

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



**“ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL
EMBARAZO ADOLESCENTE”**

Tesis que presentan

**CRUZ VELAZQUEZ KAREN LIZBETH
y
JUÁREZ TOGA INGRID**

para obtener el título de

LICENCIADA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

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

Nezahualcóyotl Estado de México, octubre 2016

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia se define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen" (Issler, 2001). Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año.

OBJETIVO GENERAL. Evaluar el programa de salud "Mejor sexualidad menos embarazos" para contribuir a la disminución del embarazo adolescente.

METODOLOGÍA. Se realizó una investigación de tipo transversal. Los adolescentes que participaron en la investigación fueron estudiantes tanto del sexo femenino como del masculino, con un rango de edad entre 17 y 19 años, de una escuela Preparatoria oficial en el Municipio de Nezahualcóyotl en el Estado de México.

RESULTADOS ESPERADOS.

Implementar el programa de salud para ayudar a contribuir a la disminución del embarazo adolescente.

Determinar el cumplimiento de los objetivos educativos del programa "Mejor sexualidad menos embarazos"

Evaluar las estrategias didácticas del programa propuesto "Mejor sexualidad menos embarazos"

Evaluar el material didáctico del programa propuesto "Mejor sexualidad menos embarazos"

Proponer un programa de salud, basado en Educación Sexual para el fortalecimiento del programa "MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS"

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS	
INTRODUCCIÓN	

PRIMERA PARTE PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

CAPITULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
* SUPUESTO HIPOTETICO	19
* OBJETIVOS	20
* JUSTIFICACION	21

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 ASPECTOS BIOLÓGICOS	
2.1.1 Adolescencia	23
2.1.2 Embarazo	24
2.1.3 Embarazo adolescente	24
2.1.4 Consecuencias del embarazo adolescente	24
2.1.5 Muerte materna	25
2.1.6 Métodos anticonceptivos	26
2.2. ASPECTOS NORMATIVOS	
2.2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar	31
2.2.2 Ley General de Salud	33
2.3. ASPECTOS SOCIALES	
2.3.1 Determinantes de la salud	34
2.3.2 Determinantes sociales de la salud	35
2.3.3 Estilo de vida	36
2.3.4 La familia	36
2.3.5 Factores familiares	37
2.3.5 Factores protectores y de riesgo	38
2.3.6 Educación sexual	38
2.4 ASPECTOS PEDAGÓGICOS	
2.4.1 Organización Mundial de la Salud	41
2.4.2 Ley General de Salud	41

2.4.3 Educación para la Salud	42
2.4.4 Teorías de enseñanza-aprendizaje	42
2.4.5 Teoría del aprendizaje significativo	42
2.4.6 Teoría humanista	43
2.5. EL CAMPO DE ACCIÓN DEL EDUCADOR PARA LA SALUD	
2.5.1 Organización Mundial de la Salud	44
2.5.2 Ley General de Salud	45
2.5.3 Programa de Estudios de la Licenciatura de Educación para la Salud	46
2.6. APORTACIONES DE INVESTIGADORES AL CAMPO TEÓRICO	46

SEGUNDA PARTE DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño de la investigación	52
3.1.1 Ubicación de la investigación	52
3.1.2 Sujetos de estudio	53
3.1.3 Universo de trabajo	53
3.1.4 Muestra	53
3.2 Criterios de selección	53
3.2.1 Inclusión	53
3.2.2 Exclusión	54
3.3 Trabajo de campo	54
3.3.1 Gestión	54
3.4 Recopilación de la información	55
3.5 Instrumento	58
3.6 Análisis de los resultados	59
3.7 Limitaciones del estudio	59
3.8 Aspecto ético	59
3.8.1 Código de Núremberg	58
3.8.2 Declaración de Helsinki	60
3.8.3 Pautas éticas internacionales	60
3.8.4 Investigación en Salud	62

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1 Implementación del programa de salud para ayudar a contribuir a la disminución del embarazo adolescente.	64
4.2 Determinación del cumplimiento de los objetivos educativos del programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”	68
4.3 Evaluación de las estrategias didácticas del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”	88

4.4 Evaluación del material didáctico del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”	99
4.5 Proponer un programa de salud basado en Educación Sexual dirigido a adolescentes, para el fortalecimiento del programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”.	117
CAPÍTULO 5. ANALISIS DE RESULTADOS	
5.1 Sobre la implementación del programa de salud “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”	119
5.2 Sobre el cumplimiento de los objetivos educativos del programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”	126
5.3 Sobre la evaluación de las estrategias didácticas del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”	126
5.4 Sobre la evaluación del material didáctico del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”	129
5.5 Sobre la propuesta de un programa de educación sexual dirigido a adolescentes	131
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES	
6.1 Sobre el Marco Teórico elaborado	132
6.2 Sobre la metodología utilizada	132
6.3 Sobre el enriquecimiento al área del conocimiento de la Licenciatura en Educación para la Salud	132
6.4 Sobre las preguntas planteadas	133
6.5 Sobre los objetivos planteados	133
6.6 Sobre el supuesto hipotético	137
BIBLIOGRAFIA	138
ANEXOS	
• Carta de Presentación	145
• Consentimiento informado	146
• Cartas descriptivas	148
• Cuestionario	155
• Rúbrica de aportaciones didácticas	157
• Rúbrica de material didáctico	158
• Propuesta de programa de Educación sexual	160

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia se define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen" (Issler, 2001).

Para algunas madres jóvenes el embarazo y el parto son algo previsto y deseado. Para muchas otras, no. Son varios los factores que contribuyen a esa situación. Las adolescentes pueden estar bajo presión para casarse y tener hijos temprano, o pueden tener perspectivas educativas o de trabajo muy limitadas. Algunas no saben cómo evitar un embarazo, u obtener anticonceptivos. Otras pueden no ser capaces de decir que no a relaciones sexuales no deseadas o de resistir sexo bajo coacción (OMS, 2009).

Según el Estado Mundial de la Infancia 2007, las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo que las mujeres mayores de 20 años. Si una madre tiene menos de 18 años la probabilidad de que su bebé muera durante el primer año de vida es un 60%; incluso en caso de que sobreviva existe una mayor probabilidad de que sufra de bajo peso al nacer, de desnutrición o de retraso en el desarrollo físico y cognitivo (UNICEF, 2007).

Entre los factores que provocan que esto suceda está la mala alimentación, un organismo que aún no está apto para concebir, el maltrato a que con frecuencia son sometidas las adolescentes y la discriminación de género. Otras consecuencias son los obstáculos para la formación escolar y laboral, las desventajas en las perspectivas de vida de los progenitores frecuentemente tanto el padre como la madre son estudiantes que podrían verse obligados a abandonar sus estudios. Asimismo las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras enfrentando la ausencia e irresponsabilidad de los padres del niño o niña (UNICEF, 2007).

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América (OMS, 2009).

Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En Argentina, más de 115.000 mujeres adolescentes dan a luz, incluyendo 3.000 menores de 15 años. En este último grupo, con frecuencia, los embarazos son producto de abuso sexual o relaciones no consentidas, por lo tanto aproximadamente el 16% de los egresos por abortos corresponden a menores de 20 años y del total de muertes maternas, el 14% corresponden a mujeres de 10 a 19 años (OMS, 2009).

Otros países de Europa tienen menos embarazos de adolescentes porque adoptan un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y facilitan el acceso a la planificación familiar. En los países bajos, que posee una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes, de cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres, la educación sexual comienza en la escuela primaria. Actualmente en el Reino Unido la educación sexual no es obligatoria en las escuelas, y algunas escuelas de inspiración religiosa ni siquiera imparten esa educación, por lo que la cobertura es irregular (OMS, 2009).

Casi medio millón de mexicanas menores de 20 años dieron a luz en el año 2005. En 2005 hubo 144, 670 casos de adolescentes con un hijo o un primer embarazo entre los 12 y 18 años que no han concluido su educación de tipo básico. En este

mismo rango de edad, considerando a quienes tienen más de un hijo, los datos ascienden a 180,408 casos de madres (UNICEF, 2005).

En datos más recientes emitidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) muestra que los estados de la República Mexicana con el mayor índice de embarazos adolescentes son: Coahuila con un 23.1%, Chihuahua con 23%, Nayarit con 21.6%, Guerrero 21.0%, Sonora con 20.5%, Sinaloa con 20.4%, Veracruz con 20.2%, Baja California Sur con 20% y el Estado de México con 19.9%. Durante 2007, 58 mil 248 mujeres adolescentes mexiquenses en un rango de edad fueron madres, la tasa de fecundidad adolescente en el mismo año fue de 69.5 nacimientos por cada mil adolescentes; asimismo, para 2010 reportó 54.55 nacimientos (INEGI, 2012).

Desde la visión del Licenciado en Educación para la Salud, situado en las Ciencias Sociales, debe contribuir a la disminución del alto índice de embarazos en adolescentes, ya que sigue siendo un grave problema de salud pública, por las consecuencias que acarrea en la adolescencia, tanto a nivel físico, emocional y social.

Dada esta situación, el Educador para la Salud retoma esta problemática, para implementar diversas estrategias educativas de planificación familiar, que fomenten la prevención como factor primordial. Se ha implementado en la propia Licenciatura el programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”. Se reconoce la aportación que se hizo al estar el área de conocimiento en la etapa de la investigación, por ello fue necesario pasar a la etapa de implementación siendo fundamental para poder dar la evaluación necesaria y conocer su alcance e identificar la aportación que dio a la propia Licenciatura en Educación para la Salud.

Por lo anterior se plantearon las siguientes preguntas ¿Se cumplen los objetivos educativos del programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”?

¿Cuáles son las aportaciones didácticas del programa propuesto?, ¿Cuáles son las aportaciones de material didáctico del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”? y ¿Se podrá proponer un programa de educación sexual dirigido a adolescentes?

Al dar respuesta a las siguientes preguntas se estableció el diseño de la presente investigación. La cual se realizó en la etapa práctica para dar conclusión a estas preguntas y dar los resultados del programa que aplicamos para ver si cumplió con los objetivos propuestos.

SUPUESTO HIPOTETICO

Con la implementación del programa de salud “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”, se pudo evaluar el programa desde la Licenciatura en Educación para la Salud.

OBJETIVOS

General

Evaluar el programa de salud “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS” para contribuir a la disminución del embarazo adolescente.

Específicos

- Implementar el programa de salud “*MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS*” para ayudar a contribuir a la disminución del embarazo adolescente.
- Determinar el cumplimiento de los objetivos educativos del programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”.
- Evaluar las estrategias didácticas del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”.
- Evaluar el material didáctico del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”.
- Proponer un programa de salud, basado en Educación sexual para el fortalecimiento del programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”.

JUSTIFICACIÓN

La prevención en nuestro país está muy deficiente por lo cual nos percatamos que la educación sexual está aún más limitada, y ha tenido pocos resultados favorables para la prevención de los embarazos adolescentes, con ello surgen bastantes problemáticas que desencadenan con más intensidad situaciones difíciles en los adolescentes, que en muchas ocasiones han sido determinantes para su salud. Tomando esta investigación como una herramienta útil, se podrá brindar una educación sexual, con el objetivo de contribuir a la disminución de embarazos adolescentes, y posibles problemática que se deriven de esta, como lo son las enfermedades de trasmisión sexual, muerte materno-infantil, disfunción familiar, problemas psicológicos, que no se alcance el proyecto de vida, entre otras.

Esta investigación no solo beneficiará a los adolescentes, si no a las familias completas, a las comunidades, al sector laboral, al sector educativo, cultural, al sector salud, y a los profesionales en Educación para la Salud.

Es muy importante que los adolescentes concluyan esta etapa de su vida de la manera más eficaz y correcta, para ello es fundamental tener una preparación en donde se les enseñe a los jóvenes que tienen la responsabilidad y obligación de cuidar su cuerpo y desenvolverse dentro de su comunidad. Al adolescente le ayudará este programa ya que podrá recibir una orientación sobre educación sexual donde ellos podrán aprender cómo prevenir un embarazo a temprana edad.

Esta investigación también ayudará a las familias a prevenir periodos de crisis debido a la llegada de un embarazo no planeado, ya que con esta situación todos los integrantes del hogar, la mayoría de veces deben hacer cambios y adaptarse a la situación, aun cuando no lo tenían previsto, incluso en ocasiones los padres de los adolescentes terminan haciéndose cargo del nuevo bebé, pues los jóvenes

están en una etapa de vida donde no pueden cubrir las necesidades básicas de un nuevo integrante, por lo que la mayoría de veces tienen que abandonar los estudios y entrar al campo laboral.

Ayudaremos a fomentar comunidades más sólidas, pues cuando las personas son plenas y tiene su proyecto de vida realizado o están creciendo personalmente, la sociedad cambia en conjunto y se hace una comunidad más capaz y eficiente.

De igual forma se beneficiará al Sector Salud, ya que ayudando a disminuir los embarazos en adolescentes, se podrá disminuir al mismo tiempo el índice de muertes maternas, ya que es una de las principales causas de muerte en las embarazadas, además se disminuirían los costos en atención clínica.

A la Licenciatura en Educación para la Salud se podrá beneficiar ya que formará mejores profesionistas capaces de crear estrategias educativas que disminuyan problemáticas de salud que a pasar de ser de suma importancia, la comunidad no conoce a gran escala la información o la forma en la que pueden prevenirse, por lo que la problemática se agrava. Además podremos demostrar que la Educación para la Salud es útil e indispensable en toda la población, para mejorar la calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad, en todos los aspectos posibles; tanto física, psicológica y socialmente

La Educación para la Salud, además, se podrá dar a conocer con un mayor impacto, ya que la población, en este caso los adolescentes, podrán conocer más acerca de la educación sexual, con personal capacitado y que es estrictamente formado para ayudar a la prevención, en este caso de los embarazos adolescentes.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

El presente capítulo está formado por cuatro aspectos; aspectos biológicos, aspectos normativos, aspectos sociales y aspectos pedagógicos. Los cuales se desarrollan a continuación, en la parte final de este capítulo se presentan aportaciones a este campo teórico que varias investigaciones han realizado.

2.1 Aspectos biológicos

La etapa de adolescencia radica entre los 10 y 11 años de edad hasta los 19 años y se considera que hay 2 fases en la etapa de un adolescente: la adolescencia temprana; la cual se contempla desde los 10 u 11 años de edad hasta los 14, y la adolescencia tardía; se encuentra desde los 15 años de edad hasta los 19.

La adolescencia se define como una etapa entre la niñez y la etapa adulta, que se inicia por los cambios de la pubertad y que se caracteriza por diversas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero principalmente positivos.

No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social (Pineda, Aliño, 1998).

También es importante ver que en la adolescencia se presentan distintos tipos de cambios. La UNICEF declara que la etapa de la adolescencia es un periodo que trae consigo diversos cambios físicos y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se va definiendo la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. La persona joven rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio (UNICEF, 2005).

Es importante hablar de la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. La cual nos hace mención de cómo se caracteriza un embarazo, el cual es definido como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Sin embargo, cuando existe un embarazo adolescente, la mayoría de las veces son de alto riesgo, ya que las jóvenes no están totalmente listas físicamente para desarrollar un embarazo normal. Un embarazo de alto riesgo se define como aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de condiciones anormales relacionados con la gestación y el parto, en el cuál aumentan los peligros para la salud de la madre y del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario (Secretaría de Salud, 1993).

Una de las principales problemáticas de las que podemos hacer mención en esta etapa de la adolescencia, son los embarazos a temprana edad, esta problemática puede ser causada por varios factores que debemos considerar, entre ellos está la mala educación sobre sexualidad, pero también podrían ser causados por los cambios sociales y psicológicos que se experimentan en la adolescencia.

Con lo anterior, podemos definir un embarazo adolescente no planificado, como aquel que ocurre en mujeres de diecinueve años o menos y comprende profundos cambios en todos los aspectos de los adolescentes, además de un incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos en esta etapa de la vida.

Las adolescentes tienen un sistema inmune inmaduro, hay muchas consecuencias que no se toman en consideración cuando hay un embarazo a temprana edad, la causa de que haya un sistema inmune inmaduro en las mujeres adolescentes, puede estar relacionado con una deficiente nutrición materna en gestantes muy jóvenes (Salazar, 2006).

Debido a que el cuerpo de una adolescente aún no alcanza la suficiente madurez se consideran diversos factores de riesgo; como por ejemplo:

Los diámetros pelvianos de la adolescente promedio no alcanzan el tamaño indicado para el recorrido saludable del feto por el canal del parto y por lo tanto un alumbramiento. Por otra parte, existen diversos problemas de salud que son comunes en la primera mitad del embarazo, como la anemia, infecciones urinarias y los abortos espontáneos; en la segunda etapa pueden ocurrir problemas más complejos como hipertensión arterial, hemorragias, insuficiente ganancia de peso asociada a una deficiente nutrición; síntomas de parto anticipado, ruptura prematura de membranas y otros (Salazar, 2006).

Tomamos como indicadores de riesgo los puntos anteriores, pero sin duda, puede haber una consecuencia más grande que se puede presentar en el momento del parto y después de él, como lo es la muerte materna que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producido por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Por otra parte, es importante hablar sobre los métodos anticonceptivos, los cuales son fundamentales para disminuir la problemática de los embarazos adolescentes, se debe considerar que la planificación familiar es uno de los pilares más importantes a la hora de atacar este problema.

Se define a los métodos anticonceptivos como aquéllos que se utilizan para impedir la reproducción de las personas y esta puede ser temporal o definitiva (Secretaría de Salud, 1993).

Métodos hormonales orales

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos grupos:

- Los combinados de estrógeno y progestina, y
- Los que contienen sólo progestina.

En las presentaciones de 21 tabletas o grageas se ingiere una tableta o gragea diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días de descanso sin medicación. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los siete días de descanso del ciclo previo independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

En las presentaciones de 28 tabletas o grageas se ingiere una de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea que contiene hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

Hormonales orales que sólo contienen progestina

Estos métodos se presentan en cajas que contienen 35 tabletas. Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda una efectividad anticonceptiva del 90 al 97%.

Métodos hormonales inyectables

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción y se dividen en dos grupos:

Los combinados de estrógeno y progestina, son métodos los cuales bajo condiciones habituales de uso, brinda una protección anticonceptiva mayor al 99% (Secretaría de Salud, 1993).

Y por otra parte, existen los que contienen sólo progestina, que bajo condiciones habituales de uso, este método brinda efectividad anticonceptiva mayor al 99%. Entre las indicaciones que se deben seguir para la utilización de este método son las siguientes: lo deben utilizar mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de larga acción e inyectable (Secretaría de Salud, 1993).

Las inyecciones hormonales anticonceptivas se aplican vía intramuscular en el glúteo. Existen anticonceptivos inyectables de aplicación mensual, en donde la primera inyección se aplica entre el primer y quinto día de la menstruación y las siguientes inyecciones se aplican cada 30 días, sin dejar pasar más de 3 días para asegurar su eficacia.

En cuanto a los anticonceptivos inyectables de aplicación trimestral, la primera inyección se aplica entre el primer y séptimo día de la menstruación, las siguientes inyecciones se aplican cada 90 días, sin dejar pasar más de 3 días para asegurar la eficacia anticonceptiva del método.

En ambos casos, si la inyección no se aplica en la fecha indicada se debe utilizar preservativo en las relaciones sexuales hasta la siguiente menstruación y después llevar a cabo su aplicación correcta (IMSS, 2016).

Oclusión tubaria bilateral

Este es un método anticonceptivo definitivo para la mujer, en donde las trompas uterinas se cortan y se ligan para impedir el paso del óvulo y de los espermatozoides evitando así el embarazo. Bajo condiciones habituales de uso,

este método brinda efectividad anticonceptiva mayor al 99% (Secretaría de Salud, 1993).

Vasectomía

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en una pequeña operación, se realiza una pequeña incisión en la piel de la bolsa escrotal por arriba de donde se encuentran los testículos, a través de la cual se localizan, ligan y cortan los conductos deferentes, sitio por donde pasan los espermatozoides. Este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99% (Secretaría de Salud, 1993).

Métodos de barrera

Estos métodos anticonceptivos son aquellos que no permiten el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, algunos se acompañan también de la acción de sustancias químicas. Existen métodos de barrera para hombres y mujeres.

Para los hombres, existe el condón o preservativo, el cual es una bolsa de plástico (látex) que se coloca en el pene erecto con el objetivo de evitar el paso de espermatozoides, algunos contienen además un espermicida (Nonoxinol-9). El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH-SIDA. Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda una efectividad del 85 al 97%. Para el uso adecuado del condón masculino se deben tomar en cuenta las siguientes indicaciones:

- Verifica la fecha de caducidad
- Abre el paquete cuidando no romper el condón
- Coloca el condón, sin desenrollar, en la punta del pene erecto

- Aprieta la punta del condón mientras lo extiendes hasta cubrir todo el pene, evitando que queden burbujas de aire pues pueden romper el condón durante la relación y provocar escurrimientos
- Si el hombre no está circuncidado, debe empujar la piel del pene hacia atrás hasta liberar el glande (cabeza del pene)
- Después de la eyaculación y antes de perder la erección, el pene debe ser retirado de la vagina sujetando el extremo del condón, evitando que se derrame el esperma
- Usa un nuevo condón en cada relación sexual
- Los condones nunca deben ser reutilizados (Secretaría de Salud, 1993).

Para la mujer el método anticonceptivo de barrera que además de ayudar a prevenir un embarazo, contribuye a la prevención del VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Es una funda blanda resistente, hecha de poliuretano transparente, con dos anillos de plástico, uno en cada extremo. El anillo del extremo cerrado, debido a su tamaño más pequeño, facilita la inserción y para mantener el condón pegado al cuello uterino, el del extremo abierto es más ancho y debe permanecer fuera de la vagina, cubriendo los genitales externos de la mujer y la base del pene. Este método evita que el semen entre en contacto con la vagina, por lo que impide el paso de los espermatozoides, además de no permitir el paso de otros microorganismos. El condón femenino tiene una efectividad entre 79% y 98%, esto depende del uso correcto del método (MSPSI, s.f.).

Para el uso adecuado del condón femenino se deben tomar en cuenta las siguientes indicaciones:

- Verificar la fecha de caducidad
- Leer cuidadosamente las instrucciones para su colocación antes del coito o relación sexual
- Lavarse las manos con agua y jabón

- Estar en una posición adecuada para la colocación, puede ser sentada o acostada con las rodillas separadas o parada apoyando un pie sobre un objeto
- Se debe sacar el condón de su envoltura cuidadosamente. Tomar el extremo cerrado del condón con los dedos índice, medio y pulgar, aplastando el anillo como si se formara un “8” para poder insertarlo en la vagina
- Asegurarse que el anillo interno del condón quede colocado a una profundidad de aproximadamente 5 cm dentro de la vagina
- El extremo abierto del condón debe quedar por fuera de la vagina, cubriendo los genitales externos (vulva)
- El condón femenino se puede colocar hasta 8 horas antes de tener una relación sexual
- La protección anticonceptiva es inmediata
- Debe quitarse inmediatamente después de la relación sexual, tomando el aro externo teniendo cuidado de no derramar el semen, girar tres veces y jalarlo hacia a fuera
- Envolver el condón en papel higiénico y tirarlo a la basura, nunca a la taza del baño (MSPSI, s.f.).

Implante subdérmico

Este método es una pequeña varilla flexible que contiene una hormona derivada de la progesterona, que inhibe la ovulación y hace más espeso el moco del cuello del útero, impidiendo el paso de los espermatozoides al interior del útero. Es un anticonceptivo temporal altamente eficaz desde las 24 horas de su aplicación. Su efectividad es mayor al 99.5%. En cuanto se retira existe un retorno rápido de la fertilidad (IMSS, 2016).

Métodos naturales o de abstinencia periódica

Son métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer. Estos métodos requieren de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil. Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 al 80%. (Secretaría de Salud, 1993).

Píldora de Emergencia

Se le conoce también como píldora del día siguiente. Es un método anticonceptivo que se puede utilizar sólo en casos de emergencia, para prevenir un embarazo no planeado y se debe tomar en los tres días siguientes de una relación sexual sin protección. Las pastillas de emergencia, no son un método regular de anticoncepción, no interrumpe embarazos en curso y no protege contra Infecciones de transmisión sexual. Si se toma antes de 24 horas, la efectividad es alrededor del 90%. Transcurridas más de 72 horas, la efectividad disminuye al 75% (IMSS, 2016).

2.2 Aspectos Normativos

Otro punto a considerar son los aspectos normativos que hablan sobre planificación familiar al ser de suma importancia para respaldar la investigación. En la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, la cual habla “De los servicios de la planificación familiar”, nos indica sobre la prioridad dentro del marco amplio de la salud reproductiva, la cual se enfoca en la prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños y su aplicación es fundamental para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, el número y espaciamiento de sus

hijos, con pleno respeto a su dignidad. Respetando siempre las decisiones de cada persona con respecto a sus ideales enfocados a la reproducción, se debe fomentar actitudes y conductas responsables en la población para poder garantizar la salud sexual y reproductiva, respetando al mismo tiempo la diversidad cultural y étnica de las personas. La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, sin importar la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres que corran mayor riesgo reproductivo (Secretaría de Salud, 1993).

Toda persona que solicite los servicios de planificación familiar debe ser protegido para evitar embarazos no planificados y prevenir el embarazo de alto riesgo, para lo que además de la información que reciba, se le debe proporcionar consejería adecuada y, en caso de aceptarlo, se le debe aplicar algún método anticonceptivo lo cual puede ocurrir desde la primera atención, todo esto verificado y llevado a cabo por un profesional de la salud (Secretaría de Salud, 1993).

La información y educación sobre planificación familiar debe impartirse a toda la población sin distinción de sexo o género, enfocándose en los siguientes aspectos:

- a) Sexualidad y reproducción humana desde el aspecto biológico, psicológico y social.
- b) Información y orientación sobre salud reproductiva, enfocándose en los factores de riesgo reproductivos en las diversas etapas de la vida, con la finalidad de que las personas lleguen al auto reconocimiento de sus factores de riesgo
- c) Información sobre los métodos anticonceptivos tanto como para hombres y mujeres, además de informar sobre su presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos secundarios y

cómo deben utilizarse de una manera correcta y si procede, información sobre su costo (Secretaría de Salud, 1993).

