variar de mujer a mujer. También es posible que la duración de cada ciclo pudiera ser irregular durante los primeros años en que aparece, pero generalmente se regulariza alrededor de los 18 o 20 años de edad (Paso del norte health foundation s/f).

Contrario a lo que se piensa el ciclo menstrual no abarca únicamente el sangrado, sino que engloba cuatro fases durante las cuales se suceden modificaciones hormonales, ováricas y uterinas. Estas modificaciones tienen como finalidad preparar los órganos reproductores para el embarazo.

**Menstruación.** Es una de las fases del ciclo menstrual, también se conoce como regla o periodo. La menstruación es el flujo de sangre que se desprende del interior del útero cada mes y fluye por el orificio cervical que se abre para dejarlo pasar. Está formada en sus tres cuartas partes de sangre y en menor cantidad de mucosidad segregadas por las glándulas uterinas. Los días de sangrado también varían de mujer a mujer y ésta puede durar entre los 3 y los 8 días. Durante el sangrado la mujer pierde un promedio de 60 mil entre sangre y tejido endometrial (Paso del norte health foundation s/f).

**Ovulación.** Es otra fase del ciclo menstrual que consiste en la liberación de un óvulo por un ovario y la cual sucede a la mitad del ciclo, es decir catorce días antes de que aparezca la siguiente menstruación. Este momento es en el que la mujer se encuentra más fértil. El óvulo podrá ser fecundado hasta 48 horas después de su liberación, ya que pasado este tiempo se volverá incapaz de ser fecundado. Cabe aquí señalar que un espermatozoide es capaz de vivir en el útero hasta 72 horas, periodo durante el cual puede fecundar al óvulo (Paso del norte health foundation s/f).

Es recomendable que toda mujer lleve un registro de su ciclo menstrual.





# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



## **Anexo 2: Fecundación y embarazo.**

En el momento en que el espermatozoide y el óvulo se unen se da la concepción o fecundación. Los espermatozoides durante el coito son depositados el fondo de la vagina, desplazándose por la matriz y las trompas de Falopio. Dependiendo del momento del ciclo menstrual, encuentran en el tercio externo de una de ellas, al óvulo listo para ser fecundado (Paso del norte health foundation s/f).

A pesar de que son millones de espermatozoides los que emprenden este viaje, sólo uno logra penetrar al óvulo. Este espermatozoide une sus veintitrés cromosomas a los veintitrés del óvulo proporcionando el complemento necesario de cuarenta y seis para el nuevo ser humano. El óvulo aportará el cromosoma sexual que siempre será “X”. Por su parte el espermatozoide podrá aportar un cromosoma “X” en cuyo caso el embrión será del sexo femenino (XX) o bien un cromosoma “Y” en cuyo caso el embrión será niño (XY). Esto quiere decir que el hombre determina el sexo del nuevo ser.

Después que el óvulo ha sido fecundado empieza a dividirse en células múltiples a medida que desciende por la trompa de Falopio. A esta nueva célula huevo se le llama cigoto; éste llega a la cavidad uterina 4 o 5 días después de la fecundación y se mantiene en libertad durante 2 o 3 días más, hasta su implantación definitiva en la pared del útero. El huevo o cigoto se vuelve un embrión aproximadamente una semana después de la fecundación. Después de la octava semana se le llama feto (Paso del norte health foundation s/f).

## **Anexo 3: Embarazo en adolescentes.**

Considerando que es hasta los 20 años de edad que la pelvis de la mujer y el canal del parto llegan a su tamaño definitivo, un embarazo antes de esta edad puede acarrear complicaciones las cuales pueden manifestarse durante el embarazo, al momento del nacimiento o en el bebé. Estas complicaciones también pueden ser de tipo social y/o psicológica, afectando a la madre, el padre, el bebé y al entorno familiar (Paso del norte health foundation s/f).



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



- Probables complicaciones
- Nacimiento antes de tiempo.
- Parto prolongado.
- Mayor posibilidad de cesárea.
- Bajo peso del bebé al nacer.
- Crecimiento fetal retrasado
- Dificultad de la madre y el padre para continuar con sus planes.
- Falta de recursos para afrontar la nueva situación.

La OMS estima que para las mujeres entre 15 y 19 años, el riesgo de morir a consecuencia de problemas relacionados es del doble que existe para las mujeres de 20 a 24 (OMS 2013).

## **Anexos 4. Mitos y realidades**

Mito. Los anticonceptivos no pueden utilizarse muy joven.



## **“LA DECISION ES TUYA CUIDATE”**



Realidad. Pueden usarse desde la primera menstruación hasta la menopausia

Mito. La píldora de emergencia es abortiva.

Realidad. No, ya que no altera el proceso de implantación y si ya hay un embarazo establecido, no lo afecta.

Mito. Las hormonas causan infertilidad o esterilidad.

Realidad. No, son seguras y se pueden usar por lapsos prolongados.

Mito. Usar doble método anticonceptivo es más efectivo.

Realidad. No. Si se toman dos pastillas, se puede provocar una alteración hormonal. En el caso del condón, pueden romperse.

Mito. Debes dejar la pastilla o cualquier otro método hormonal tres meses antes si quieres embarazarte.

Realidad. Puedes embarazarte al otro día de tomar la última pastilla, pues el retorno a la fertilidad es inmediato, aunque esto depende del organismo de cada mujer.