2.2.3 Ley General de Salud

El Título tercero “Prestación de los Servicios de Salud” en el Capítulo 1 “Disposiciones Comunes.” Específicamente el Artículo 27, que habla sobre los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;*
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;*
- III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;*
- IV. La atención materno-infantil;*
- V. La planificación familiar;*
- VI. La salud mental;*
- VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales;*
- VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;*
- IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición, y*
- 37X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.*

En el Capítulo VI “Servicios de Planificación Familiar”, específicamente en el Artículo 67, nos informa que:

La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y

al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

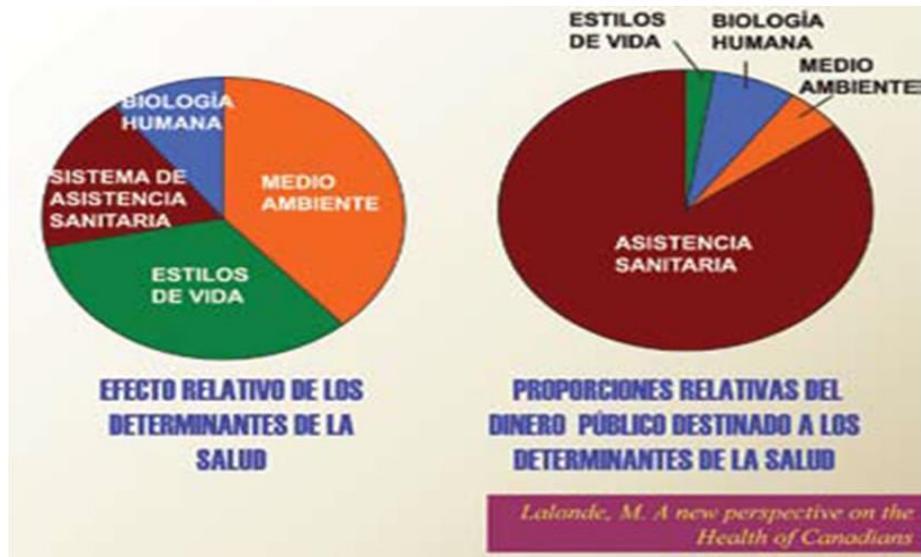
Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

2.3 Aspectos sociales

Como tercer punto tenemos los aspectos sociales, ya que son fundamentales para atacar la problemática. Debemos conocer los aspectos que pueden determinar nuestra salud y por lo tanto un embarazo a temprana edad.

2.3.1 Determinantes de la Salud - Informe Lalonde.

Al conceptualizar los determinantes de la salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades. En 1974, Marc Lalonde, Ministro canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, en el que 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. Lalonde mediante diagrama de sectores circulares, estableció la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública (Ávila, 2009).



Fuente: Ávila, Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud, (2009)

2.3.2 Determinantes Sociales de la Salud

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. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (OMS, 2005).



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 2000

2.3.3 Estilo de vida

La estrategia para reducir los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida consiste en informar a las personas de los efectos perjudiciales para la salud que tienen esos factores, de manera que se les motive para cambiar de estilo de vida; es decir, para elegir opciones más saludables. El reconocimiento de que esos estilos de vida están influidos por factores estructurales resalta la importancia que tienen las intervenciones estructurales para reducir las desigualdades sociales en enfermedades relacionadas con el estilo de vida. Este tipo de intervenciones pueden ser políticas fiscales que aumenten el precio de los productos perjudiciales para la salud o medidas legislativas que limiten el acceso a esos productos (Dahlgren; Whitehead, 2006).

La importancia de este tipo de intervenciones estructurales puede ser mucho mayor para los grupos de renta baja que para los de renta alta, lo que refuerza todavía más la importancia de unas estrategias que combinen las intervenciones estructurales con la educación sanitaria para mejorar la salud del conjunto de la población y sobre todo para reducir las desigualdades sociales en salud (Dahlgren; Whitehead, 2006).

2.3.4 La familia

En el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica. Existen dos tipos de factores protectores: de amplio espectro, es decir, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos; y factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo (Páramo, 2011).

Como factores protectores específicos por ejemplo encontramos: no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, Sida). Se considera que el abordaje preventivo debe hacerse desde el marco de acciones que cumplan con ciertos requisitos fundamentales: el objetivo debe ser el desarrollo humano en los adolescentes; las acciones deben ser intersectoriales; la salud debe ser vista desde el concepto de la integralidad; la atención debe ser multidisciplinaria, además de incluir a de padres y profesores (Páramo, 2011).

2.3.5 Factores familiares

Dentro de los factores familiares tenemos a la relación familiar. Diversos estudios sobre fecundidad en adolescentes coinciden en que las relaciones familiares y el tipo de familia (monoparental, biparental, reconstituida) donde ha vivido la o el joven, influyen considerablemente en el comportamiento sexual de los adolescentes (Damián, Huarcaya, 2008).

También es importante poner atención en la reacción y la actitud de la familia frente a la noticia del embarazo ya que puede tener cierta influencia, estas van a variar según la cultura en el que el adolescente se encuentre. Dependiendo de la actitud tomada por parte de la familia esta le dará o no al adolescente soporte emocional y material (Damián, Huarcaya, 2008).

Otro factor que puede ser asociado es el antecedente familiar de embarazo en la adolescencia. En el ámbito de la transmisión generacional, se ha observado que tanto en zonas rurales como urbanas, las madres adolescentes provenían de familias cuyos progenitores también lo habían sido en su mayoría (50-75%), lo que sugiere que la maternidad en las adolescentes se puede “aprender” y transmitir dentro de las familias (Damián, Huarcaya, 2008).

2.3.6 Factores protectores y factores de riesgo

Los determinantes de la salud pueden verse influidos por decisiones personales, comerciales o políticas y pueden ser factores beneficiosos para la salud, factores de protección o factores de riesgo, mismos que impactan en la formación o modelaje de los estilos de vida y hábitos.

Los factores de riesgo son aquellos que causan problemas de salud y enfermedades que en teoría podrían prevenirse. Pueden ser sociales o económicos o asociarse a riesgos para la salud específicos de un entorno o estilo de vida (Dahlgren; Whitehead, 2006).

Los factores de protección, son aquellos que contribuyen a la preservación de la salud. Algunos de los fundamentales son, por ejemplo, la seguridad económica, una vivienda digna y la seguridad alimentaria. El control sobre los acontecimientos de la vida y disfrutar de unas buenas relaciones familiares y otras relaciones sociales que producen una gratificación emocional son también importantes factores positivos para la salud (Dahlgren; Whitehead, 2006).

Estos factores eliminan el riesgo de enfermedad o problemática y facilitan la resistencia a ella. Un ejemplo sería la buena información y el uso adecuado del condón para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Asimismo, factores psicosociales como el apoyo social y un sentido de finalidad y dirección en la vida ayudan a proteger la salud (Dahlgren; Whitehead, 2006).

2.3.6 Educación Sexual

En el área de la salud sexual, la educación sexual tiene el papel de factor positivo y de protección y en caso de faltar, su ausencia es un factor de riesgo. Hoy en día las y los adolescentes están expuestos a una mayor información sobre la

sexualidad, llega de boca en boca de diferentes fuentes: se trasmite por amigos, libros, enciclopedias, Internet, radio, televisión, etc. Algunos jóvenes obtienen información sexual en programas formales de educación sexual ofrecidos en escuelas, instituciones religiosas y otros centros educativos (Gobierno del Estado de México, 2010).

La educación sexual ha sido definida como “un proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, formal e informalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos y aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos. Es especialmente importante considerar el papel que el género juega en este proceso” (Gobierno del Estado de México, 2010).

Se habla de educación de la sexualidad informal cuando ocurre en forma azarosa, sin planeación, a lo largo de la vida del individuo como resultado de la interacción diaria con otras personas, de manera más importante durante la infancia. Se habla de educación formal de la sexualidad cuando es resultado de un esfuerzo planeado con objetivos previamente establecidos para un periodo relativamente breve de interacción de los educadores con el individuo. La educación de la sexualidad pretende desarrollar en la población la comprensión de la naturaleza y las necesidades de su propia sexualidad, así como modificar los roles sexuales y del lugar que ocupa la sexualidad en la vida personal y familiar del individuo (Gobierno del Estado de México, 2010).

La dinámica poblacional es influenciada por las formas en que los miembros de la sociedad viven su sexualidad. Si predomina la falta de conocimiento respecto a la sexualidad propia y la de los demás, se dejan al azar las decisiones reproductivas, hay inconsistencia en los vínculos entre las personas y existe irresponsabilidad ante las consecuencias negativas de embarazos no deseados (Gobierno del Estado de México, 2010).

Los padres también son los primeros que forjan la conciencia moral de los hijos y aunque la educación sexual es parte importante de las funciones de los padres y las madres, esta no es asumida adecuada y efectivamente, puesto que una buena proporción de padres y madres dejan al azar la educación sexual de sus hijos, evitando asumir una posición proactiva e intencional y delegan en la escuela y en los medios de comunicación esta responsabilidad (Gobierno del Estado de México, 2010).

Además, es importante aclarar, que carece de fundamento la acusación de que la educación sobre salud sexual incita a la actividad sexual en los adolescentes, por el contrario, con ella se puede lograr que las prácticas sexuales sean más seguras y responsables, y por lo tanto disminuir la probabilidad de embarazos a temprana edad.

Existen otros factores que se relacionan directamente a hacer más vulnerables a los adolescentes para iniciar su vida sexual a más temprana edad y por consecuencia tener un embarazo no deseado, como por ejemplo: ignorancia en reproducción y sexualidad, mala o deficiente comunicación con los padres, ignorancia de los padres en embarazo y sexualidad, problemas entre los padres, padres que vivan separados, ser hijo o hija de madre adolescente, entre otros (Rivera, 2003).

Otra de las consecuencias que existen debido a un embarazo a temprana edad, es la deserción escolar. El matrimonio asociado al embarazo adolescente es un de las 11 razones por las cuales los estudiantes de bachillerato o preparatoria abandonan la escuela. Según las estadísticas de análisis de la Secretaría de Educación Pública (SEP), 3.7 de los jóvenes que cursan el bachillerato se encuentran en riesgo de abandonar la escuela a consecuencia de los embarazos tempranos (Martínez, 2014).

Otro punto muy importante que debemos puntualizar es sobre mitos y tabúes que existen en la población, ya que por tener una información errónea o no del todo cierta los adolescentes corren mayor riesgo de pasar por un embarazo no deseado o adquirir alguna infección de transmisión sexual, los cuales son factores que no solo afectan su salud física, sino también psicológica y social.

2.4 ASPECTOS PEDAGÓGICOS

La Organización Mundial de la Salud, nos hace referencia que la Educación para la Salud, debe involucrar el fomento en la población de diversos aspectos; como la motivación, las habilidades personales y la autoestima. Todo esto es de suma importancia para el mejoramiento de la salud.

La Educación para la Salud, no solo debe involucrar factores sociales, económicos, económicos y ambientales que influyen en la salud, sino también debe involucrarse en este tema, los factores de riesgo y el uso del sistema de asistencia sanitaria (OMS, 1998).

El Artículo 113, del Capítulo 11 de la Ley General de Salud, nos muestra la siguiente información:

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.

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).

2.4.3 Educación para la Salud

La Educación para la Salud se define como la combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten. Desde una perspectiva holística, la salud, contempla al individuo en su totalidad, en su entorno global. Actualmente, se distinguen determinantes de la salud en cuatro grupos, la biología humana, el medio ambiente, estilo de vida, y sistema de asistencia sanitaria (OMS, 1998).

Es ciencia que mediante un aprendizaje integral, se adquieren las capacidades, aptitudes y actitudes para reconocer los estilos de vida saludables en la comunidad para fomentarlos (UAEM, 2008).

2.4.5 Teorías de enseñanza-aprendizaje

Se debe tomar en cuenta las teorías de enseñanza-aprendizaje, esto con la finalidad saber cómo será nuestro enfoque al trabajar con la población y al mismo tiempo lograr que la aplicación se diera de la manera correcta y eficaz, las teorías en las que nos basamos se describen a continuación.

2.4.6 Teoría del aprendizaje significativo

Ausubel en 1983 plantea que el aprendizaje del alumno depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información, debe entenderse por

"estructura cognitiva", al conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización.

En el proceso de orientación del aprendizaje, es de vital importancia conocer la estructura cognitiva del alumno; no sólo se trata de saber la cantidad de información que posee, sino cuales son los conceptos y proposiciones que maneja así como de su grado de estabilidad.

Los principios de aprendizaje propuestos por Ausubel, ofrecen el marco para el diseño de herramientas metacognitivas que permiten conocer la organización de la estructura cognitiva del educando, lo cual permitirá una mejor orientación de la labor educativa, ésta ya no se verá como una labor que deba desarrollarse con "mentes en blanco" o que el aprendizaje de los alumnos comience de "cero", pues no es así, sino que, los educandos tienen una serie de experiencias y conocimientos que afectan su aprendizaje y pueden ser aprovechados para su beneficio.

Ausubel resume este hecho en el epígrafe de su obra de la siguiente manera: "Si tuviese que reducir toda la psicología educativa a un solo principio, enunciaría este: El factor más importante que influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya sabe" (Ausubel, 1983).

2.4.7 Teoría Humanista

Rogers denominó a su enfoque «Psicoterapia centrada en el cliente» asociada con la Psicología Humanista, que dignifica y valora el esfuerzo de la persona por desarrollar sus potencialidades.

Este enfoque tiene elementos comunes con la visión Holística y Fenomenológica de la Gestalt, de la Experiencial (Gendlin) y del enfoque Existencial.

Las ventajas y alcances de este enfoque son:

- *Evita la tradición diagnóstica en lo referente al empleo de pruebas y a la categorización de los desórdenes mentales.*
- *Evita el lenguaje esotérico utilizando conceptos con referentes directamente observables en la experiencia.*
- *Evita el profesionalismo tecnicista, lo que hace que el terapeuta no dependa de su grado académico o de su identidad profesional sino de sus calidades y cualidades personales y de sus actitudes hacia el consultante.*

Las limitaciones de este enfoque muestran que su empleo puede ser difícil en medios socioeconómicos en desventaja. Sin embargo, algunos estudios muestran lo contrario.

Este enfoque se ha empleado en una gama amplia de problemas que va desde conflictos escolares hasta la esquizofrenia. Los principios teóricos se han aplicado exitosamente en educación, entrenamiento y desarrollo organizacional. Es un enfoque con gran aceptación en diferentes contextos socioculturales (Pezzano, 2001).

2.5 EL CAMPO DE ACCIÓN DE EDUCADOR PARA LA SALUD

Para la Organización Mundial de la Salud, la Educación para la Salud la define como:

“Cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”.

Desde una perspectiva holística, la salud, contempla al individuo en su totalidad, en su entorno global. Actualmente, se distinguen determinantes de la salud en cuatro grupos:

- La biología humana
- El medio ambiente
- El estilo de vida
- El sistema de asistencia sanitaria.

Factores que están interrelacionados y condicionan la salud modificándola en sentido favorable o desfavorable (OMS, 1998).

Uno de sus ámbitos de intervención es el contexto escolar, ya que los/as niños/as, adolescentes y jóvenes tienen una gran capacidad para aprender y asimilar los hábitos que les conducirán hacia un estilo de vida saludable. Aprovechar esta capacidad es el objetivo de los programas de Educación para la Salud que se desarrollan en las instituciones educativas.

Las actividades de Educación para la Salud, en la Subdirección de Apoyo a la Educación, se realizan mediante la adecuación de métodos y técnicas acordes a la edad de la población escolar a través de pláticas, asesorías o clases directa, dirigidas a los alumnos, los docentes o padres de familia (OMS, 1998).

En México, la Ley General de Salud, dentro del Capítulo II, específicamente en el Artículo 112, nos muestra que la Educación para la Salud tiene por objeto:

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, además de 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 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.

Para la Universidad Autónoma del Estado de México el Licenciado en Educación para la Salud es un profesional universitario altamente calificado que está formado a partir de un visión y misión de trabajo en grupos interdisciplinarios, ya que se sostiene en una formación de calidad bajo una perspectiva multidisciplinaria, que lo posibilita a proyectar un bienestar social, a desarrollar una capacidad de atención a las áreas de educación, antropología social, cultura, medicina preventiva, etc. La Licenciatura en Educación para la Salud, se enfoca en el conocimiento y análisis de los procesos de diagnóstico de enfermedades o brotes epidemiológicos que puedan afectar a una comunidad o a varias de ellas situadas en una microregión específica. Central en el programa de la licenciatura es la enseñanza de metodologías de trabajo que favorezcan el reconocimiento de los saberes, experiencias, prácticas, hábitos y costumbres comunitarias que influyan o no en la formación de estilos de vida saludables, para a partir de ahí, iniciar procesos comunitarios de educación para la salud (UAEM, 2007).

2.6 APORTACIONES DE INVESTIGADORES AL CAMPO TEÓRICO

Para la realización de esta investigación retomamos diversos autores que hablan acerca de los embarazos adolescentes o a temprana edad, ya que la información que brindan sus investigaciones nos han sido de gran utilidad, para tener un mayor panorama sobre la población con la que trabajamos. Vemos a continuación algunos de ellos.

En el año 2006 Urbina, Claudia y Pacheco, realizaron un estudio descriptivo sobre los embarazos adolescentes en Lima, Perú. Con el objetivo de describir las características clínicas y las complicaciones que ocurren durante un embarazo en

edad menor de 19 años, ya que son las que sufren mayores riesgos. Para ello se revisaron registros de hospitalizaciones, historias clínicas y registros del sistema de vigilancia maternoperinatal. Se dividieron a las adolescentes en dos grupos, las de 17 años o menos y las de 18 a 19 años. Los resultados arrojaron que entre el periodo de 2000 a 2004 hubo 36, 148 nacimientos, de ellos 455 nacimientos lo fueron de 443 gestantes adolescentes, con una edad promedio de 18,3 años. Se concluyó que las adolescentes que están embarazadas se encuentran expuestas a diversos peligros para ella y el producto, como puede ser violencia, rechazo, abandono escolar, y casos extremos la muerte materna.

Con el objetivo de determinar los diferentes niveles de depresión que sufren las jóvenes en estado de gestación, Patricia Martínez Lanz y K. Romano Wayse (2009) llevaron a cabo una investigación sobre La depresión en adolescentes embarazadas. Llevado a cabo con 100 mujeres las cuales eran menores de 18 años y 50 más eran mayores de edad. Los resultados indicaron que las adolescentes que no tenían una relación de pareja desarrollaron depresión grave, relacionada con otros factores como económicos y laborales, se concluye que para muchas mujeres el embarazo es una etapa sumamente satisfactoria, sin embargo, para otras puede significar un periodo de angustia y depresión difícil de sobrellevar.

En 2010 Ma. Sobeida L. Blázquez-Morales, Irma Aída Torres-Férman, Patricia Pavón-León, Ma. Del Carmen Gogeochea-Trejo, Carlos R. Blázquez-Domínguez, realizaron un estudio sobre los estilos de vida en embarazadas adolescentes, ya que de ellos dependen los riesgos a los que puedan estar expuestas y condicionen las posibilidades de enfermar. El objetivo de dicha investigación fue identificar los estilos de vida en un grupo de adolescentes embarazadas, en donde participaron 30 adolescentes que acudían a consulta externa de control prenatal de un hospital y se aplicó un cuestionario denominado “Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud” para evaluar sus estilos de vida. El resultado fue que el 60% de las adolescentes manifestaron estilos de vida

no saludables y 40% estilos de vida saludables, por lo que se pudo concluir que poco menos de la mitad de las personas estudiadas no tienen información sobre temas de salud, menos de la mitad no lleva a cabo acciones de responsabilidad con su salud, no realiza activación física y tampoco tiene una alimentación adecuada.

En 2010 Contreras-Pulache, Hans; Mori-Quispe, Elizabeth; Hinostroza-Camposano, Willy D.; Yancachajilla-Apaza, Maribel; Lam-Figueroa, Nelly; Chacón-Torrice, Horacio, hicieron un estudio en Lima, Perú, sobre la violencia durante el embarazo adolescente. En donde realizaron una entrevista semiestructurada, abordando las diversas formas de violencia. Esto con el objetivo de determinar las características de la violencia durante la adolescencia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Los resultados que se obtuvieron muestran que el motivo del embarazo fue por relación consentida en un 97.3% de las mujeres y por violación sexual en el 2.7%. Concluyendo que la violencia en el embarazo no es un hecho aislado, sino que es altamente frecuente en cualquiera de sus formas.

Jorge Luis Calero y Felipe Santana (2001), realizaron una investigación sobre la percepción de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto, con el objetivo de determinar sus percepciones sobre el tema y que fuentes de información pudieron influir en la formación de estas percepciones. La investigación estuvo conformada por 399 adolescentes de ambos sexos y estudiantes de secundarias básicas en la Ciudad de la Habana. Dando como resultado que el 78.9% alguna vez, tuvieron una charla sobre educación sexual, estas fueron impartidas en su mayoría por maestros (66.6%), por psicólogos (26.9%) y por médicos (23.3%). El resto de los adolescentes lo recibieron por educadores para la salud, enfermeras y otras personas. El 63.3% de los varón mencionaron que el aborto es riesgoso para la salud y un 78.1% de las mujeres. Se concluye que existen diferencias significativas en cuanto a las percepciones de los jóvenes, tanto de los riesgos para salud, el inicio de la sexualidad y el aborto.

En el 2003 en Guantánamo Cuba, Oscar Soto Martínez, Anelys Franco Bonal, Arlene Franco Bonal, Jorge Silva Valido y George A. Velázquez Zúñiga realizaron un estudio de casos y controles con el propósito de identificar los factores de riesgo sobre los conocimientos sexuales y el embarazo en la adolescencia. Se estudiaron a todas las pacientes (37) con edades entre 12 y 19 años, pertenecientes al Policlínico "Emilio Daudinot", embarazadas en el año 1998 (casos) y 37 adolescentes (controles) que nunca han estado embarazadas, de igual área de salud y edades que los casos. El resultado fue que es 7 veces más probable un embarazo en una adolescente con desconocimiento de esta edad óptima, que aquellas que tenían algún conocimiento. Se concluyó que es necesario un núcleo familiar que oriente sobre la sexualidad, creando una mayor relación entre los padres y los hijos. En la escuela se tiene incrementar la educación sexual y enseñar los métodos de planificación familiar, lo negativo de los embarazos en la adolescencia, y las secuelas que pueden acarrear las enfermedades de transmisión sexual.

Con el objetivo de identificar que el embarazo a edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial, La organización Panamericana de Salud realizó una investigación sobre el embarazo en la adolescente precoz (1998). Se hizo un censo en relación con la edad y se encontró que 229 de las adolescentes tenían 14 años, 41 tenían 13, nueve tenían 12, dos tenían 11 y tres de ellas 10 años. Como era de esperar, la gran mayoría de ellas (94%) eran solteras. Entre los controles, la edad se distribuyó más uniformemente, con 77 de 24 años, 56 de 20 y el resto entre esos dos extremos. Los resultados de este estudio indican que el embarazo en adolescentes de 14 años y menores es de alto riesgo porque suelen acompañarlo la principalidad, una situación socioeconómica desfavorable que conduce a la desnutrición y la anemia, un desarrollo insuficiente, falta de control prenatal y viviendas inadecuadas, donde a menudo hay hacinamiento, promiscuidad y a veces incesto. Para concluir con la investigación, se debe reducir el problema, la

autora recomienda dar atención médica integral; educar a padres, maestros y adolescentes; capacitar a los educadores para que organicen programas de educación sexual y crear centros con programas especiales para adolescentes.

Se realizó una investigación sobre el embarazo adolescente y su deserción escolar, por los investigadores Marta Molina S, Cristina Ferrada N, Ruth Pérez, Luis Cid S, Víctor Casanueva E, Apolinaria García, Rev Méd en Chile 2004. Su objetivo es demostrar como la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar. Para la determinación del tamaño de la muestra a analizar, se consideró que el número de embarazadas adolescentes en un período fijo de tiempo, es un proceso de naturaleza estocástica. Como resultado se obtuvo de 100% de las adolescentes estudiadas, el 60% desertaron durante el embarazo, el 40% restante ya había desertado del sistema escolar previo al embarazo. De tal forma se concluyó que la deserción escolar en las adolescentes no solamente ocurre durante el embarazo, sino también, en un porcentaje importante (40%) antes del embarazo. Sin embargo, sólo el grupo de adolescentes que deserta durante el embarazo ha sido identificado por las instituciones y organismos gubernamentales y no gubernamentales.

Los autores Aláez, Máximo, Madrid, Juan, Antona, , Alfonso en el 2003, realizaron una investigación en Adolescencia y salud el Papel del Psicólogo , con el objetivo de identificar las problemática que sufren los adolescentes, realizaron una investigación que se dividio por rubros en los cuales atraviesan los adolescentes de depresión, estrés salud mental entre otras. Como resultados obtenidos se observó que se debe a cambios biológicos y situaciones que se enfrentan a su diario vivir a esta etapa, pues también están sujetos a cambios de ánimo pues bilógicamente su cuerpo está sufriendo una serie de cambios muy marcados, como físico y psicológico. Por eso se detectaron las conductas que se tenían de los adolescentes para ver cuales podían influir a su salud, en conclusión de debe

fortalecer los lazos familiares para apoyar en los adolescentes en estas etapas de riesgo para su salud.

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

El desarrollo de esta investigación, se logró llevar a cabo, mediante los siguientes rubros.

3.1 Diseño de la investigación

Se realizó una investigación la cual de tipo cuanti-cualitativa, ya que se evaluó el programa de salud “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”, y con ello nos dimos cuenta sobre algunas de las causas por las que se da la problemática de los embarazo adolescentes cada vez más a temprana edad, además se obtuvieron resultados, los cuales fueron reflejados en gráficas, algunas de ellas muestran los conocimientos que tenían los adolescentes sobre algunos temas relevantes de la problemática y otras sobre la evaluación de diferentes aspectos relacionados a las sesiones impartidas, esto con el apoyo de diversos instrumentos de evaluación sobre conocimientos del tema, material y aportaciones didácticas. Esta investigación es de tipo transversal ya que la intervención que se realizó fue en una población determinada y en un momento del tiempo.

3.1.1 Ubicación de la investigación

La investigación se realizó en una Preparatoria Oficial ubicada en el Municipio de Nezahualcóyotl en el Estado de México.

3.1.2 Sujetos de estudio

Los adolescentes que participaron en la investigación fueron estudiantes de esa Preparatoria Oficial, tanto del sexo femenino como del masculino, con un rango de edad entre 17 a 19 años.

3.1.3 Universo de trabajo

Estudiantes de la Preparatoria Oficial seleccionada

3.1.4 Muestra

28 alumnos de un grupo que se encontraban cursando el tercer año de preparatoria del turno matutino.

3.2 Criterios de selección

Se tomaron en cuenta dos aspectos para la selección de los adolescentes que participaron en la investigación, los cuales se describen a continuación:

3.2.1 Inclusión

Adolescentes de un grupo que se encontraron cursando el tercer año de la preparatoria, en el turno matutino que aceptaron participar en la investigación.

3.2.2 Exclusión

No se consideraron a los adolescentes de primero y segundo año de la preparatoria del turno matutino, ni los grupos restantes de tercero del mismo turno. Tampoco se incluyó a ningún grupo del turno vespertino.

3.3 Trabajo de campo

Para la correcta realización de esta investigación, el trabajo en campo, constó de dos etapas:

3.3.1 Gestión

En esta primera etapa de trabajo de campo se acudió a la Preparatoria Oficial a pedir permiso con el director del plantel para poder dar inicio con la aplicación del programa de salud, esto con un oficio de presentación (Anexo 1).

Se presentó ante el Director de la Preparatoria Oficial el Programa de Salud, que se llevaría a cabo ante el grupo, el cual constaba de 5 sesiones educativas, las cuales eran: Sexualidad sin tabúes (sesión 1), Aspiraciones en la vida: cambios en el embarazo (sesión 2), Métodos anticonceptivos (sesión 3), Consecuencias de un embarazo adolescentes (sesión 4) y El aborto (sesión 5). Sin embargo, la institución educativa, pidió que solo se implementaran la sesión 1 y 2, ya que para ellos eran más relevantes para el conocimiento de los adolescentes.

Después de esto, se realizó un consentimiento informado por escrito para que los adolescentes que así lo quisieran, dieran su autorización para participar en la investigación (Anexo 2).

3.4 Recopilación de la información:

- Para cumplir el objetivo específico *Implementar el programa de salud para ayudar a contribuir a la disminución del embarazo adolescente*, se acudió a la Preparatoria Oficial, en la cual, una vez con la autorización del director de la institución, pasamos con el grupo en el cual se implementó el programa, al conocer a los adolescentes se les explicó el objetivo de las sesiones que se llevarían a cabo y los temas que serían impartidos. Se llevaron a cabo dos sesiones educativas, una sesión cada semana y con una duración de 60 minutos cada una, la primera de ellas referente a sexualidad sin tabúes y la segunda sesión con el tema de aspiraciones en la vida: cambios en el embarazo (Anexo 3).
- Para cumplir el objetivo específico *Determinar el cumplimiento de los objetivos educativos del programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”*, se llevaron a cabo dos sesiones educativas con la finalidad de concientizar a los adolescentes sobre los mitos y tabúes referentes a la sexualidad y generar motivación en los adolescentes a ampliar aspiraciones personales alargando así el momento en que vivan la maternidad.
- Para cumplir el objetivo específico *Evaluar las estrategias didácticas del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”*, se utilizó una rúbrica evaluativa (Anexo 5) emitida por la Secretaría de Educación Pública en el 2011, con la cual supimos la calidad de las sesiones educativas impartidas a los adolescentes, evaluando los siguientes indicadores, las cuales se describen a continuación:
- *Dominio del contenido: precisión en el manejo de la información y manejo de los conceptos y argumentos sobresalientes.*

- *Coherencia y organización del contenido: forma en que se organiza la información para ser presentada a la audiencia, donde se incluye una introducción, desarrollo, y conclusiones del tema. También se incluye coherencia y la lógica con que se expone la información en su conjunto.*
- *Aportaciones propias: aportaciones que enriquecen y clarifican la información y que no proceden textualmente del material consultado. Entre las aportaciones se encuentran los ejemplos propuestos por los estudiantes y su consiguiente relación con el tema, también se incluyen organizadores gráficos de diseño propio (mapas conceptuales, esquemas, líneas de tiempo, constelación de palabras, cuadros y demás diagramas) que dan cuenta de su capacidad de síntesis.*
- *Uso de apoyos didácticos: preparación de materiales (diapositivas, rotafolios, etc.) para apoyar su exposición con determinadas características que permitan a la audiencia su consulta. También se refiere a la forma en que se utiliza el material para apoyar la exposición.*
- *Habilidades expositivas: se refiere a la capacidad que muestran las y los estudiantes para mantener el interés de la audiencia por medio de la articulación de las palabras, el volumen de voz, el contacto visual con la audiencia y el respeto por el tiempo de exposición.*

Una escala de clasificación nos ayuda a identificar si se presenta o no determinado atributo. Proporciona un continuo con cuatro opciones para ponderar la frecuencia en que se presenta, donde cada opción tiene un valor específico. Para mostrar una escala de clasificación se retoman cinco indicadores con sus catorce atributos, utilizados en la tabla de cotejo. Para esta rúbrica se decidió considerar cuatro opciones: “no se muestra el desempeño” (cuyo valor es cero debido a la ausencia), “rara vez se presenta el desempeño” (con valor de un punto), “generalmente se presenta el atributo” (con valor de dos puntos) y “siempre se presenta el atributo” (con valor de tres puntos). En la siguiente imagen se presenta el ejemplo de una escala de clasificación para evaluar una exposición oral (Secretaría de Educación, 2011).

En esta escala de clasificación es posible obtener un total máximo de cuarenta y dos puntos debido a que la escala se compone de catorce atributos con un valor máximo de tres puntos [$14 \times 3 = 42$], mientras que la puntuación mínima es cero. Para obtener los niveles de desempeño es necesario obtener primero los rangos. Se divide el puntaje total posible entre cuatro opciones de respuesta (que representan los niveles de desempeño utilizados) y se obtiene como resultado 10.5 [$42 \div 4 = 10.5$], esto significa que se tienen que establecer rangos con un valor de 10.5, pero la escala sólo permite obtener números enteros, así que el valor debe redondearse y en tal caso, los rangos ya no serán iguales. En el ejemplo que sigue, se decidió mantener los tres primeros niveles de desempeño con un rango de once unidades y el último de diez. Así, los cuatro niveles de desempeño quedan designados de la siguiente manera: Nivel Deficiente entre 0 y 10 puntos, nivel Regular entre 11 y 21 puntos, nivel Bueno entre 22 y 32 puntos y nivel Excelente entre 33 y 42 puntos (Secretaría de Educación, 2011).

- Para cumplir el objetivo específico *Evaluar el material didáctico del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”* los adolescentes llenaron una rúbrica (Anexo 6) de formato APA para saber la calidad y el grado de eficacia del material didáctico que se utilizó, en las cuales se evaluó la estructura y organización, destinatario, enfoque didáctico, aspecto gráfico, actividades y evaluación. A continuación se explica la importancia de algunos de los indicadores mencionados anteriormente (Nérici, s.f).

Para que el material didáctico, sea realmente eficaz, debe ser adecuado al asunto de la clase, fácil de aprender y manejar y estar en perfectas condiciones de funcionamiento, sobre todo tratándose de aparatos electrónicos, pues nada distrae más al alumnado que retrasos en la sesión por estos factores perjudican la marcha normal de la clase provocando situaciones de indisciplina (Nérici, s.f).

Existe diferente material didáctico que puede ser utilizado como apoyo en las clases, como por ejemplo libros, pizarrón, material audiovisual, carteles y otras dinámicas que pueden ser interesantes para el alumno como experiencias directas, teniendo contacto con la situación o experiencias simuladas utilizando otros medios o materiales que nos puedan aproximar a la realidad de la situación de la cual se hable y dramatizaciones la cual consiste en representar un hecho o fenómeno (Nérici, s.f).

Es importante tener en cuenta algunos aspectos que son decisivos para la eficiencia del material didáctico, como por ejemplo el color, ya que estos deben ser escogidos de manera que se combinen y no constituyan conjuntos desagradables y difíciles de distinguir, además de que la eficacia en la transmisión de un mensaje puede aumentar o disminuir según el color adoptado para transmitirlo. También se debe tomar en cuenta el tamaño de los objetos, imágenes, letras o palabras que se mostrarán ante los alumnos (Nérici, s.f).

- Para cumplir el objetivo específico *“Proponer un programa de salud, basado en Educación sexual para el fortalecimiento del programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”*, se detectaron las necesidades de los adolescentes para saber cuáles eran los temas en los que eran más vulnerables, por medio de un cuestionario enfocado a métodos anticonceptivos y educación sexual (Anexo 4) y por lo tanto realizar sesiones educativas sobre temas de métodos anticonceptivos, consecuencias de un embarazo adolescente y el aborto (Anexo 7).

3.5 Instrumento recolector

Para evaluar el grado de conocimientos que tenían los adolescentes sobre temas relevantes relacionados a esta problemática se utilizó un instrumento validador de conocimientos (Anexo 4), el cual constó de 20 preguntas. En la primera parte

las preguntas estuvieron relacionadas a los métodos anticonceptivos y en la segunda parte relacionadas con educación sexual (Anexo 3). El instrumento tuvo una “Validación por expertos”.

3.6 Análisis presentación de resultados

Se utilizó el programa de Excel para la recopilación de los datos obtenidos sobre las diversas rubricas que se utilizaron para evaluar y determinar el cumplimiento de los objetivos de la investigación. De la información capturada, se realizó una gráfica por cada una de las preguntas, por lo que la presentación de los resultados se hizo con medidas de tendencia central. También se elaboró el análisis de cada una de ellas para la obtención de los resultados de la presente investigación

3.7 Limitaciones de la investigación

Algunas de las limitaciones que se encontraron para el desarrollo de la investigación fue que la aplicación solo se llevó a cabo en una sola escuela y solamente en un grupo.

Otra de las limitaciones fue que el programa propuesto “SEXUALIDAD RESPONSABLE: UNA VIDA MAS PLENA Y FELIZ” no pudo llevarse a la implementación y por lo tanto a una evaluación de su eficacia. Por lo que puede servir de invitación a otros compañeros o las mismas investigadoras para dar continuidad a dicha propuesta

3.8 Aspectos éticos de la investigación

Es importante conocer los aspectos éticos que conllevan una investigación para tener en cuenta los derechos humanos y por lo tanto como se debe de intervenir

de una manera adecuada y así poder conservar una postura ética adecuada y respetando siempre al individuo que participa en una investigación.

3.8.1 Código Nüremberg

El código de Nüremberg trata de la obligación que se tiene para dar un consentimiento informado, y que se cumplan los derechos de autonomía decidiendo si se quiere o no hacer la intervención.

El Código de Nüremberg fue publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Nüremberg (agosto 1945 a octubre 1946), en el que junto con la jerarquía nazi, resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos. Dicho documento tiene el mérito de ser el primero que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente (Comisión Nacional de Bioética, 1947).

3.6.2 Declaración de Helsinki

La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos. Esta debe proclamar y proteger los derechos y deberes en cuanto a la protección y defensa de la vida y la dignidad humana. Se aplica por medio de normas, códigos y aclaraciones que perfilan los temas de ética biomédica que se refieren a las relaciones de los médicos y sus pacientes (Mazzanti, Ruggiero, 2011).

3.8.3 Pautas éticas internacionales

- Justificación ética y validez científica de la investigación biomédica en seres humanos.
- Comités de evaluación ética.

- Evaluación ética de la investigación patrocinada externamente.
- Consentimiento informado individual.
- Obtención del consentimiento informado: Información esencial para potenciales sujetos de investigación.
- Obtención de consentimiento informado: Obligaciones de patrocinadores e investigadores.
- Incentivos para participar en una investigación.
- Beneficios y riesgos de participar en un estudio.
- Limitaciones especiales del riesgo cuando se investiga en individuos incapaces de dar consentimiento informado.
- Investigación en poblaciones y comunidades con recursos limitados
- Elección del control en ensayos clínicos.
- Distribución equitativa de cargas y beneficios en la selección de grupos de sujetos en la investigación.
- Investigación en que participan personas vulnerables.
- Investigación en que participan niños.
- Investigación en que participan individuos cuyos trastornos mentales o conductuales los incapacitan para dar adecuadamente consentimiento informado.
- Las mujeres como sujetos de investigación.
- Mujeres embarazadas como sujetos de investigación.
- Protección de la confidencialidad.
- Derecho a tratamiento y compensación de sujetos perjudicados.
- Fortalecimiento de la capacidad de evaluación ética y científica y de la investigación biomédica.
- Obligación ética de los patrocinadores externos de proporcionar servicios para la atención de salud (OMS, 2002).

3.8.4 Investigación en Salud

En México estas aportaciones se han expresado en documentos rectores como la Ley General de Salud; Título quinto; Capítulo Único, nos habla acerca de la Investigación para la Salud. Y tomando lo más relevante de este apartado podemos destacar los siguientes artículos.

El Artículo 96, muestra que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;*
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;*
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;*
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;*
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y*
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.*

El Artículo 100, habla sobre la investigación en seres humanos, y que esta debe desarrollarse bajo las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;*
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;*
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;*
- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal*

de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

En cumplimiento de todo lo anterior y para desarrollar la presente investigación, se redactó el Consentimiento Informado por Escrito (Anexo 2).

CAPITULO 4. RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados que se obtuvieron, los cuales están organizados de acuerdo a los objetivos específicos.

Implementar el programa de salud para ayudar a contribuir a la disminución del embarazo adolescente

La primera sesión impartida a los adolescentes, fue acerca de los mitos y tabúes que la mayoría de la población tiene en torno a la sexualidad. Nos apoyamos de un cartel como material, donde estaban escritos algunos mitos y tabúes de la sexualidad. Fue una clase muy dinámica y práctica pues comenzamos dando la introducción de nuestro tema y preguntando si los adolescentes sabían la diferencia entre el concepto de mito y tabú, algunos de ellos daban sus puntos de vista, y algunos creían que estos conceptos se referían a lo mismo, pues la mayoría desconocía el significado de cada uno.

Así que comenzamos aclarando la diferencia entre mito y tabú, cuando esto quedo claro le pedimos a los adolescentes que nos compartieran algunos mitos y tabúes que habían escuchado y la opinión que ellos tenían sobre lo que habían mencionado, algunas veces, también intervenían otros chicos para tener una retroalimentación entre el mismo grupo, conforme esto pasaba, nosotras íbamos desmintiendo o aclarando las inquietudes que surgían de los adolescentes.

Después de que algunos jóvenes compartieron sobre un mito o tabú que habían escuchado, nosotras les mencionábamos algunos ejemplo de estos, y ellos nos tenían que decir si era un mito o tabú y porque, de igual forma se le daba la palabra a otros jóvenes que quieran participar o dar su punto de vista sobre lo que se había mencionado.

En esta clase los adolescentes estaban muy atentos pues eran un tema que les interesaba, con esta sesión nosotras nos pudimos dar cuenta que los adolescentes tenían muchas dudas acerca de su sexualidad, también tuvimos que explicar un poco de métodos anticonceptivos, aunque no fuera el tema principal, pero teníamos que retomar un poco, ya que conforme salían dudas, estas se involucraban con los métodos anticonceptivos, pues era evidente que había mucha vulnerabilidad en esa área por que desconocían de una manera importante el uso de varios de ellos.

Al finalizar la sesión, y agradecer la atención prestada, algunos jóvenes se acercaban a preguntar dudas que en el momento de la clase les dio pena expresar, la mayoría de estas, referidas a métodos anticonceptivos.

La segunda sesión fue acerca de las aspiraciones personales y proyecto de vida de los adolescentes y cómo estas podrían cambiar o retrasarse si pasaran por un embarazo a esa edad. Esta clase no solo fue para que los adolescentes se dieran cuenta como estaba su proyecto de vida, sino que también, en caso de no tener nada en mente, era un buen momento para comenzar a realizarlo. Al comenzar la intervención les hicimos ver a los alumnos que no solo era tener un proyecto, sino que además debían mantenerlo y qué podría afectar o modificar su proyecto de vida, al enfrentar un embarazo a temprana edad. La primera actividad que se realizó fue la proyección de 2 videos relacionados con el embarazo adolescente, el primero de ellos se llamaba “¿Y si pudieras hacerlo de nuevo?” el cual trataba de la vida de una adolescente con la responsabilidad de la maternidad, y por otra parte, la vida de una adolescente sin ninguna responsabilidad de este tipo. Al terminar, se les realizó las siguientes preguntas ¿Qué pasaría si en este momento de tu vida llegara un bebé? ¿La relación con tu pareja cambiaría a partir de ese momento? ¿Cómo sería la relación con tu familia? ¿Cómo vivirían? ¿Estás preparado en todos los aspectos para afrontar una responsabilidad de esta magnitud?, después, se proyectó un segundo video llamado “Es mejor cerrar las piernas”, el cual trató acerca de una relación adolescente disfuncional debido

a una responsabilidad tan grande como es tener un hijo. Esto con la finalidad de que los jóvenes pudieran ver que un embarazo a esa edad no solo trae consigo gastos, si no problemas sociales y de pareja. Al terminar la proyección del video se hizo la misma dinámica del video anterior.

Posteriormente se seleccionaron 5 jóvenes (2 hombres y 3 mujeres) al azar, con los cuales se formaron 2 parejas y una chica quedo sola. Se plantearon diferentes situaciones a cada uno.

La situación de la pareja número 1 fue: la chica está embarazada, ambos estudian, la familia de la chica la corrió de su casa al enterarse de la noticia, la familia del chico los apoya pero la casa que habitan es pequeña en la cual tanto madre como padre laboran para mantenerla y ninguno de los dos cuentan con algún servicio de salud.

La situación de la pareja número 2 fue: los dos estudian, ella está embarazada, ninguna de las dos familias los apoyan y no cuentan con ningún servicio de salud.

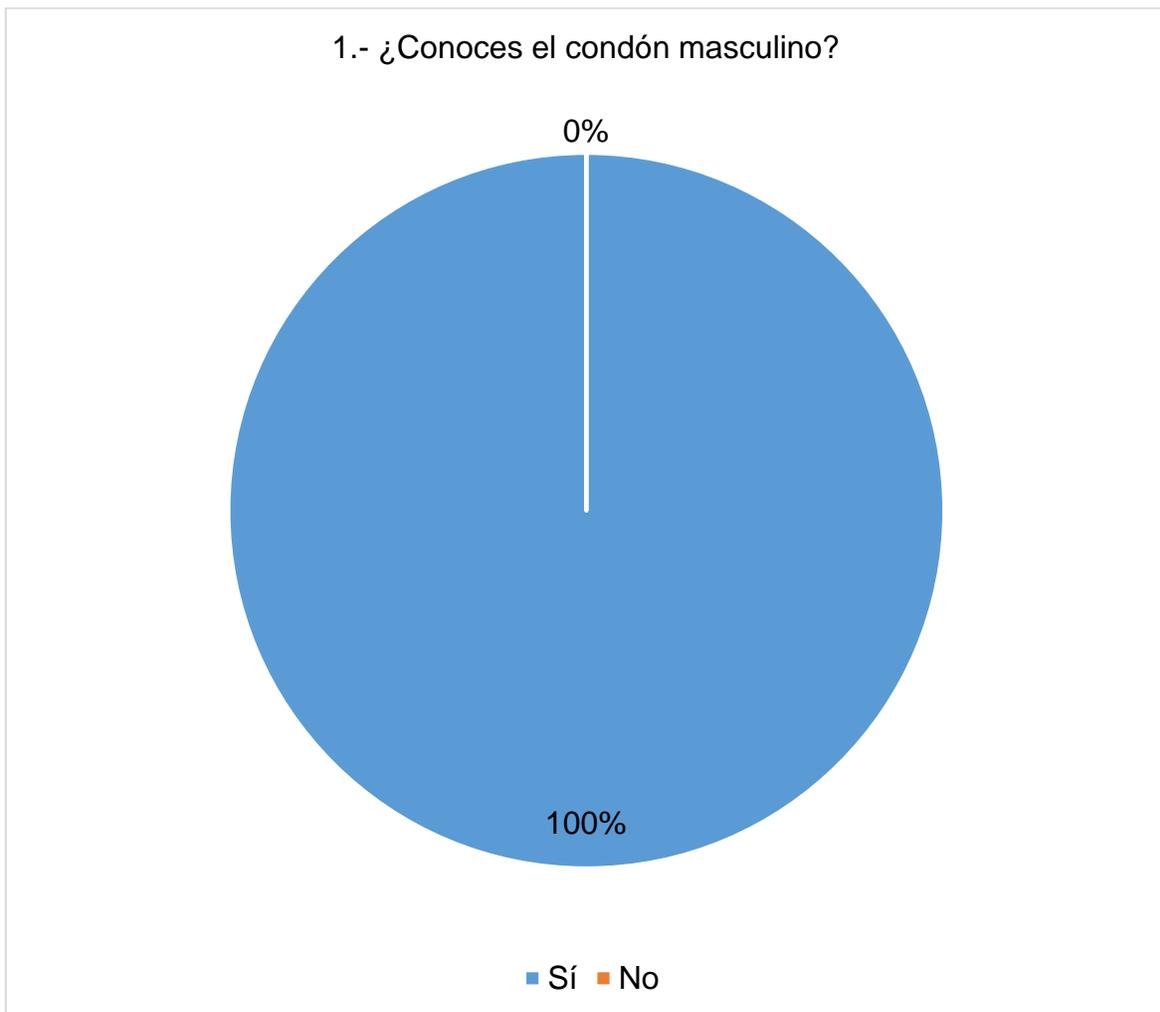
La situación de la chica sola fue: estudia, está embarazada, el padre del bebé no se quiere hacer responsable y la abandono, su familia la apoya pero la economía no permite seguir pagando la escuela y no alcanza para cubrir toda su maternidad, su padre y su madre trabajan y no cuenta con ningún servicio de salud.

Después de plantear las situaciones se les cuestiono sobre qué harían para resolverlo para lo cual se les dieron algunos minutos para que lo pensaran y platicaran. Los adolescentes nos compartieron sus soluciones permitiendo que el resto del grupo también opinara. Para dar por terminado el tema, se les oriento a los jóvenes sobre las diversas problemáticas que puede generar un embarazo precoz y como pueden evitarlo así como ejemplos sobre las cosas que podrían realizar antes de vivir esta etapa

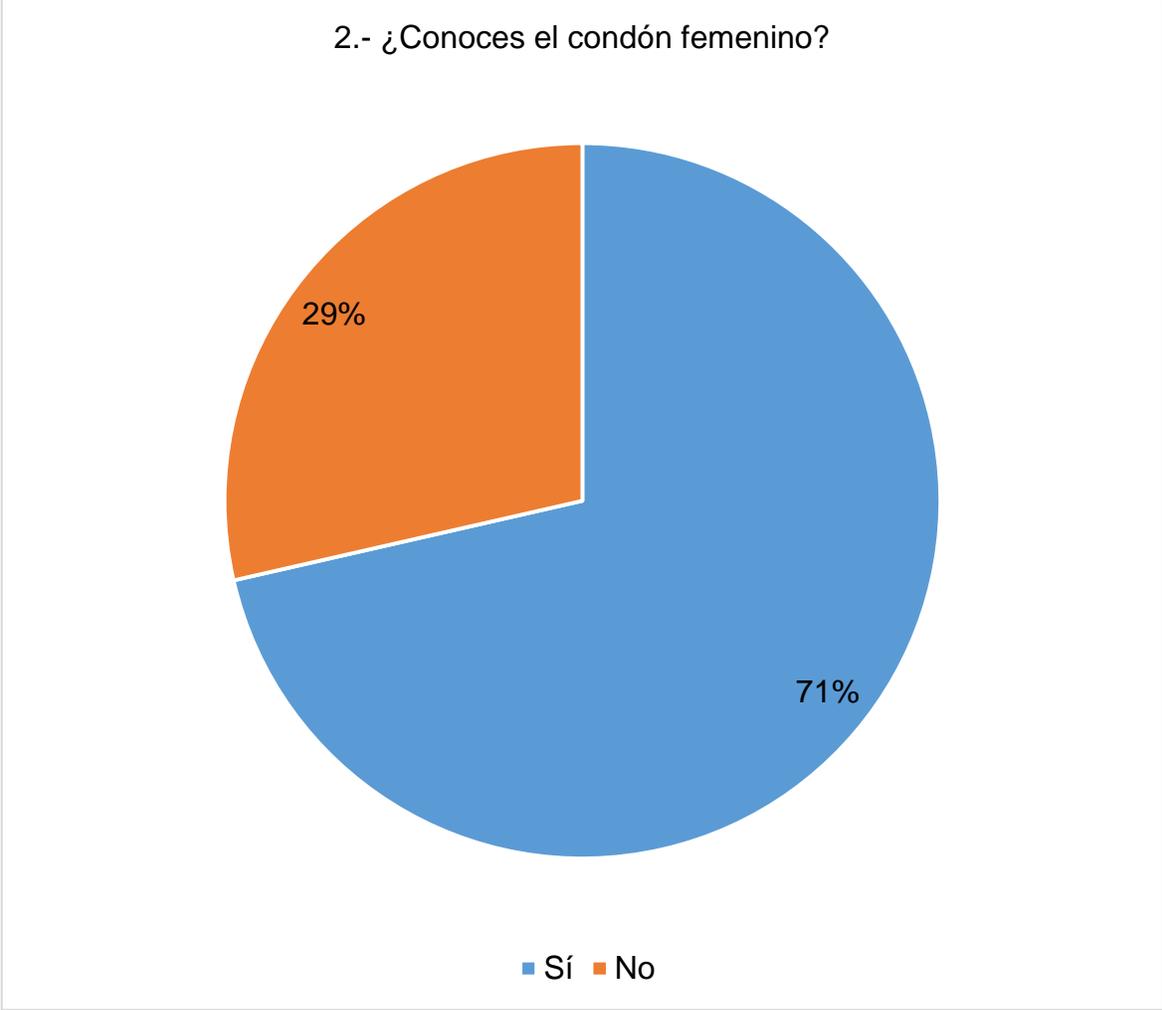
Al finalizar, los adolescentes mostraron inquietud por conocer bien los métodos anticonceptivos y cómo en la sesión anterior, algunos chicos se acercaron de manera discreta a preguntar sobre sus dudas acerca de este tema. Con esto nos pudimos dar cuenta que los adolescentes estaban muy mal en estos temas pues algunos de ellos no tenían ni idea de cómo se usaba un condón correctamente o tenían dudas, incluso una alumna nos preguntó si se podían usar el condón masculino y femenino en una relación sexual.