Mito. Después de cierto tiempo de tomar anticonceptivos hormonales, debes dejar descansar el organismo.

Realidad. Pueden usarse durante todo el tiempo que la mujer quiera estar protegida; no es necesario dejar descansar el organismo.

Mito. Las hormonas suben de peso.

Realidad. Hace diez años, sí podían generar retención de líquidos; hoy existen hormonas muy efectivas que no ocasionan este síntoma.



## “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



Mito. El DIU sólo lo pueden usar quienes han estado embarazadas.

Realidad. No, puede utilizarse en cualquier edad y sin haber tenido hijos. Las contraindicaciones son tener tumores en el útero o vagina, infecciones y cáncer cervico uterino.

Mito. VIH pasa los poros del condón.

Realidad. Los condones de látex proporcionan una buena barrera impermeable a partículas del tamaño del VIH (virus causante del SIDA).

Mito. El uso del implante anticonceptivo adelanta la menopausia.

Realidad. No, la función del ovario no se ve afectada.

### **Anexo 5: Métodos anticonceptivos.**

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva del individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente.

Según la Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar, todos los individuos, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencia sexual, tienen el derecho a la información, a la libre decisión, a la protección de la salud, a la no discriminación, al estándar más alto posible en salud y a gozar de los beneficios del progreso científico. (Paso del norte health foundation s/f).

La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgo para la salud de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños, y su aplicación es medio para el ejercicio del derecho de toda



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Hay muchos factores que intervienen en esa elección: si se tiene una pareja estable, si se es soltera o soltero, la periodicidad con la que se tienen las relaciones sexuales, las ventajas y desventajas de cada método, el precio, etc (Paso del norte health foundations/f).

En el caso de los jóvenes es importante hacer un especial énfasis en que el método que se elija debe darle protección anticonceptiva, pero también protegerle contra las infecciones de transmisión sexual, haciendo muy recomendable el uso del condón. Los métodos anticonceptivos se describen a continuación agrupados de la siguiente manera:

## Métodos modernos.

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Anticonceptivos orales en combinación (la «pastilla» o «píldora»)	Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno)	Evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación)	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 92% como se usa comúnmente	Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico; no debe tomarse mientras se amamanta
Pastillas de progestágeno solo «mini pastilla» o «mini píldora»	Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno)	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten y previene la ovulación	99% si se usa de manera correcta y sostenida Entre 90% y 97% como se usa comúnmente	Puede usarse mientras se amamanta; debe tomarse todos los días a la misma hora
Implantes	Cilindros o cápsulas pequeños y	El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno	>99%	Debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



	flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno			hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Progestágeno en forma inyectable	Se inyecta por vía intramuscular cada 2 o 3 meses, según el producto	El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno solo	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente	Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer (entre 1 y 4 meses); las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación	Se inyectan cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno	El mismo mecanismo de los anticonceptivos orales en combinación	>99% si se usan de manera correcta y sostenida 97% como se usan comúnmente	las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre	Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero	El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo	>99%	Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias
Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel	Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente	Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio)	>99%	Disminuye los cólicos menstruales y los síntomas de la endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia vaginal) en un 20% de las usuarias



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



	pequeñas cantidades de levonorgestrel			
Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	98% si se usa de manera correcta y sostenida 85% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Condón femenino	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten	90% si se usa de manera correcta y sostenida 79% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Esterilización masculina (vasectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos	Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado	>99% después de la evaluación del semen a los 3 meses Entre 97% y 98% si no se evalúa el semen	Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides	>99%	Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa



# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



	cortan las trompas de Falopio			
Método de la amenorrea del amamantamiento	Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo, día y noche, de una criatura menor de 6 meses	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	99% si se aplica de manera correcta y sostenida  98% como se practica comúnmente	Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad
Anticoncepción de urgencia (levonorgestrel, 1,5 mg)	Son pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección	Evita la ovulación	Reduce en un 60% a un 90% el riesgo de embarazo	No altera el embarazo si este ya se ha producido

OMS 2009





# “LA DECISION ES TUYA CUIDATE”



## Métodos tradicionales

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Método de la retirada (coito interrumpido)	El hombre retira el pene de la vagina y eyacula fuera de esta, con lo que el semen no tiene contacto con los genitales externos de la mujer	Evita que los espermatozoides penetren en la vagina, lo que impide la fecundación	96% si se aplica de manera correcta y sostenida. 73% de la manera como se utiliza comúnmente.	Es uno de los métodos menos eficaces porque a menudo resulta difícil determinar el momento preciso de la retirada
Métodos que requieren el conocimiento de la fecundidad (planificación natural de la familia o abstinencia periódica)	Métodos de calendario: se vigilan los días fértiles en el ciclo menstrual; métodos que se basan en síntomas: se vigilan el moco del cuello uterino y la temperatura corporal.	La pareja evita el embarazo evitando tener coito sin protección durante los días fértiles, generalmente mediante la abstinencia o empleando condones	Entre 95 y 97% cuando se usa de manera correcta y regular; 75% de la manera como se utiliza comúnmente.	Puede servir para reconocer los días fértiles por las mujeres que quieren embarazarse y las que desean evitar el embarazo. El uso correcto y regular exige la cooperación del varón.

OMS 2009



# **“LA DECISION ES TUYA CUIDATE”**