**Determinar el cumplimiento de los objetivos educativos del programa
“MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”**

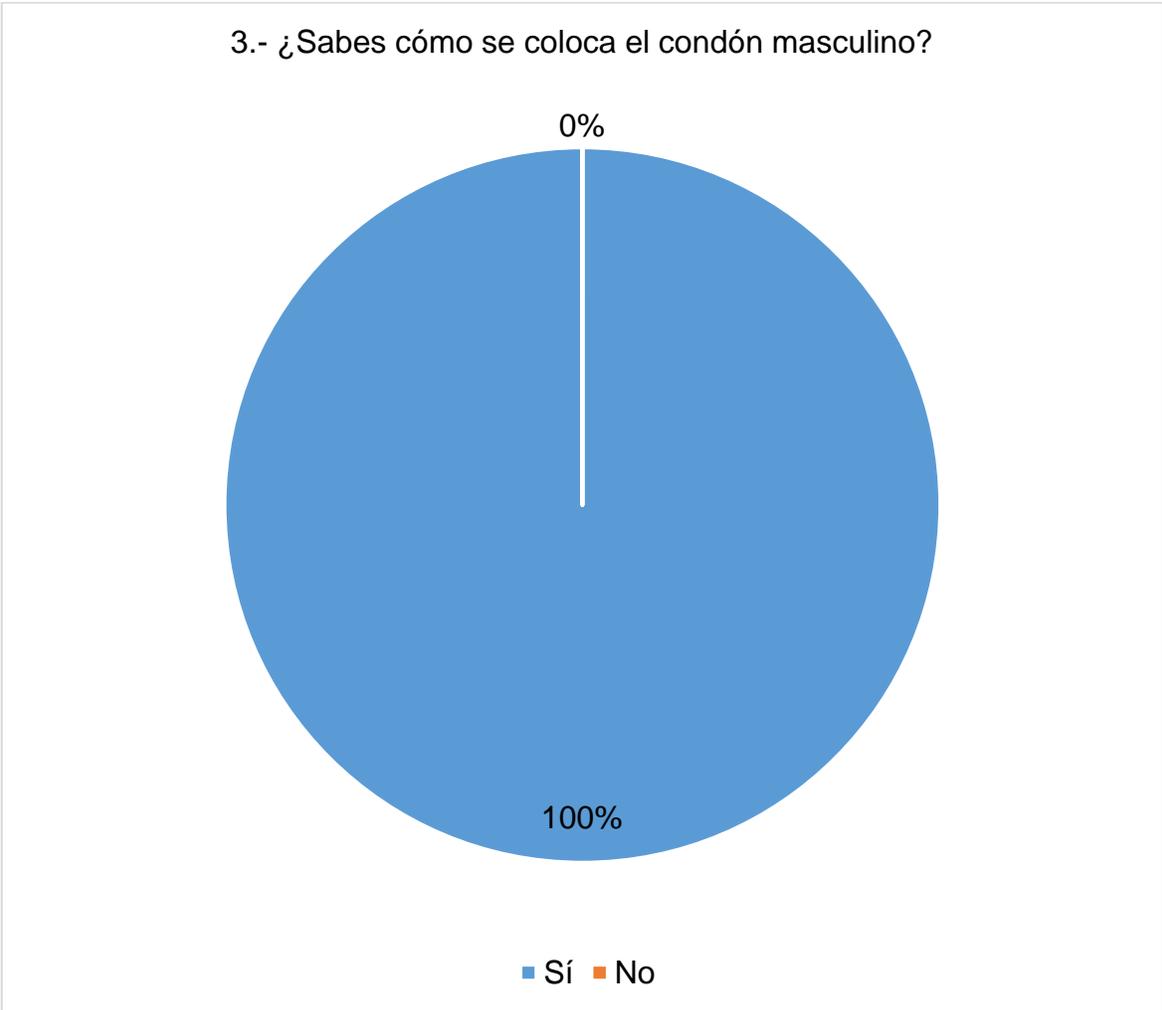
En la pregunta No. 1 ¿Conoces el condón masculino? el 100% de las personas contestaron que sí. Lo que quiere decir que hubo una respuesta unánime al contestar el instrumento.



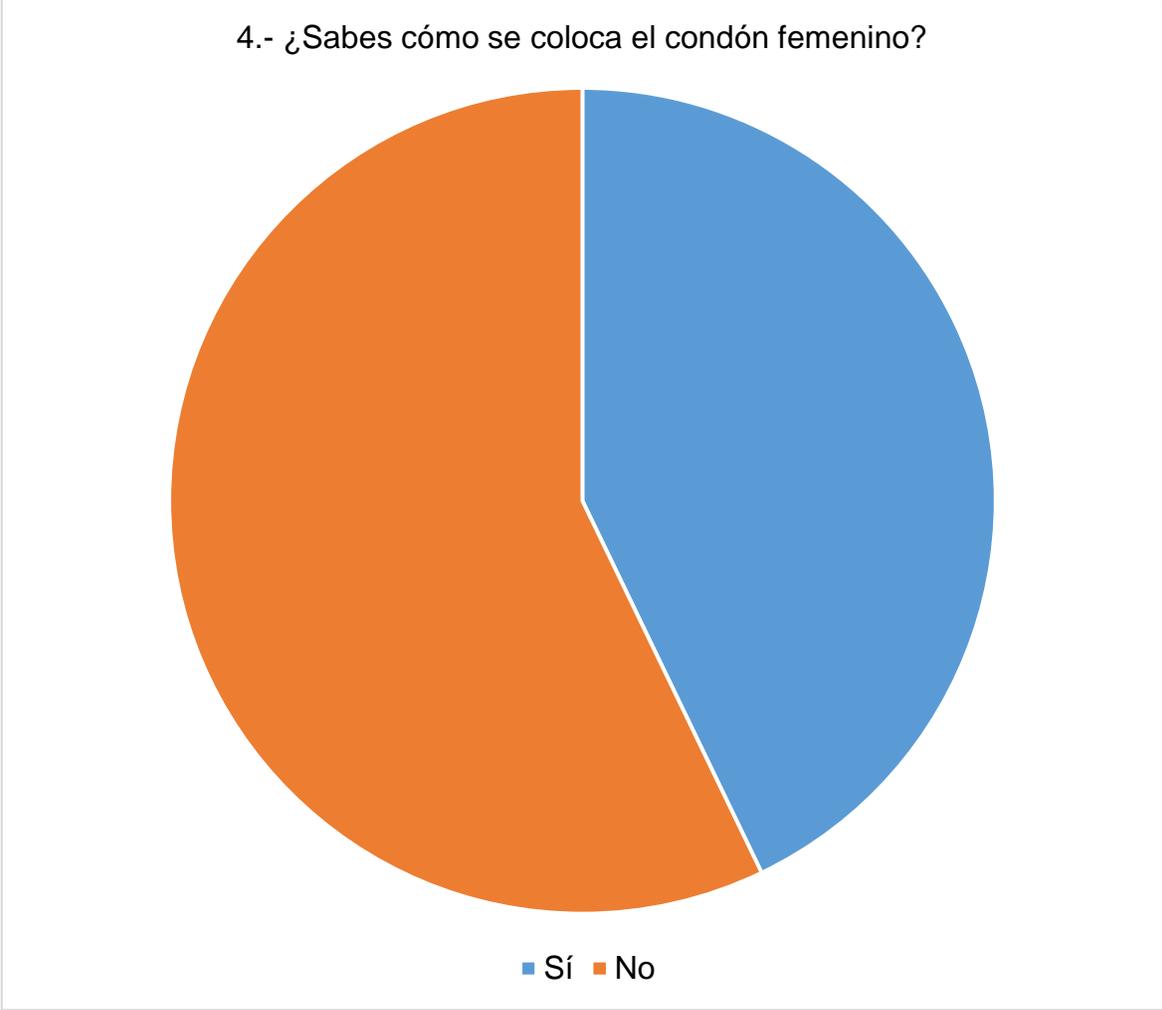
La gráfica nos muestra que en la pregunta No. 2 la cual dice, ¿Conoces el condón femenino?, 71% de las personas contestaron que sí, mientras que el 29% personas contestaron que no.



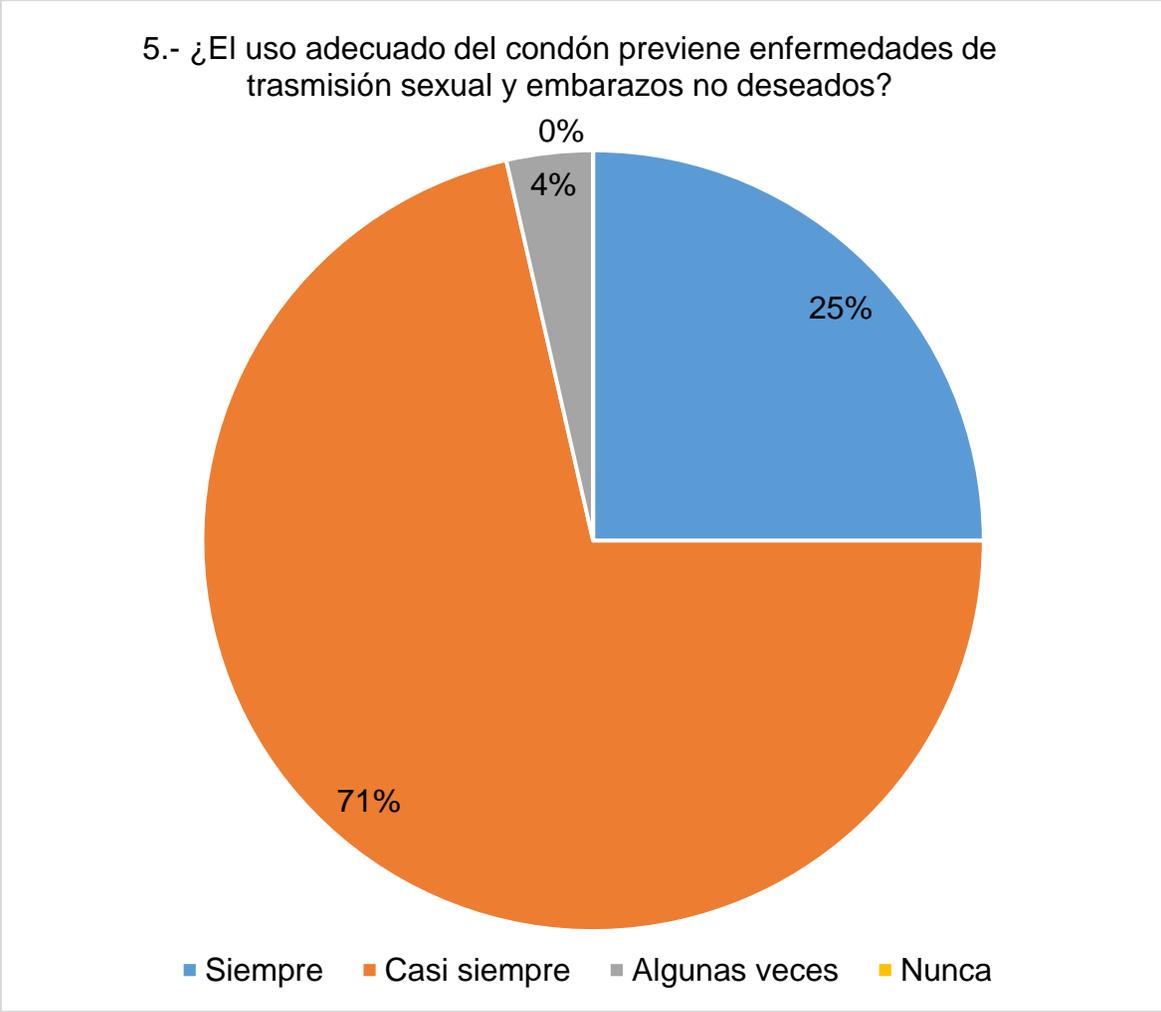
La gráfica No. 3 la cual dice, ¿Sabes cómo utilizar el condón masculino?, nos muestra que el 100% contestaron que sí.



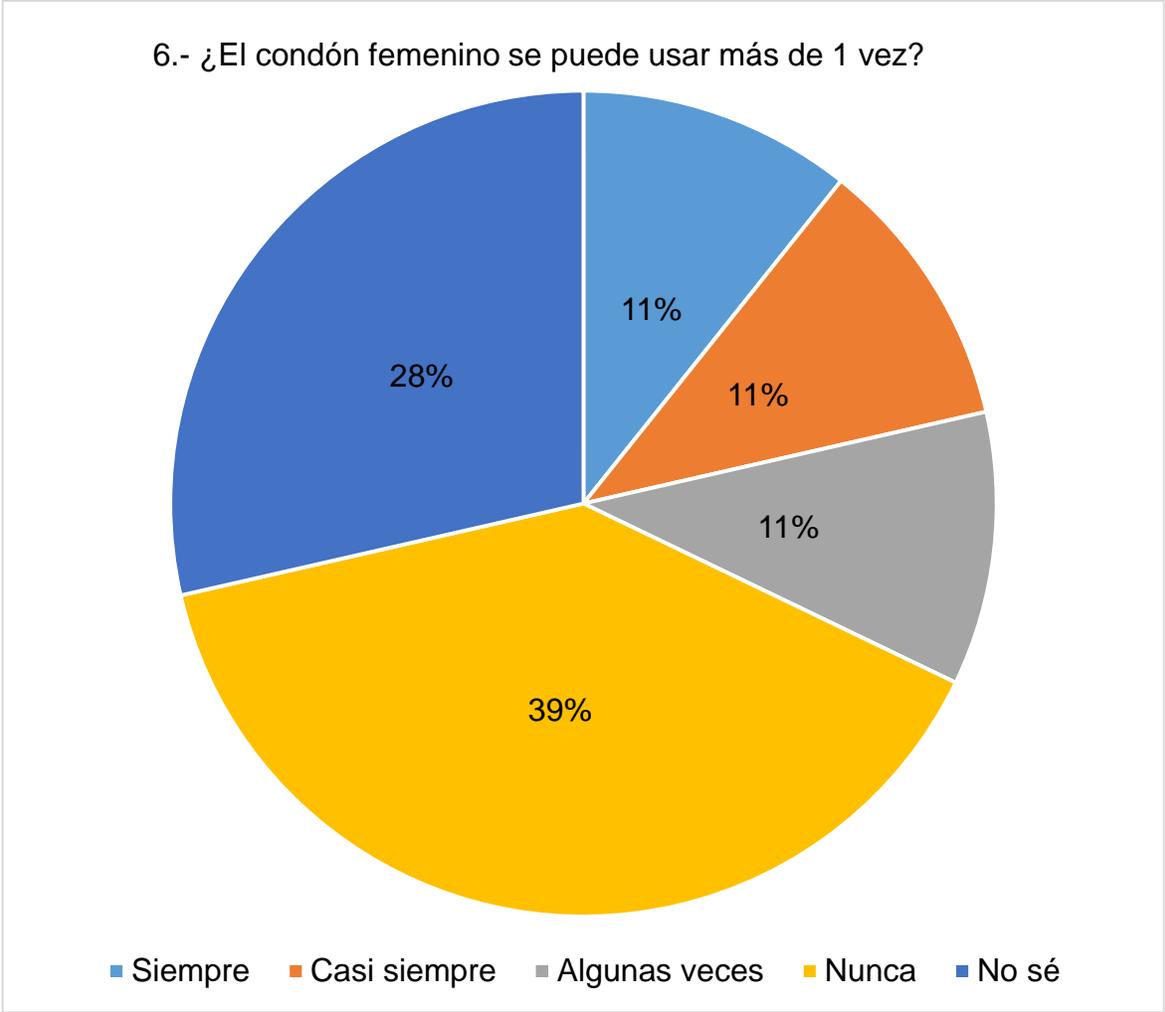
La gráfica nos arrojó que en la pregunta No. 4 la cual dice, ¿Sabes cómo utilizar el condón femenino? 43% de las personas contestaron que sí mientras, la mayoría que fueron 57% personas contesto que no.



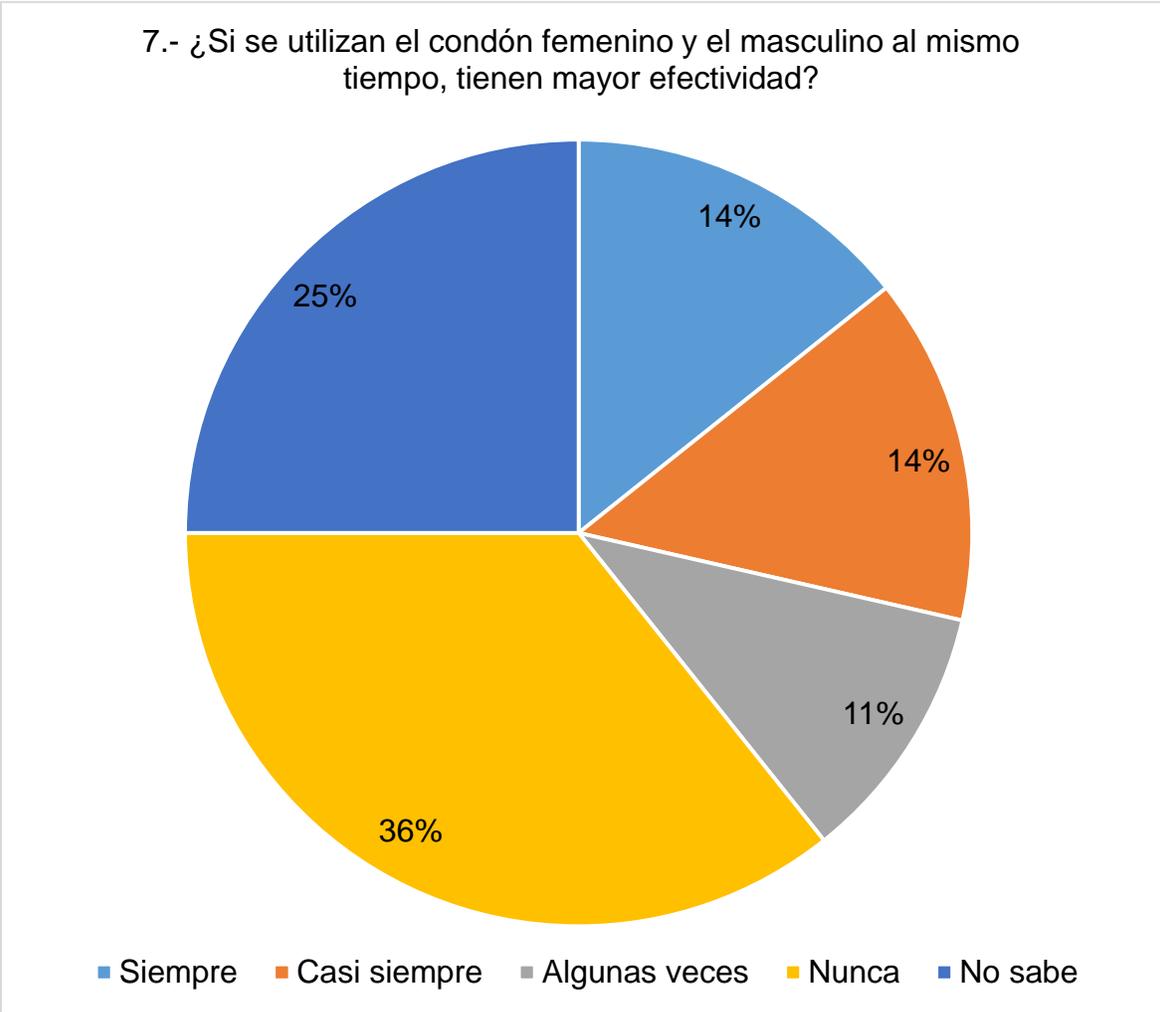
La gráfica nos muestra que en la pregunta No. 5 ¿El uso adecuado del condón previene enfermedades de trasmisión sexual y embarazos no deseados? 25% contestaron siempre mientras, 71% casi siempre, 4% algunas veces y 0% nunca



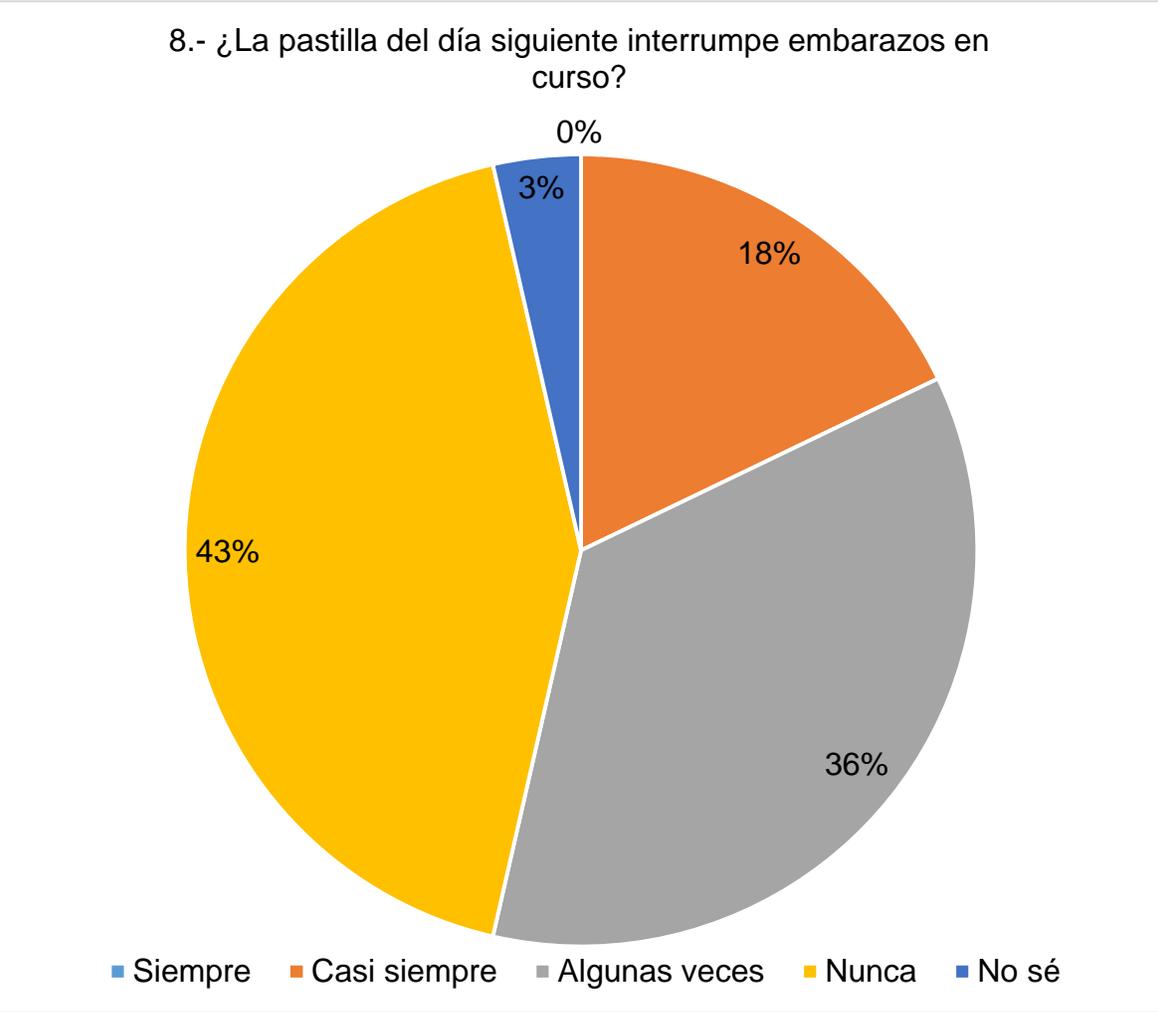
La gráfica nos da como resultado que en la pregunta No. 6 ¿El condón femenino se puede usar más de 1 vez? 11% contestaron siempre, mientras 11% casi siempre, 11% algunas veces y 39% nunca y 28% personas dijeron que no lo sabían



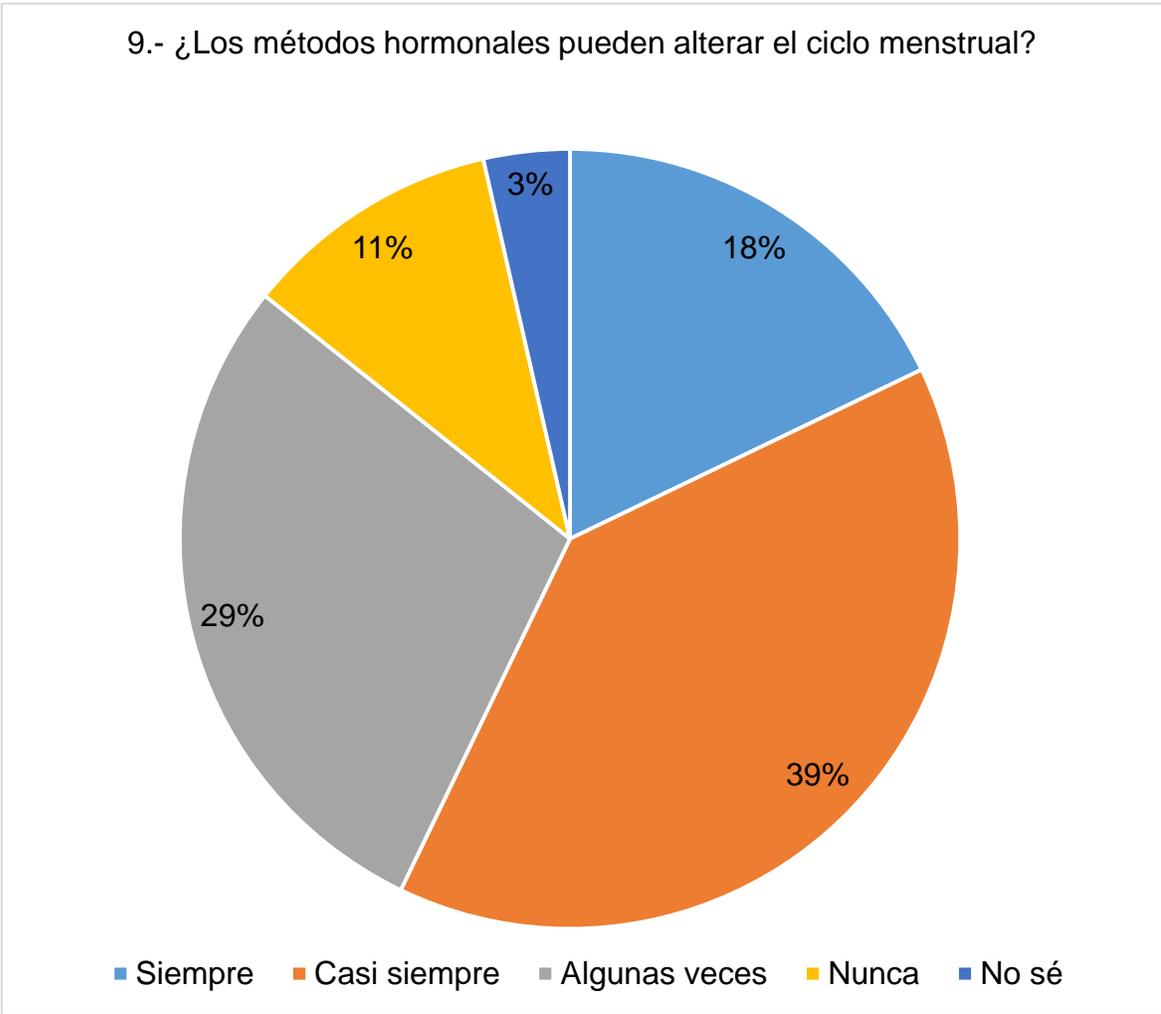
La gráfica nos hace notar que en la pregunta No. 7 ¿Si se utilizan el condón femenino y el masculino al mismo tiempo, tienen mayor efectividad? 36% respondieron que nunca, 25% no sabían, 14% respondieron que siempre, 14% casi siempre y 11% respondieron que algunas veces.



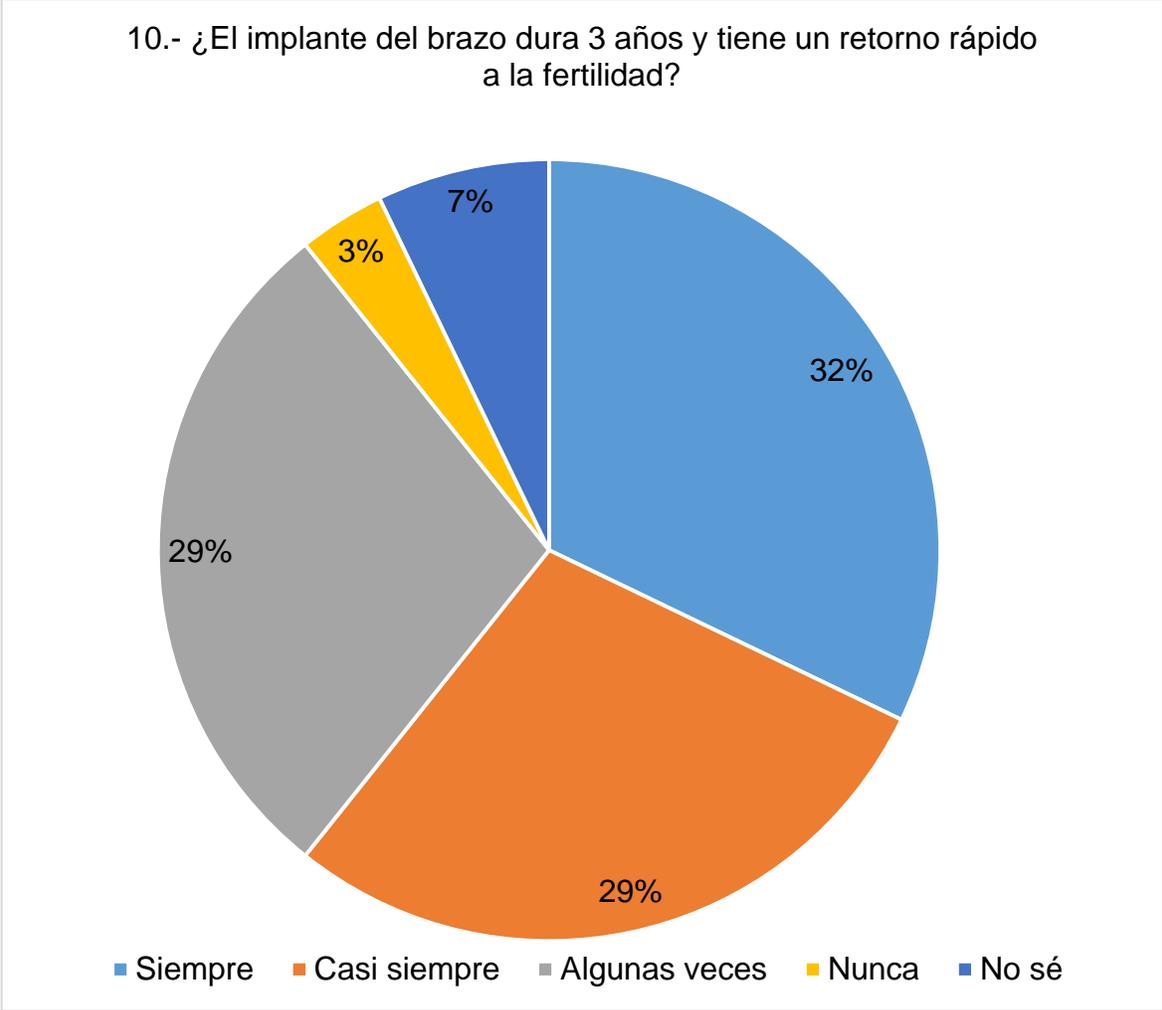
La gráfica nos mostró que en la pregunta No. 8 ¿La pastilla del día siguiente interrumpe embarazos en curso? 3% contestaron siempre mientras ,18% casi siempre, 36% algunas veces y 43% nunca.



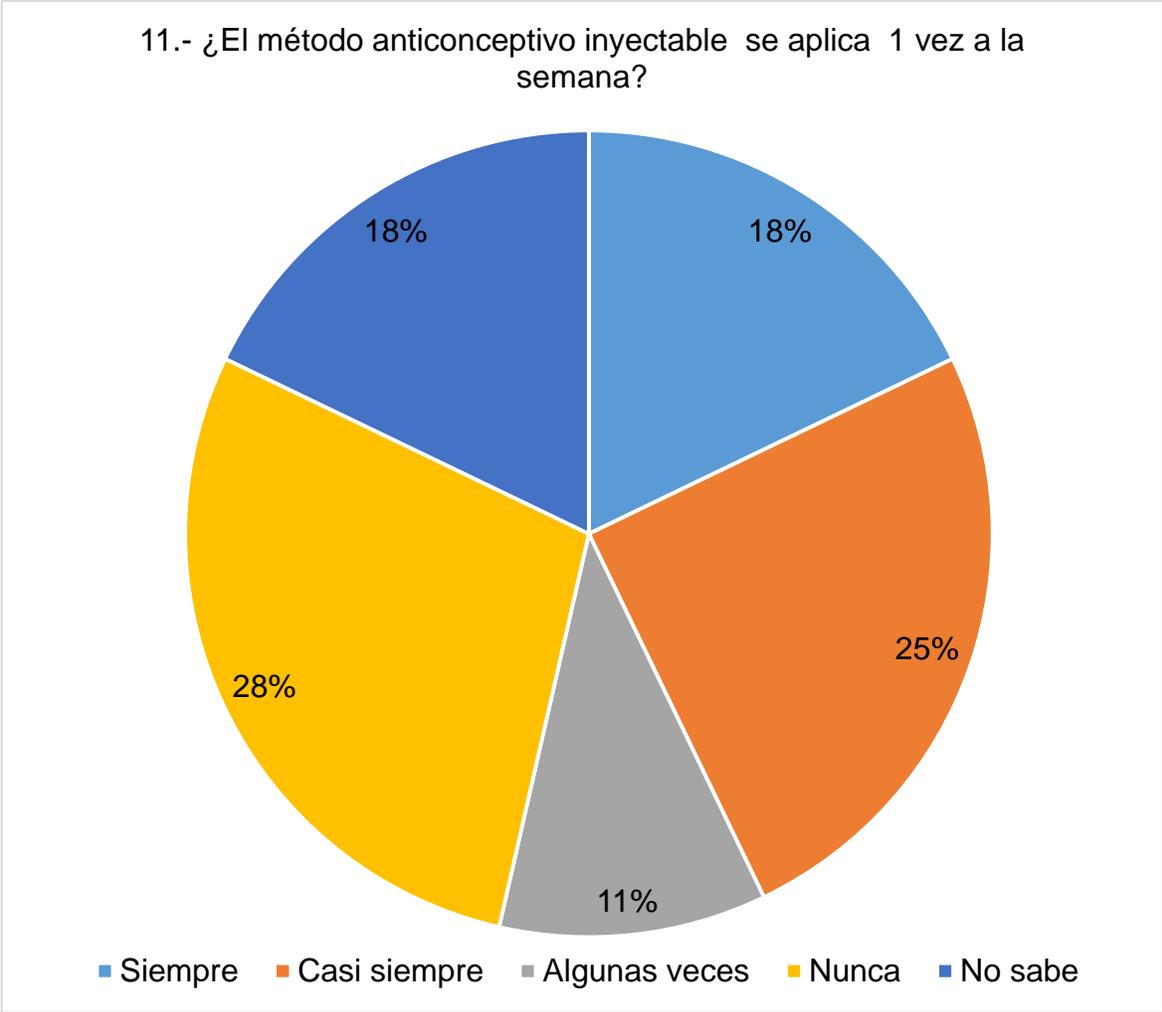
La gráfica nos dice que en la pregunta No. 9 ¿Los métodos hormonales pueden alterar el ciclo menstrual? Los adolescentes respondieron 39% casi siempre, 29% algunas veces, 18% contestaron siempre, 11% respondieron que nunca y 3% no lo saben



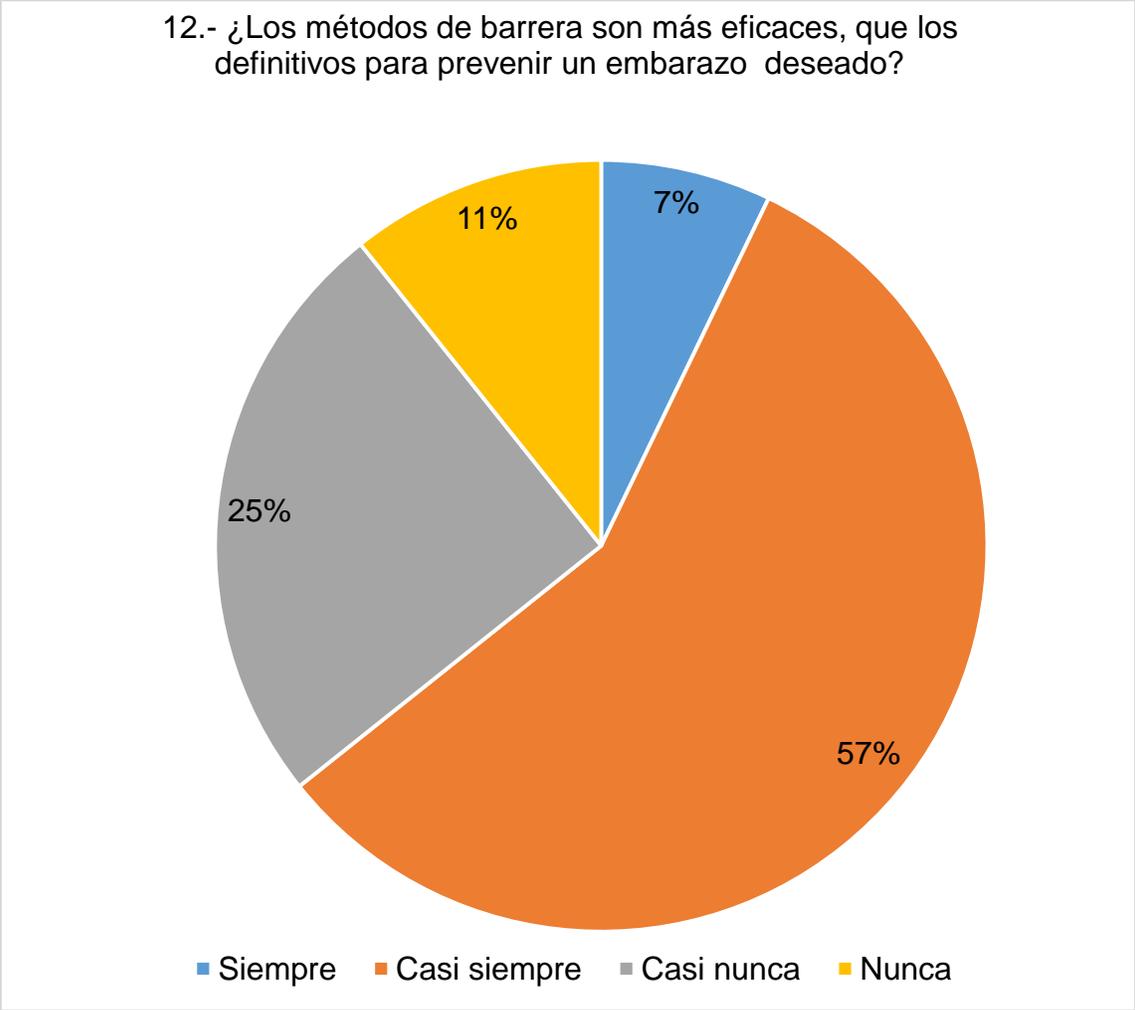
Podemos leer en la gráfica que en la pregunta No. 10 ¿El implante del brazo dura 3 años y tiene un retorno rápido a la fertilidad? 32% contestaron siempre, 29% casi siempre, 29% algunas veces, 7% no lo saben y 3% nunca,



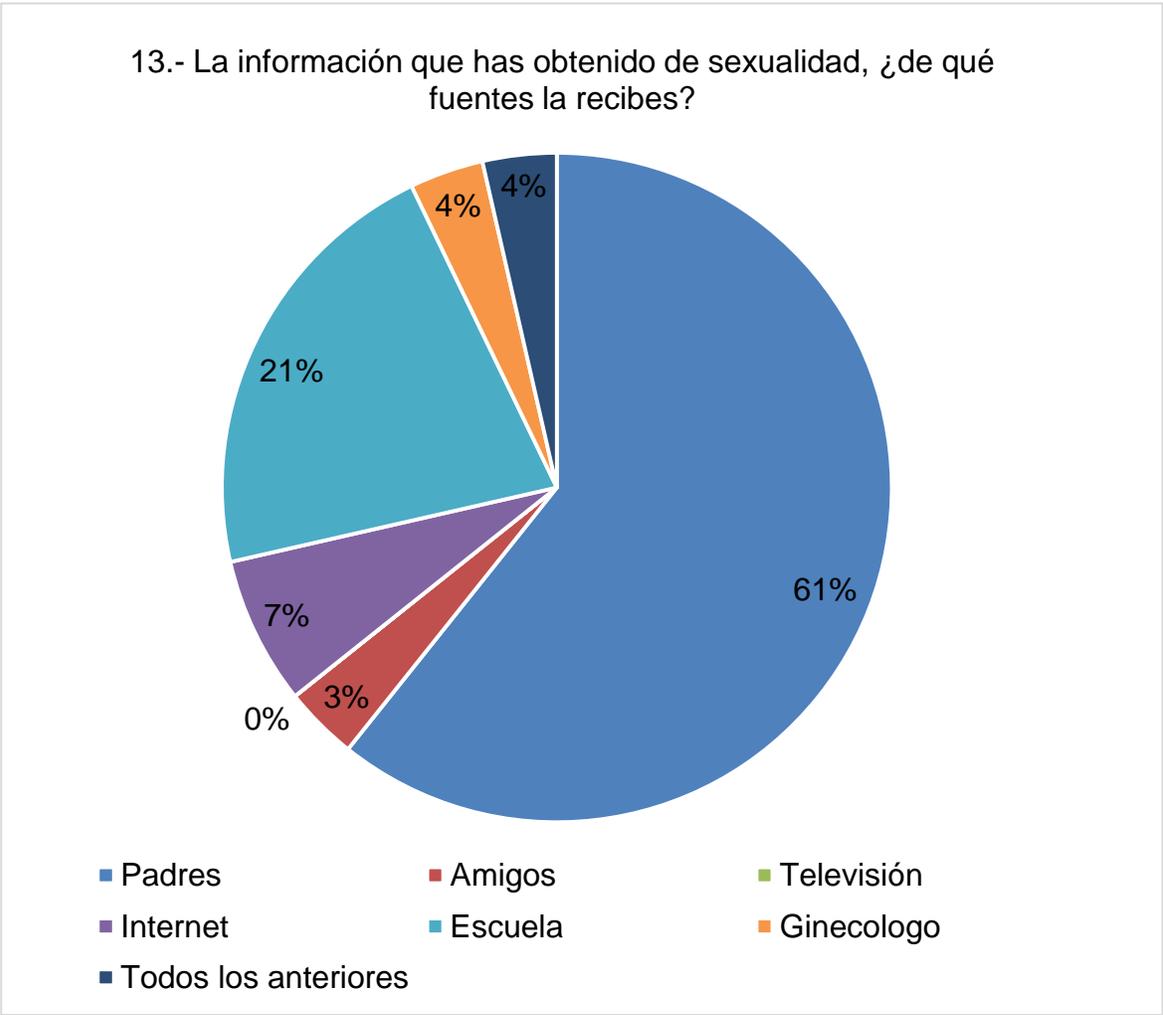
La gráfica nos da como resultado que en la pregunta No. 11 ¿El método anticonceptivo inyectable se aplica 1 vez a la semana? 18% contestaron siempre, 25% casi siempre, 11% casi nunca y 28% nunca, 18% no lo saben.



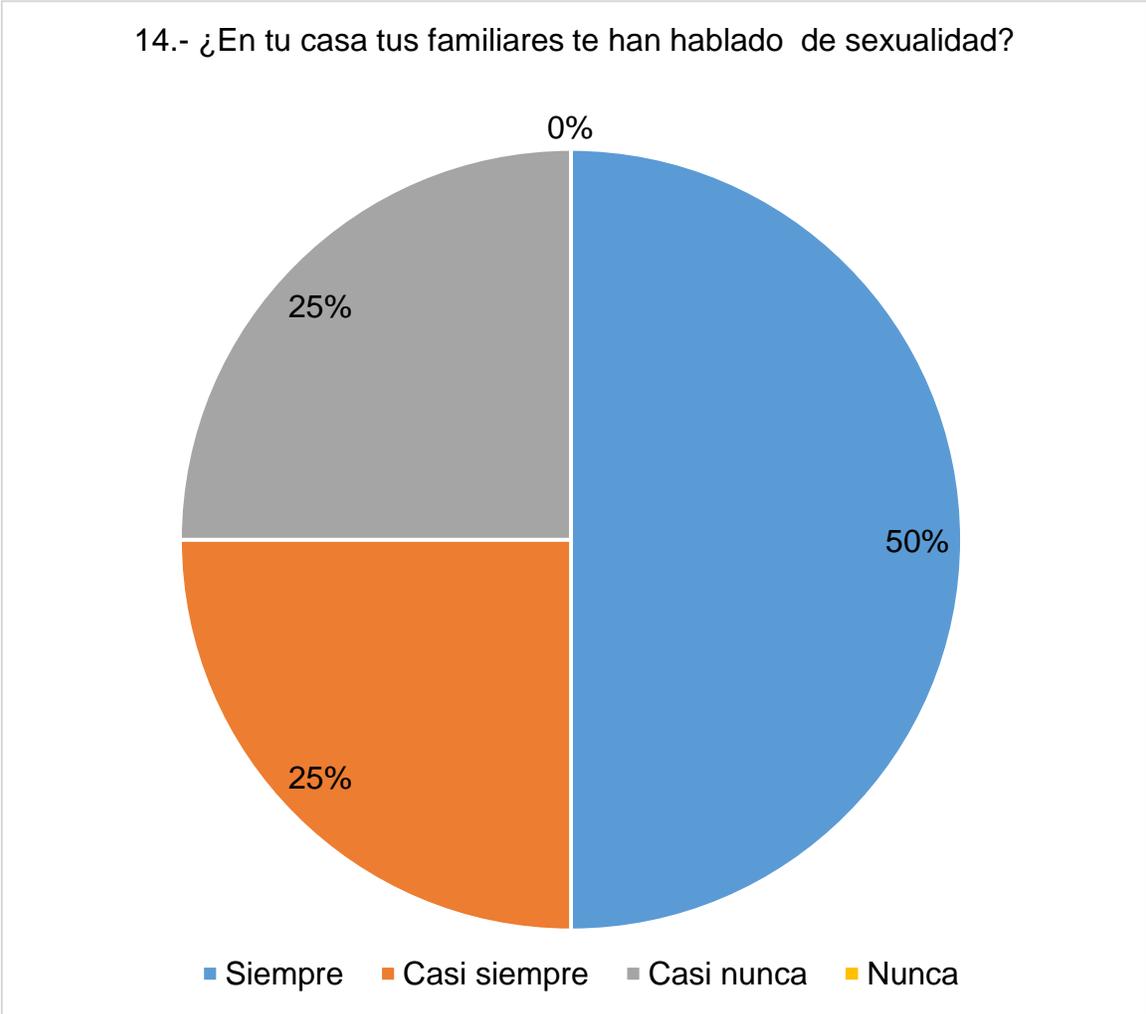
La gráfica arroja que en la pregunta No. 12 ¿Los métodos de barrera son más eficaces, que los definitivos para prevenir un embarazo deseado? 7% contestaron siempre, 57% casi siempre, 25% casi nunca y 11% nunca



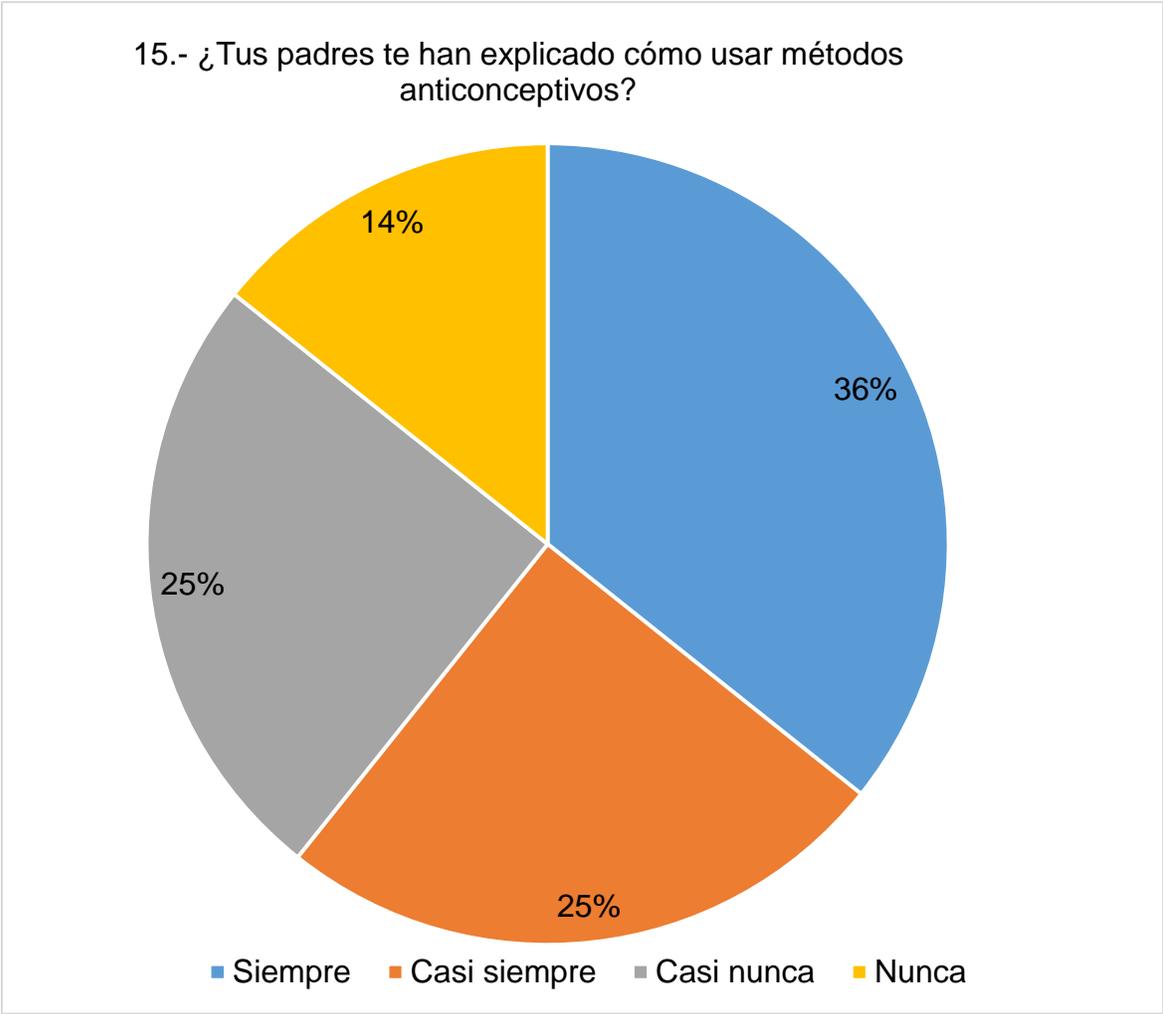
La gráfica nos dice que en la pregunta No. 13 La información que has obtenido de sexualidad, ¿de qué fuentes la recibes? 61% contestaron que de los padres, 3% de amigos, 0% de la tele, 7% de internet, 21% de la escuela y 4% ginecológico, 4% todos los anteriores.



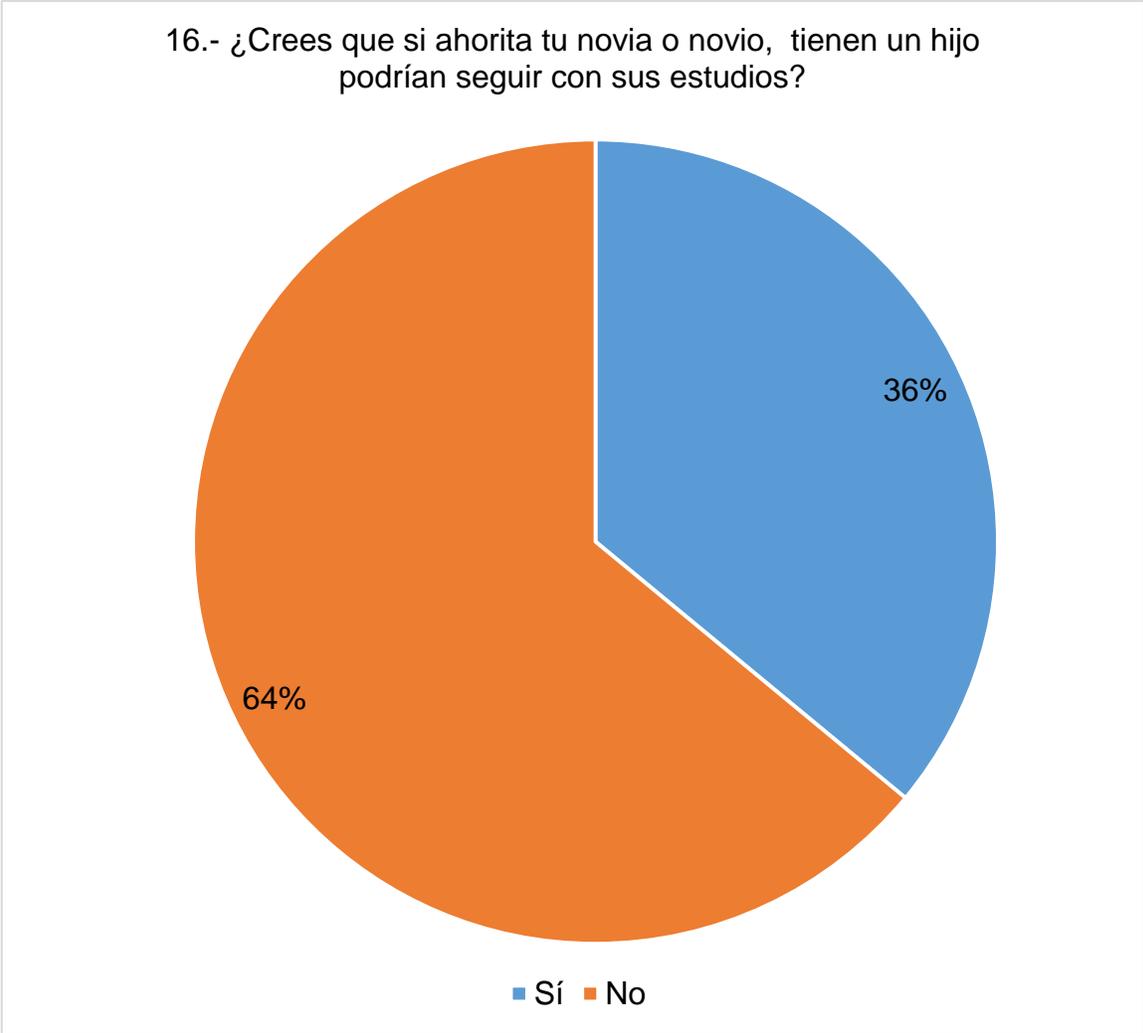
La gráfica nos da como resultado que en la pregunta No. 14 ¿En tu casa tus familiares te han hablado de sexualidad? 50% contestaron siempre, 25% casi siempre, 25% casi nunca y 0% contesto que nunca.



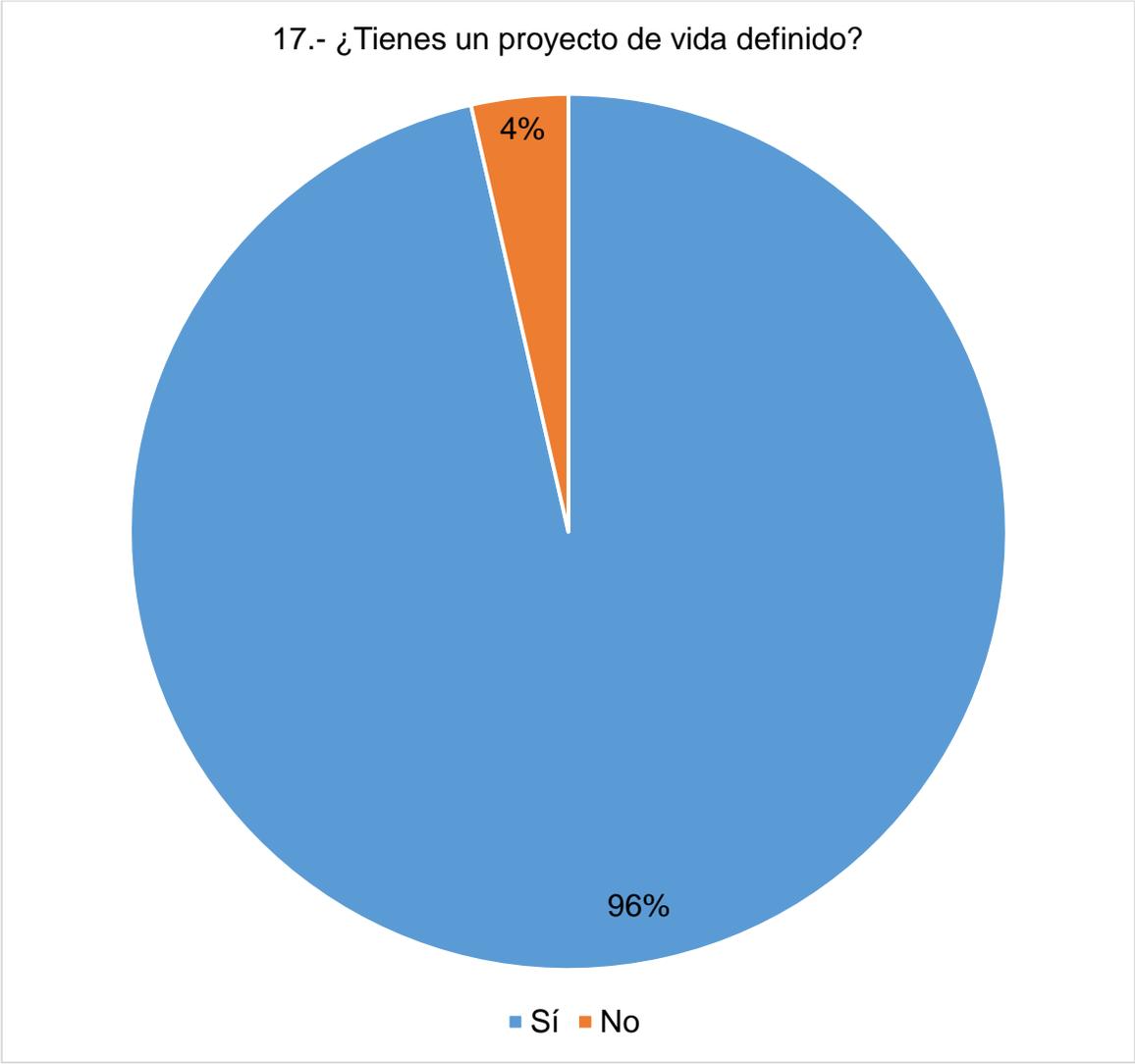
La gráfica nos hace notar que en la pregunta No. 15 ¿Tus padres te han explicado cómo usar métodos anticonceptivos? 36% contestaron siempre, 25% casi siempre, 25% casi nunca y 14% nunca.



La gráfica nos muestra que en la pregunta No. 16 ¿Crees que si ahorita tu novia o novio, tienen un hijo podrían seguir con sus estudios? 36% contestaron que sí, mientras que el 64% respondió que no.



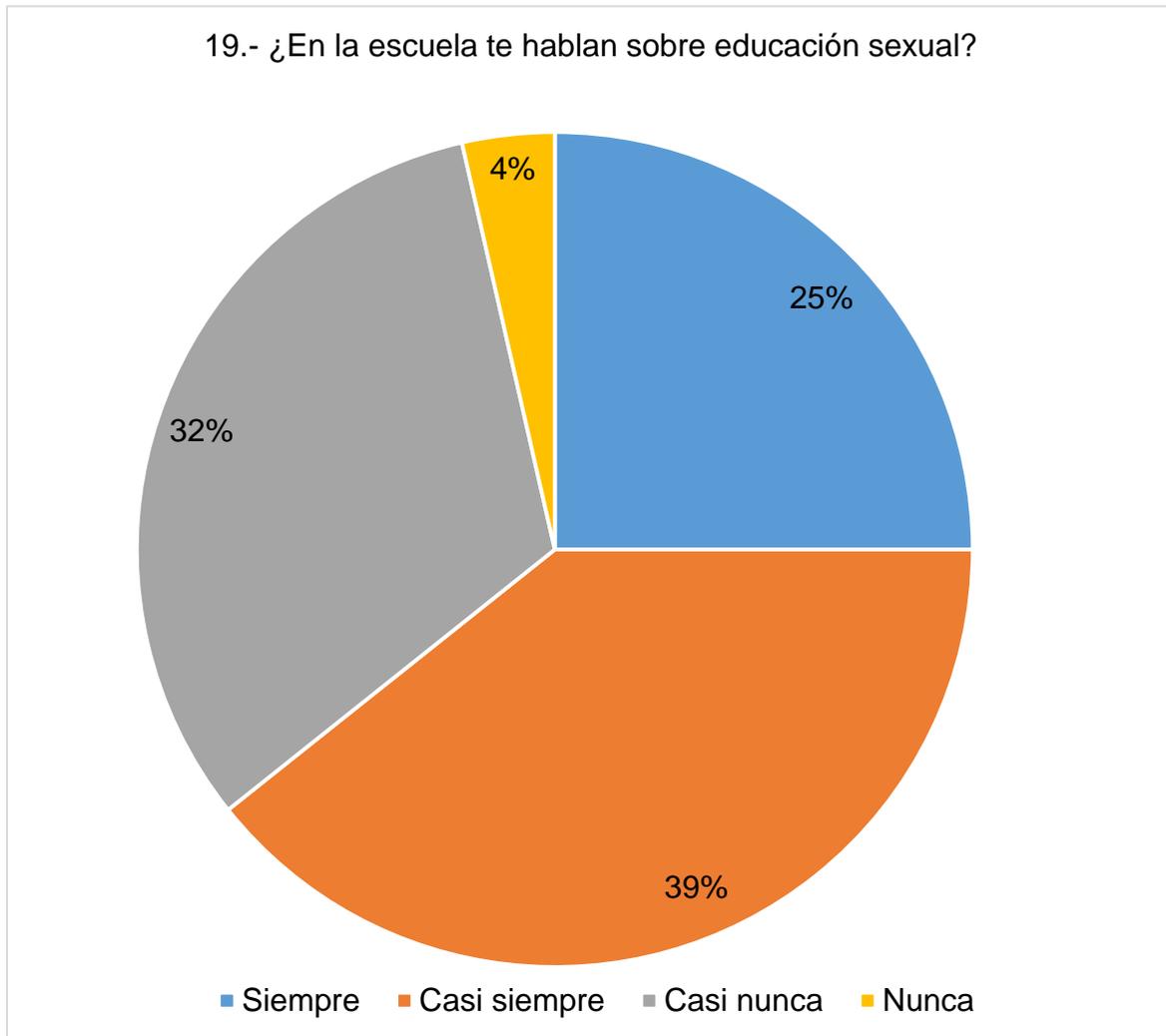
La gráfica nos dice que en la pregunta No. 17 ¿Tienes un proyecto de vida definido? 96% dijeron que si y 4% contestaron que no



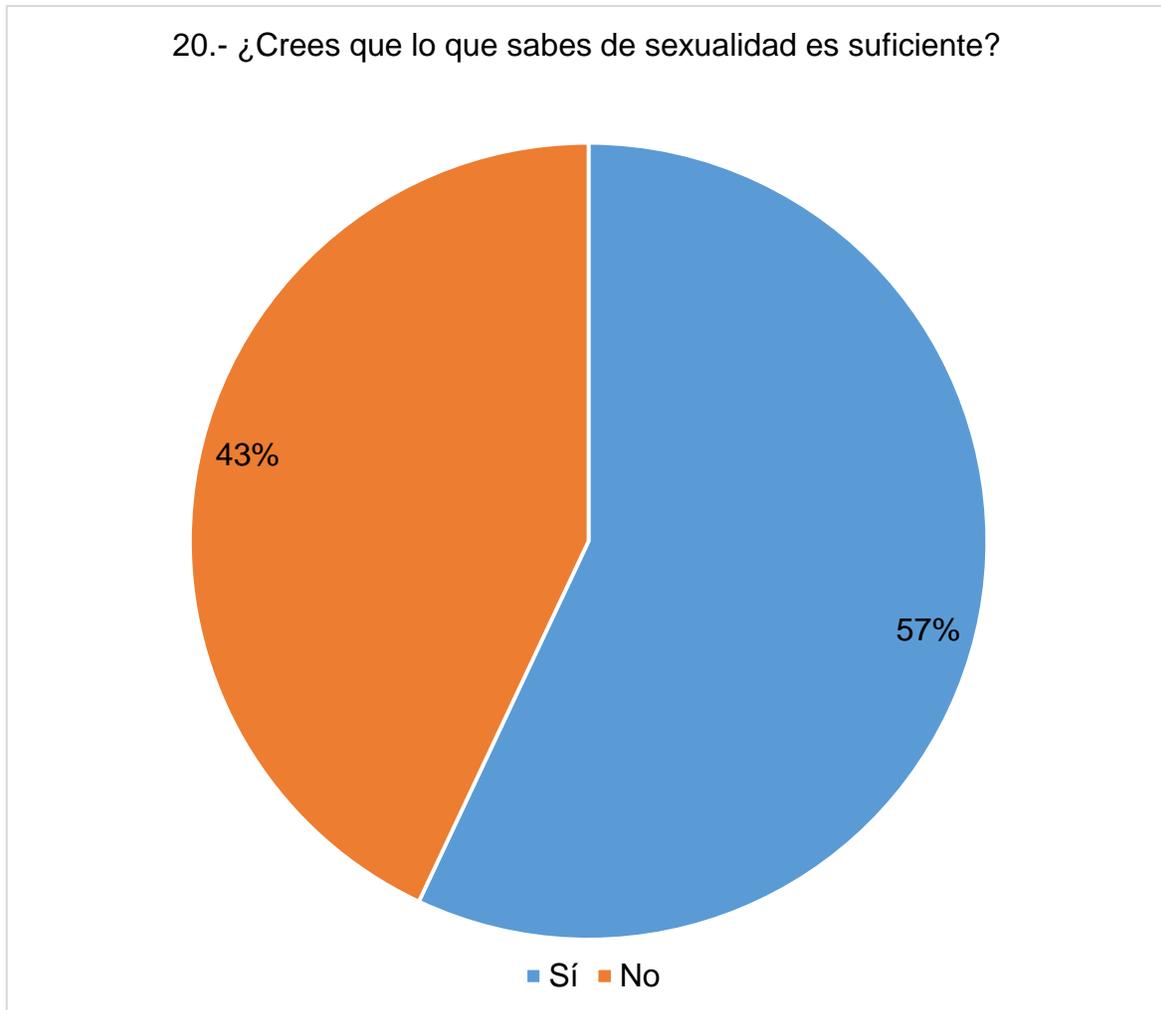
Podemos leer la gráfica que en la pregunta No. 18 ¿Tienes la confianza de hablar con tus padres acerca de sexualidad? 43% siempre, 21% casi siempre, 29% casi nunca y 7% nunca.



La gráfica nos arroja que en la pregunta No. 1 ¿En la escuela te hablan sobre educación sexual? 25% contestaron siempre, 39% casi siempre, 32% casi nunca y 4% nunca.



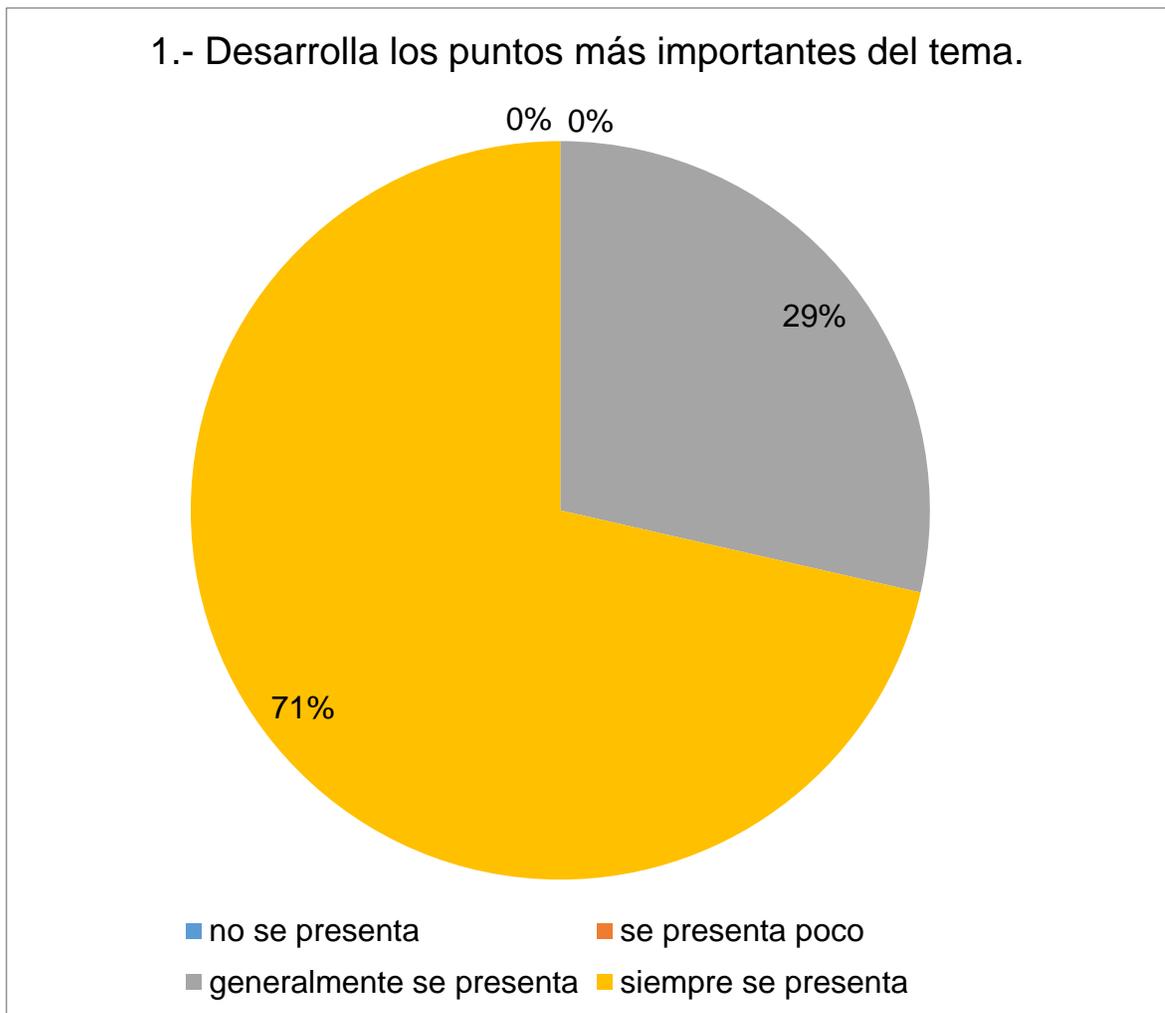
La gráfica nos hace mención que en la pregunta No. 20 ¿Crees que lo que sabes de sexualidad es suficiente? 57% contestaron que sí, mientras 43% respondió que no.



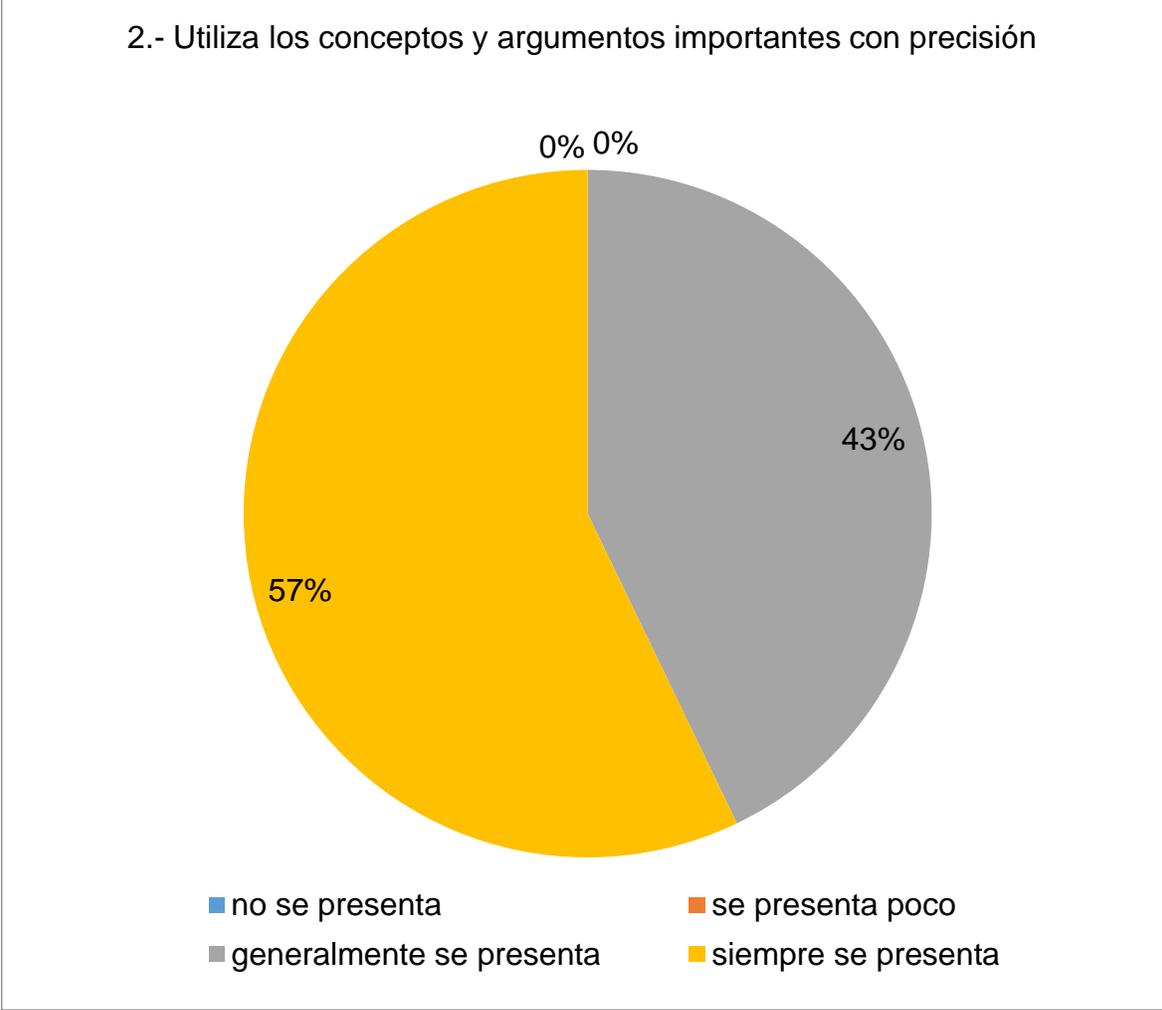
Evaluar las estrategias didácticas del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”

Sobre el Contenido de las estrategias

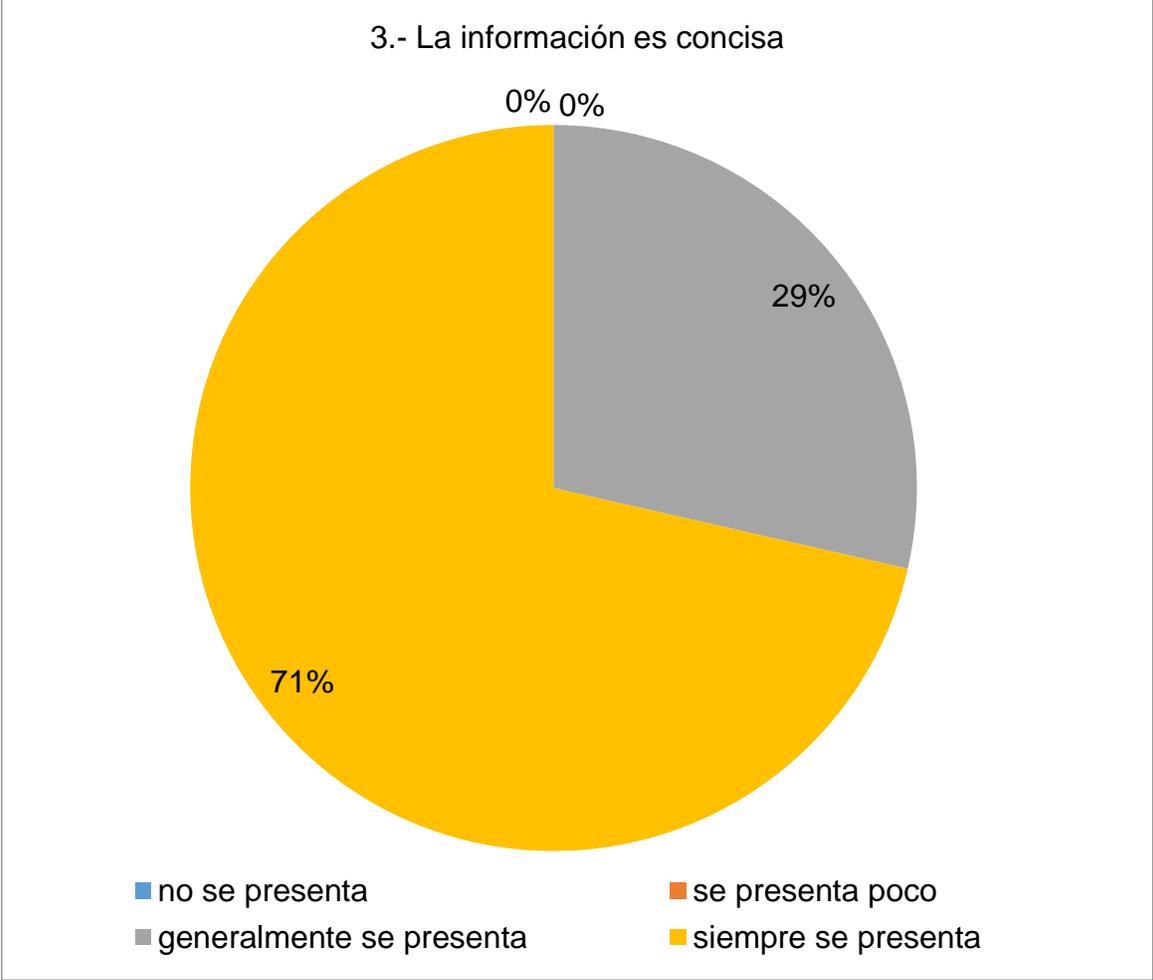
La gráfica nos arrojó en la pregunta la cual dice 1.- Desarrolla los puntos más importantes del tema, respondieron el 29% general mente se presenta y 71% de las personas respondieron que siempre se presenta.



La gráfica nos mostró en la pregunta la cual dice 2.- Utiliza los conceptos y argumentos importantes con precisión., el 43% general mente se presenta, mientras que el 57%.contestaron que Siempre se presenta

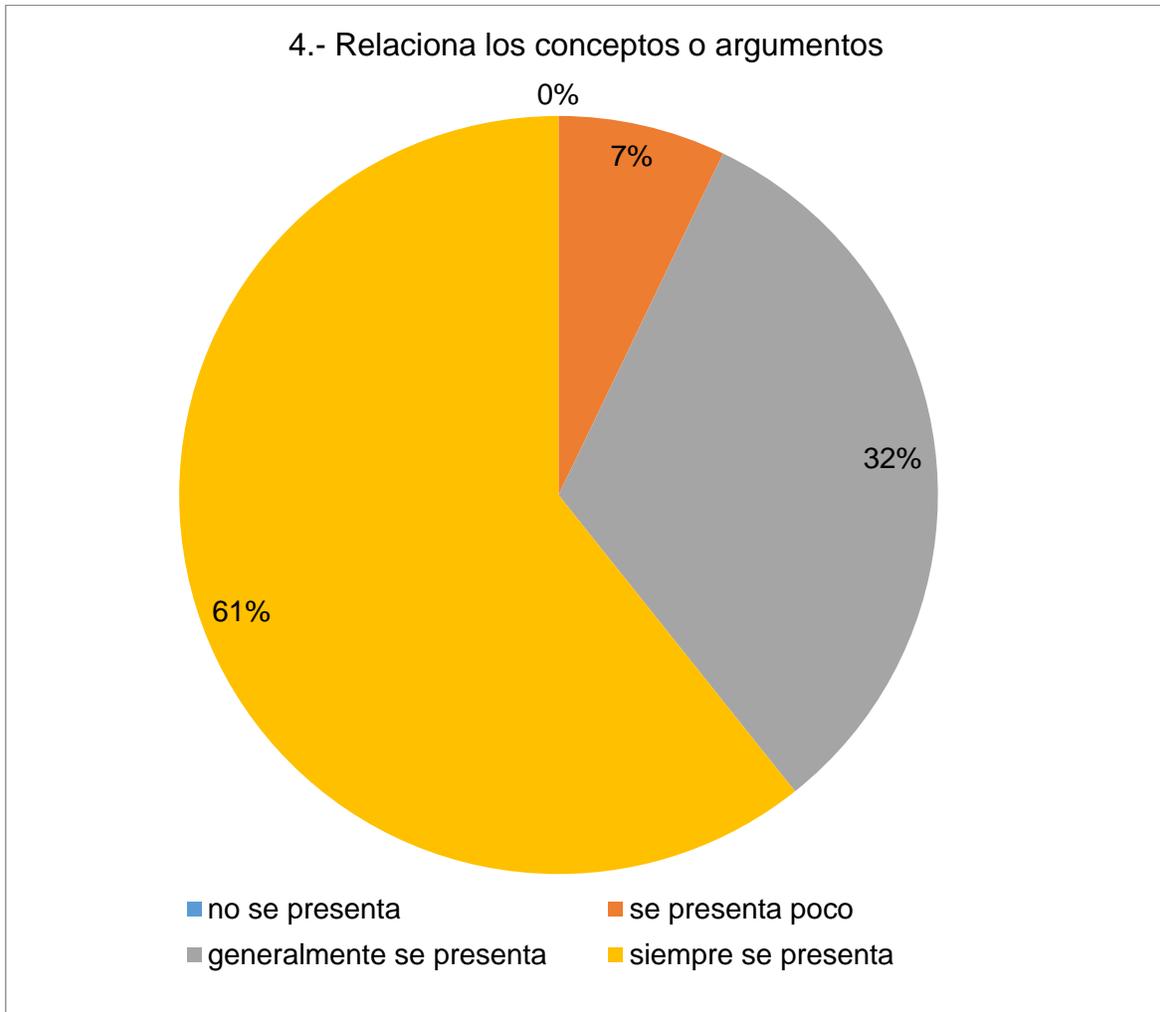


La gráfica nos muestra que en la pregunta la cual nos dice 3.- La información es concisa, el 29% respondió que general mente se presenta y el 71% que siempre se presenta.

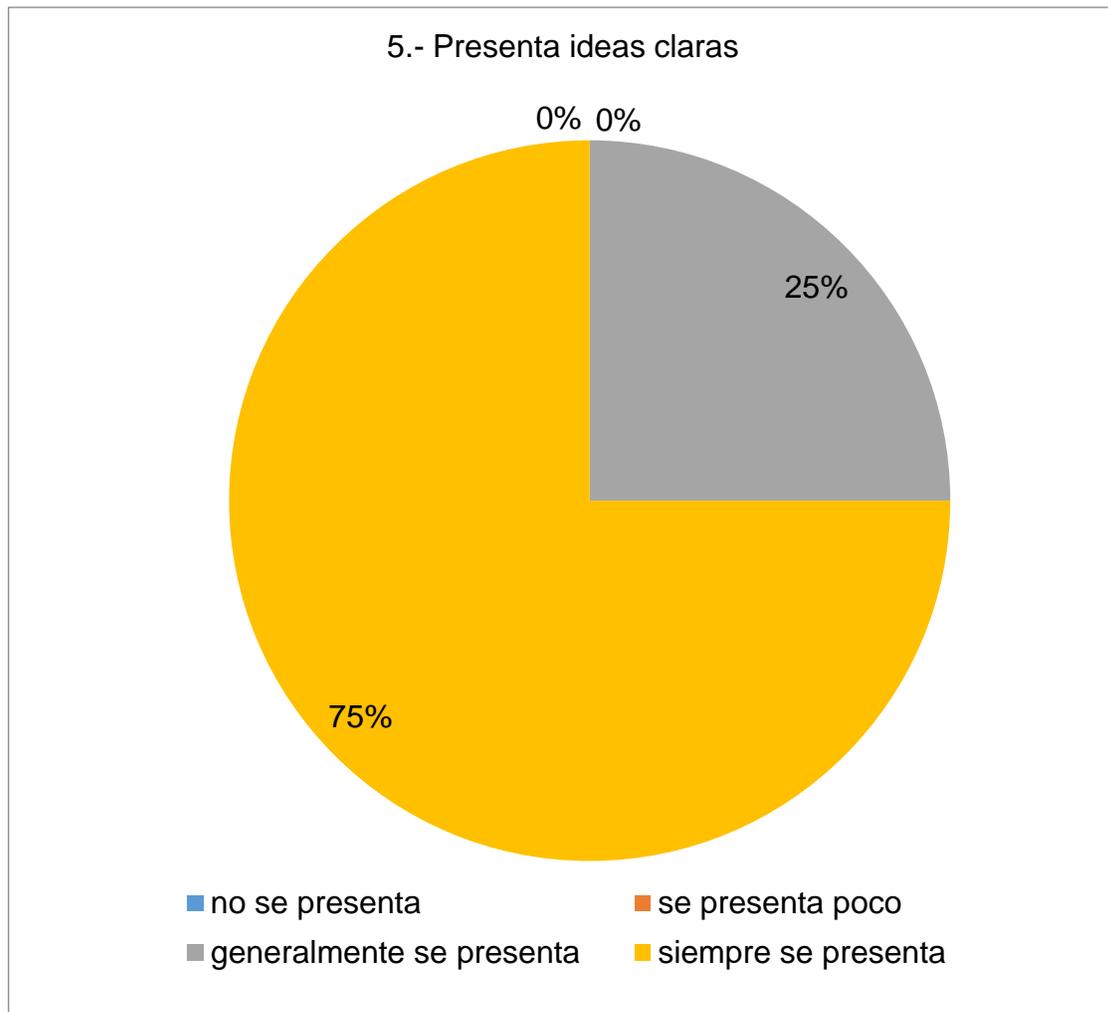


Sobre la Coherencia y Organización de las estrategias

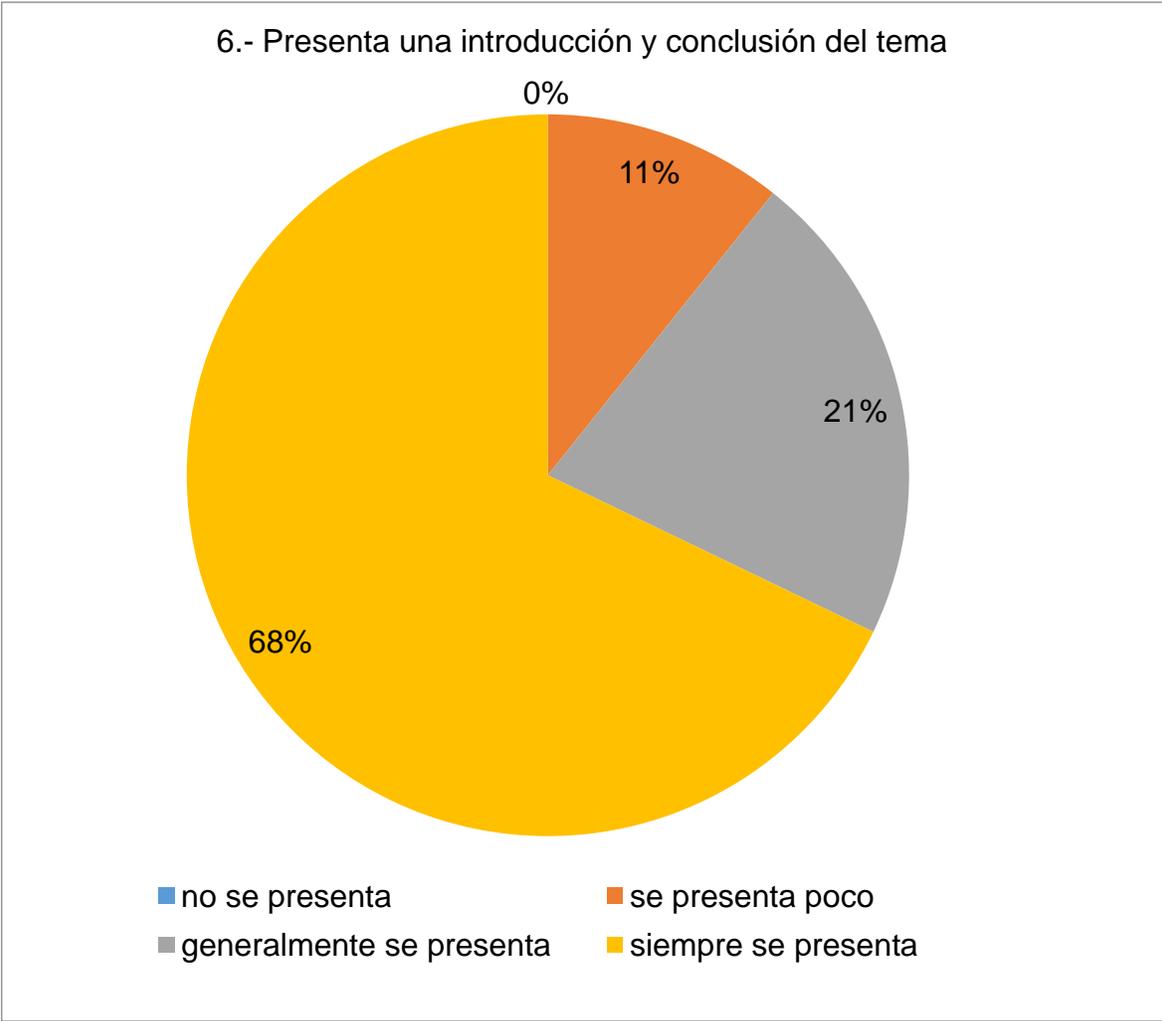
La gráfica nos da como resultado que en la pregunta 4.- Relaciona los conceptos o argumentos., se obtuvieron los siguientes resultados el 7% se presenta poco, 32% generalmente se presenta, 61% siempre se presenta.



La gráfica nos muestra que en la pregunta la cual nos dice 5.- Presenta ideas claras. Se obtuvieron los siguientes resultados. El 25%general mente se presenta y el 75% siempre se presenta.

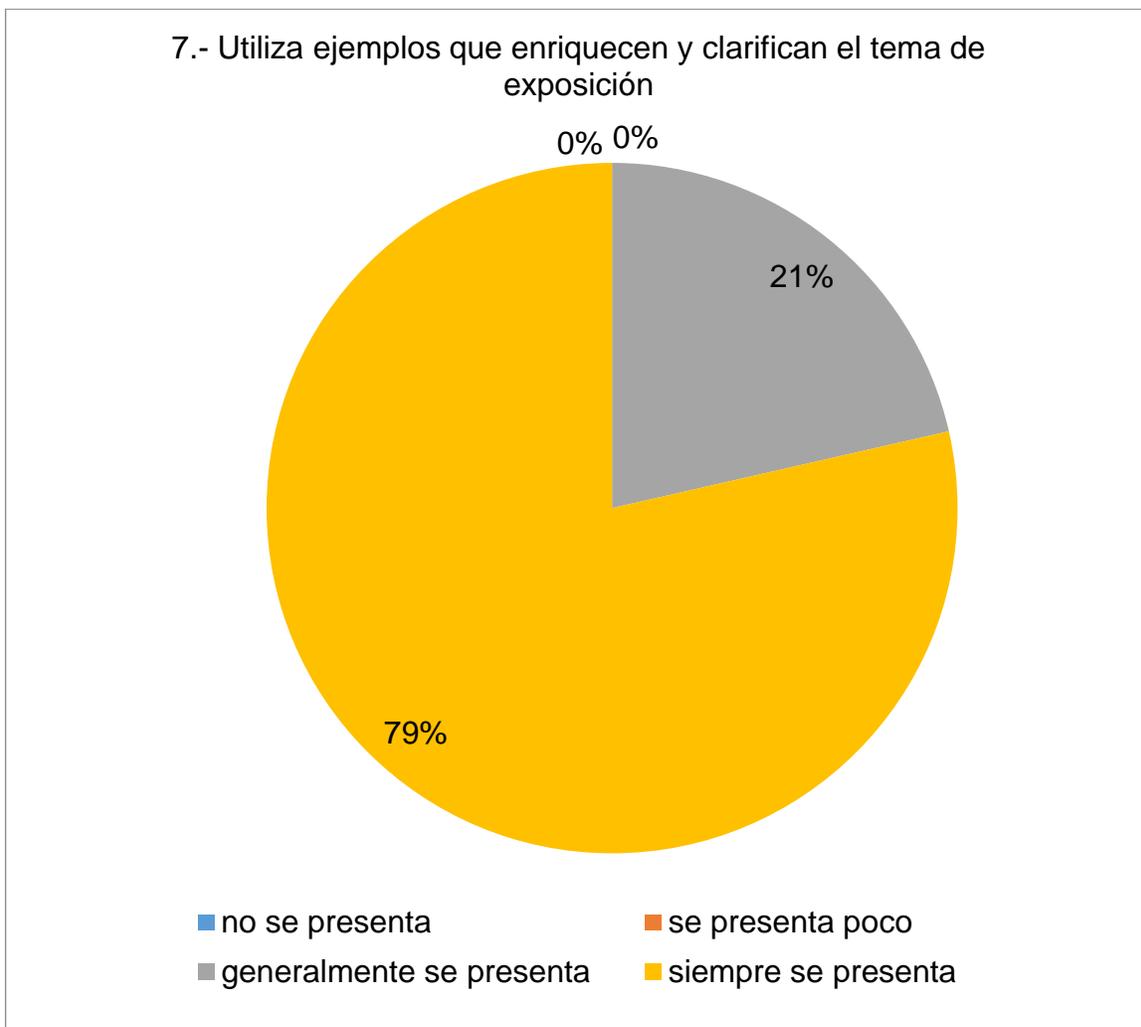


La gráfica nos muestra en la pregunta 6.- Presenta una introducción y conclusión del tema, se obtuvieron los siguientes resultados. El 11,3% se presenta poco, 6,21%, general mente se presenta

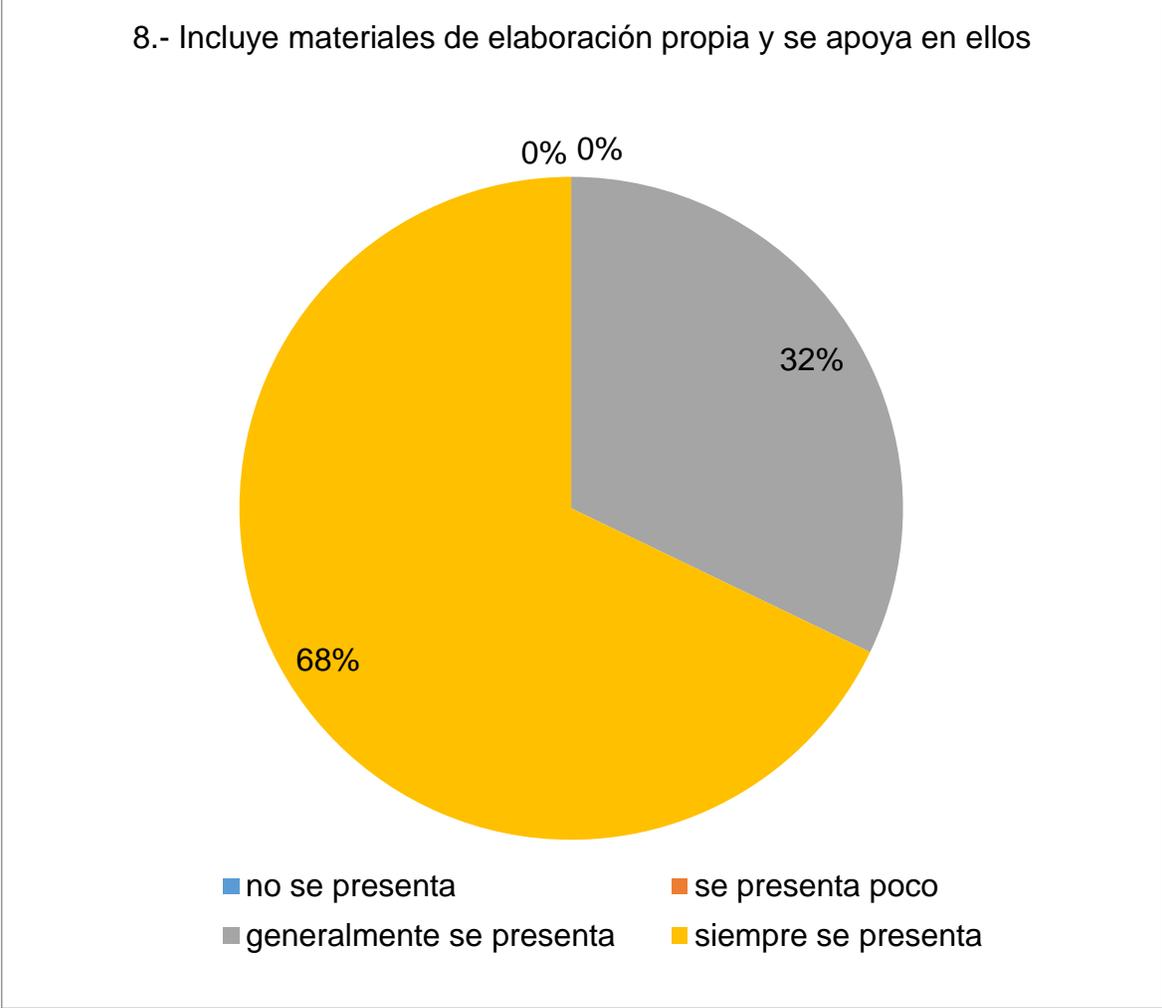


Aportaciones para clarificar el tema expuesto

La gráfica nos da como resultado en la pregunta 7.- Utiliza ejemplos que enriquecen y clarifican el tema de exposición. Los resultados obtenidos fueron 21% general mente se presenta, 79%. Siempre se presenta

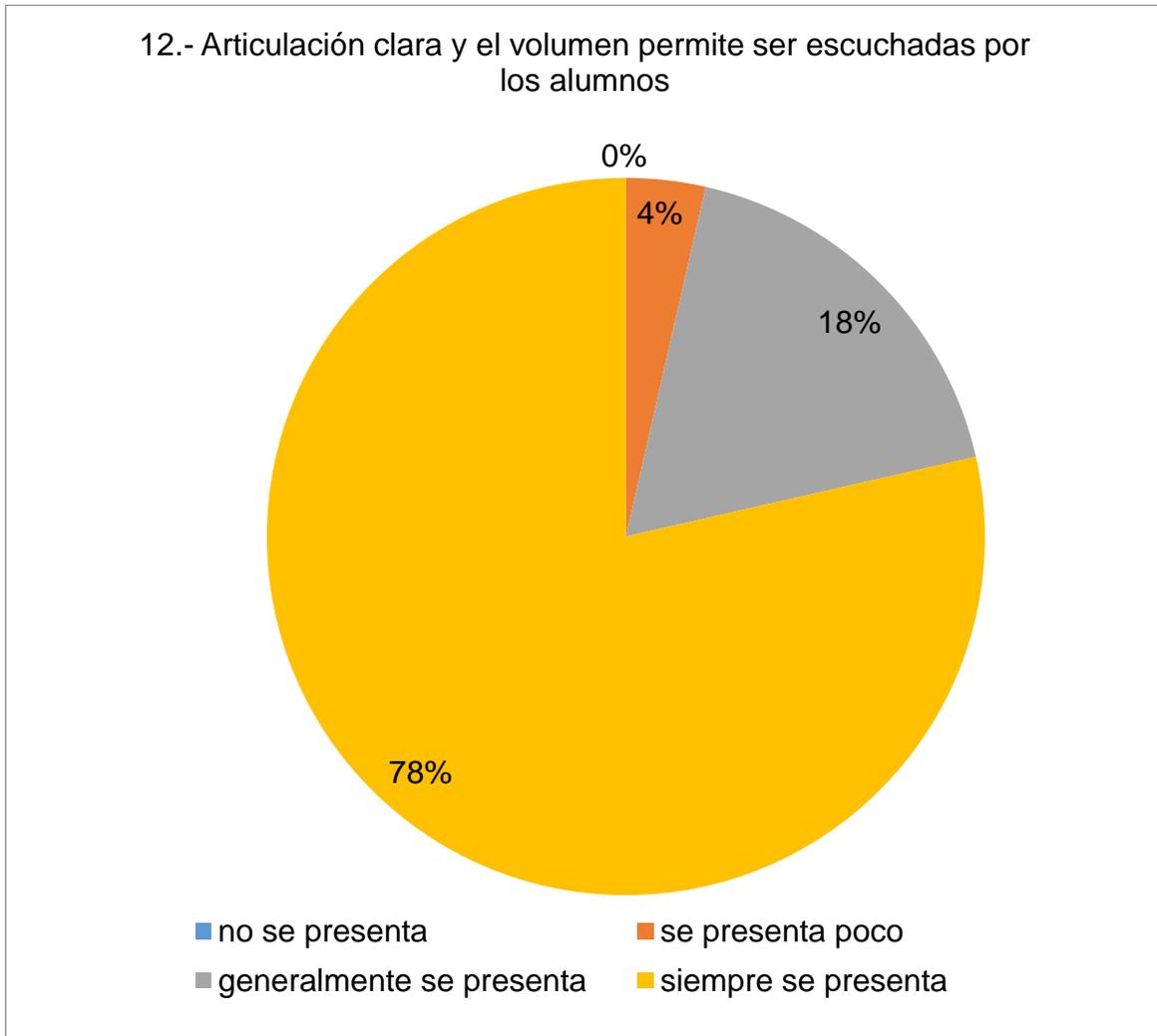


La gráfica nos dice en la pregunta 8.- Incluye materiales de elaboración propia y se apoya en ellos, 9.32% general mente se presenta, 19,68%. Siempre se presenta

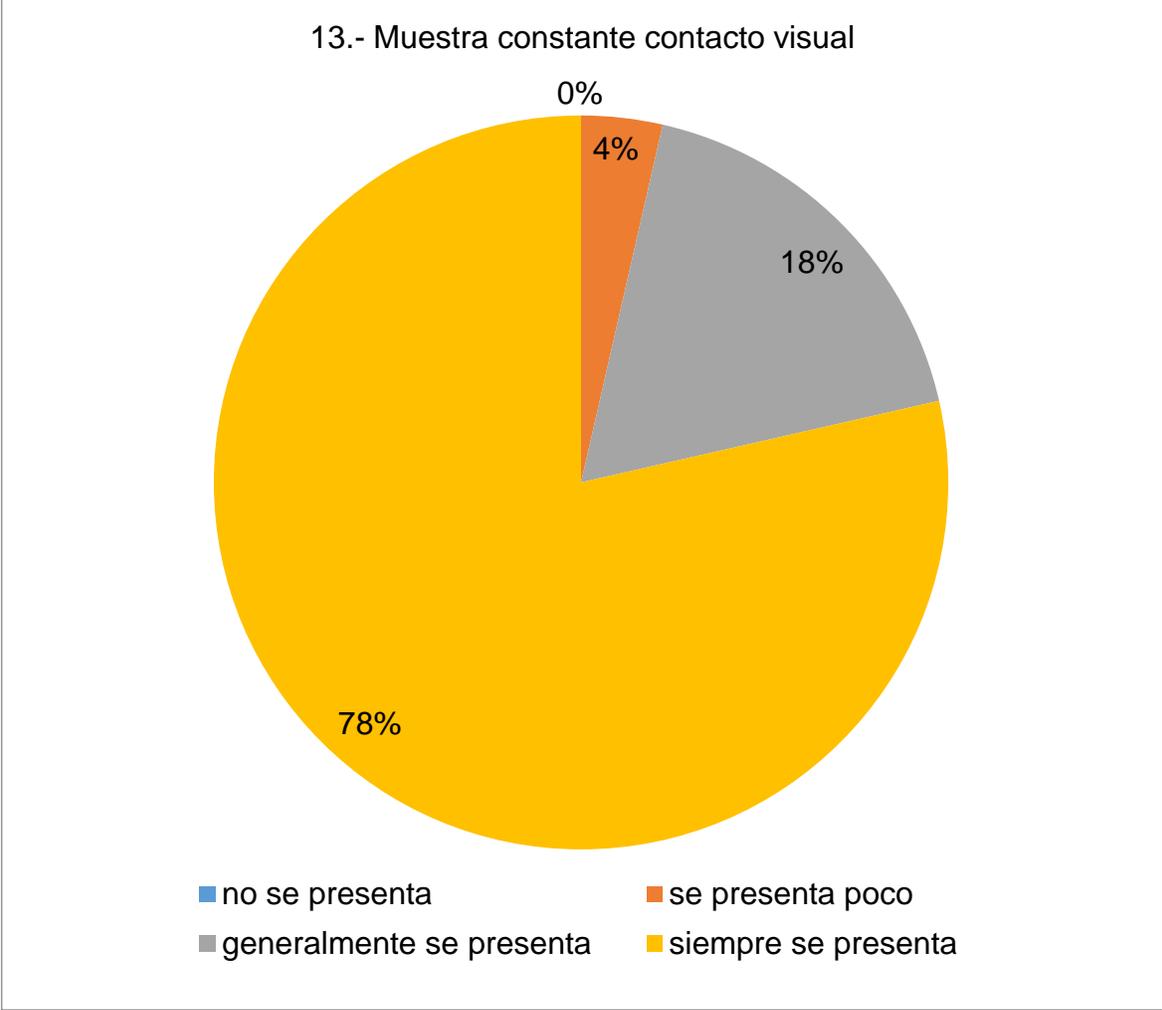


Habilidades Expositivas

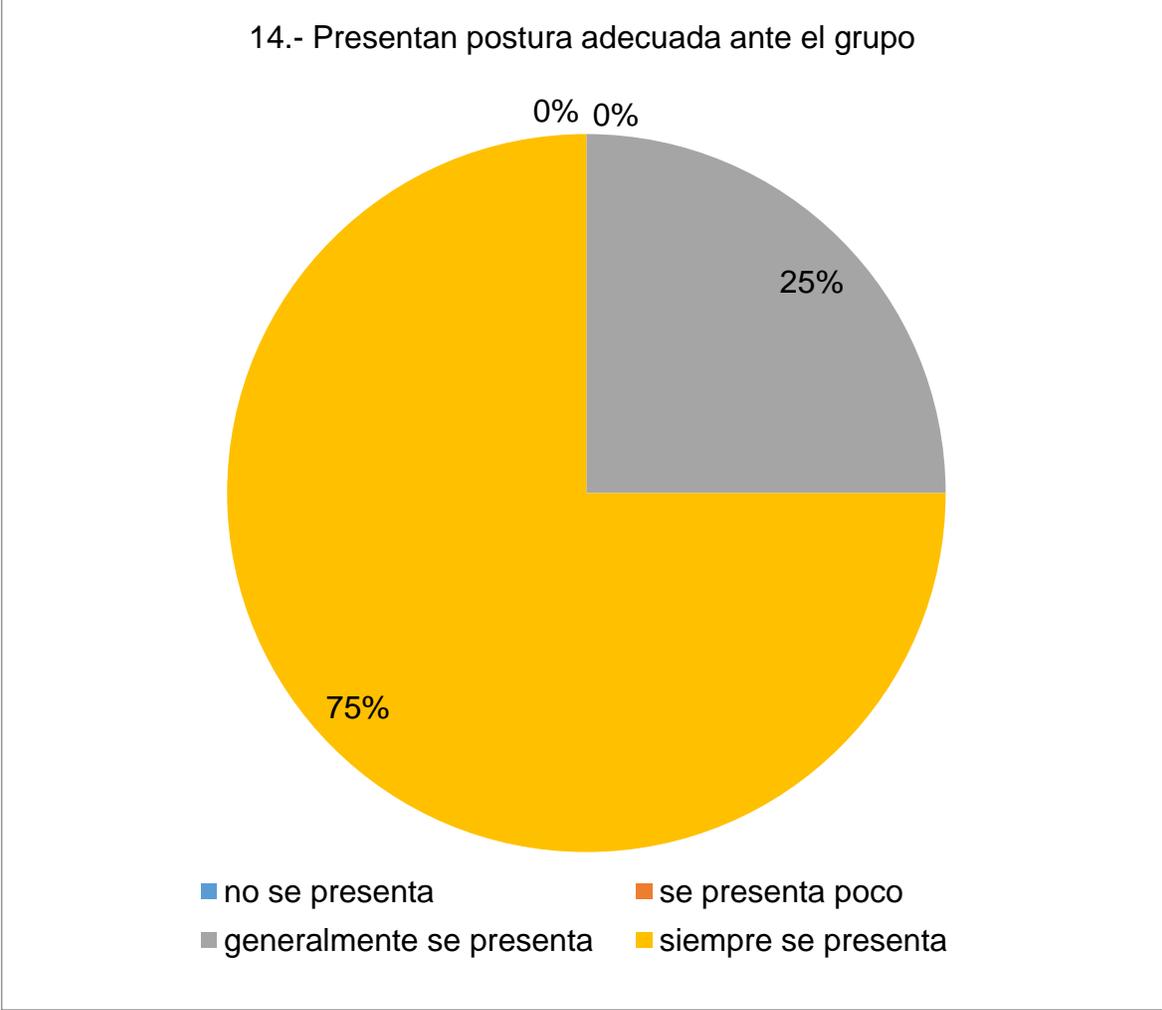
La gráfica nos hace mención en la pregunta 12.- Articulación clara y el volumen permite ser escuchadas por los alumnos., los resultados obtenidos fueron 4% se presenta poco, 18% general mente se presenta, 78% siempre se presenta.



La gráfica nos hace notar en la pregunta 13.- Muestra constante contacto visual., los resultados obtenidos fueron 4%, se presenta poco general, 18%mente se presenta, 78%siempre se presenta.



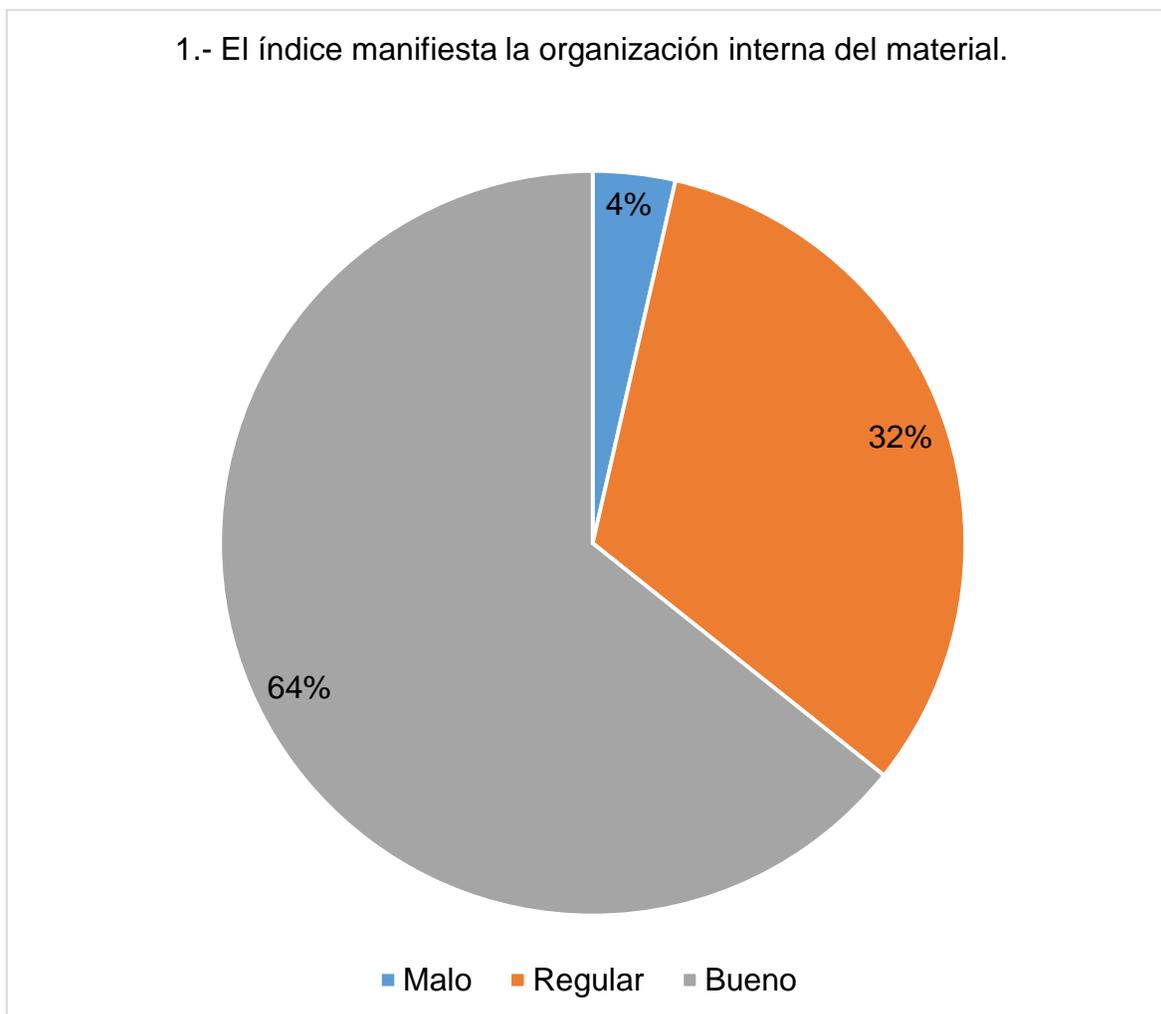
La gráfica nos muestra en la pregunta 14.- Presentan postura adecuada ante el grupo, los resultados obtenidos fueron el 25% general mente se presenta, 75% siempre se presenta.



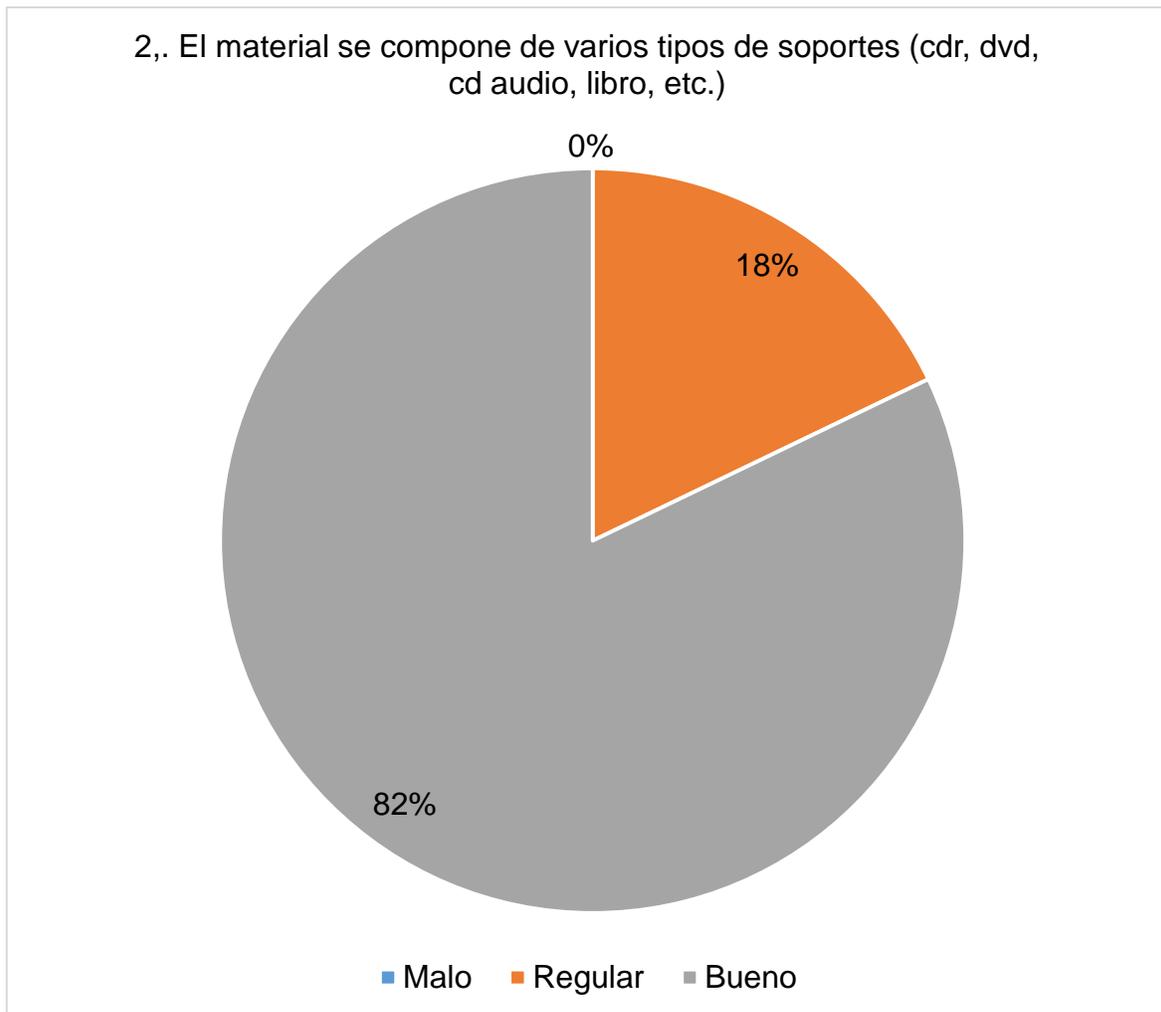
***Evaluar las estrategias de material didáctico del programa propuesto
“MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”***

Estructura y Organización

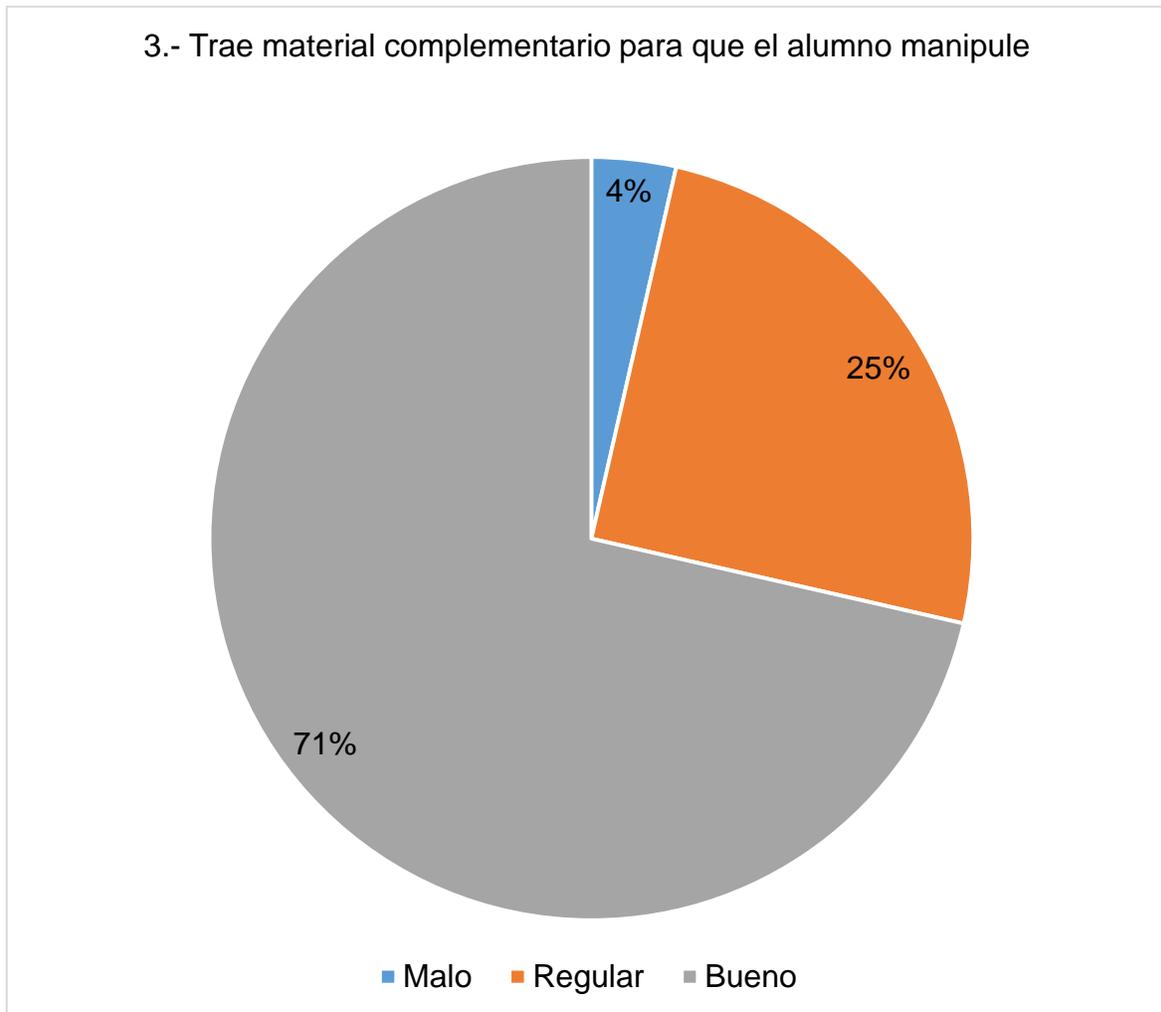
La gráfica nos arrojó en la pregunta 1. El índice manifiesta la organización interna del material. Malo 4%, regular 32%, bueno 64%.



La gráfica nos da como resultado en la pregunta 2. El material se compone de varios tipos de soportes (CDR, DVD, CD audio, libro, etc., regular 18%, bueno 83%.

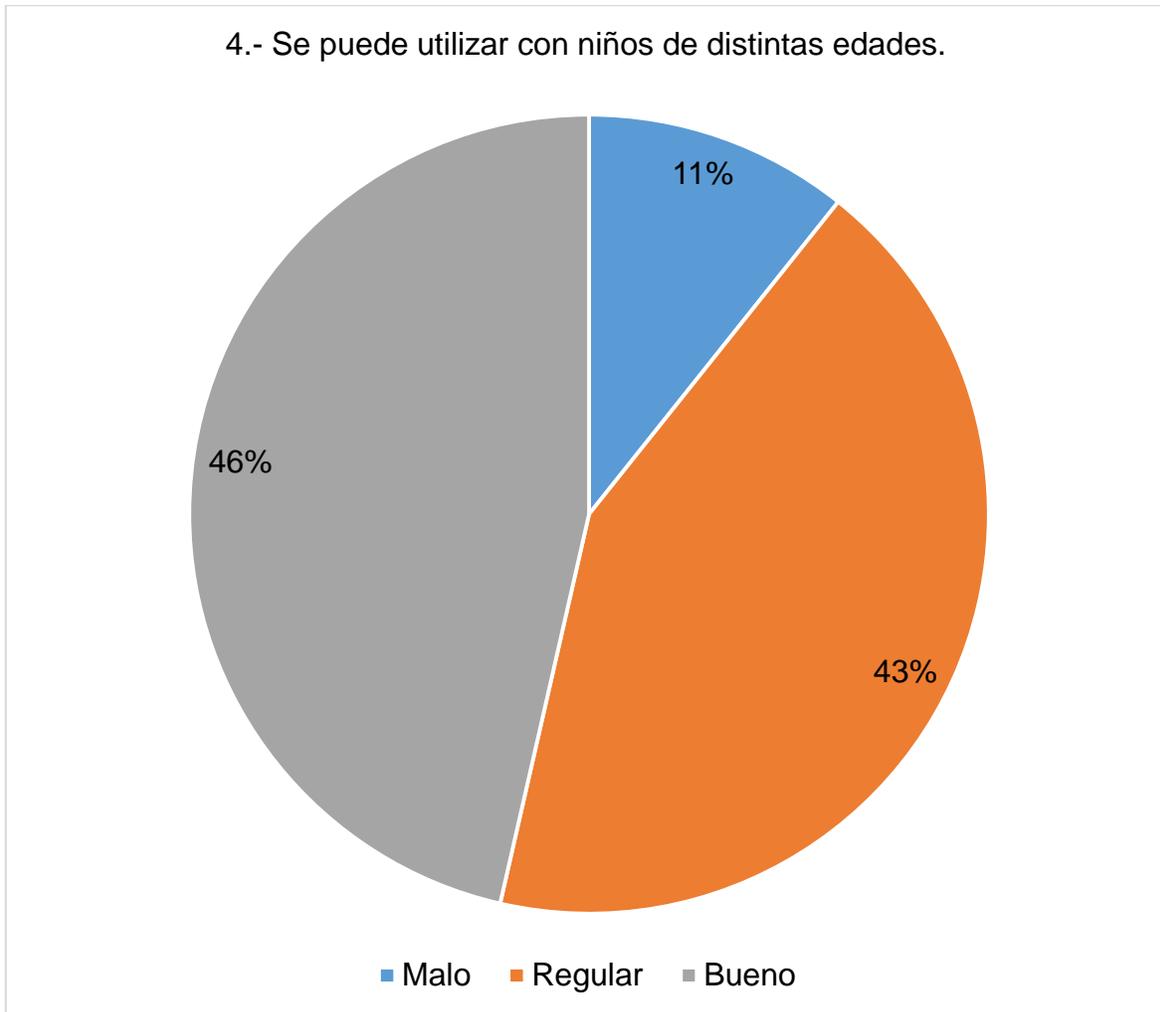


La gráfica nos hace mención en la pregunta 3. Trae material complementario para que el alumno manipule. Malo 4%, regular 25%, bueno 71%.

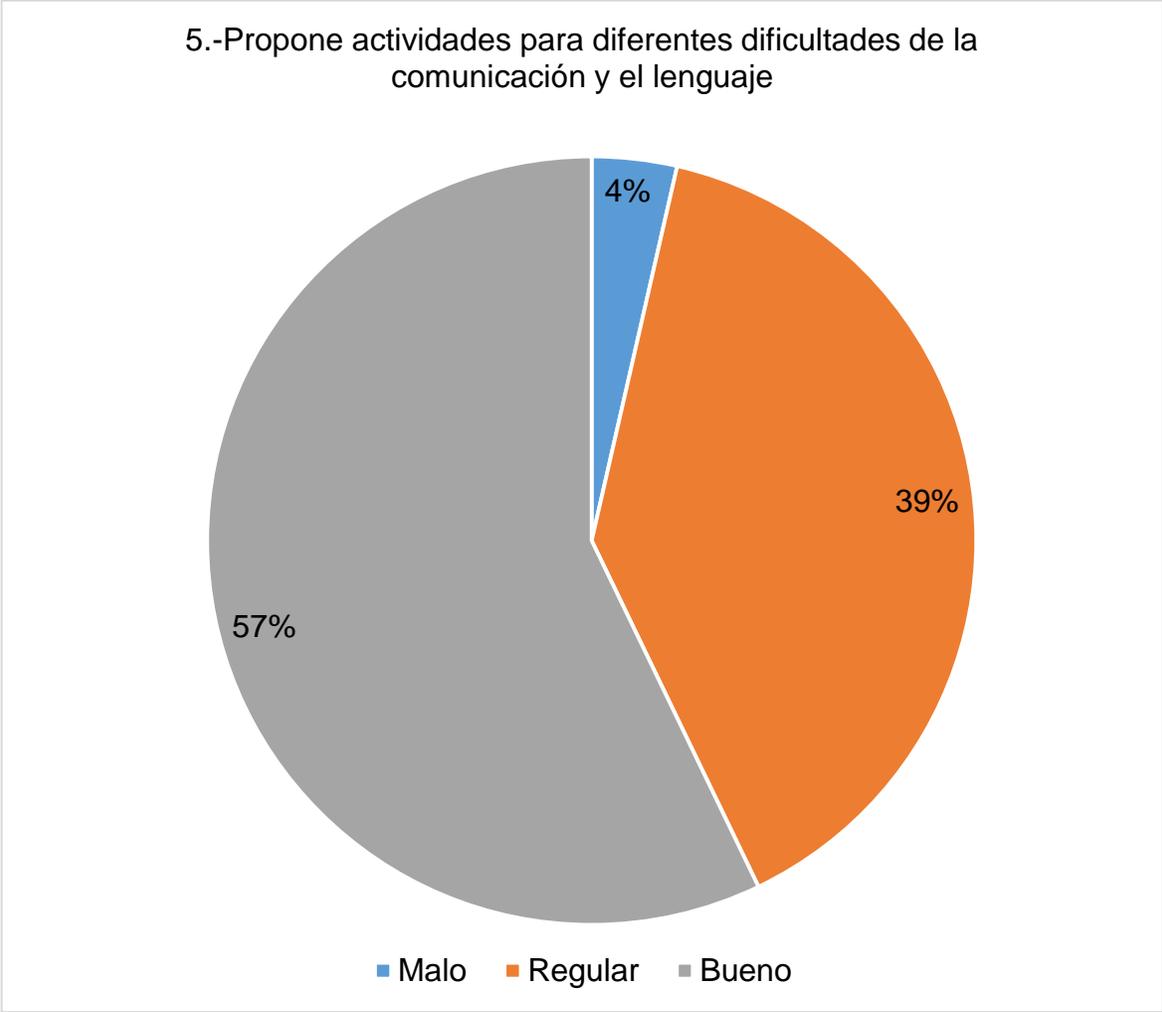


Relación de las estrategias didácticas con los destinatarios

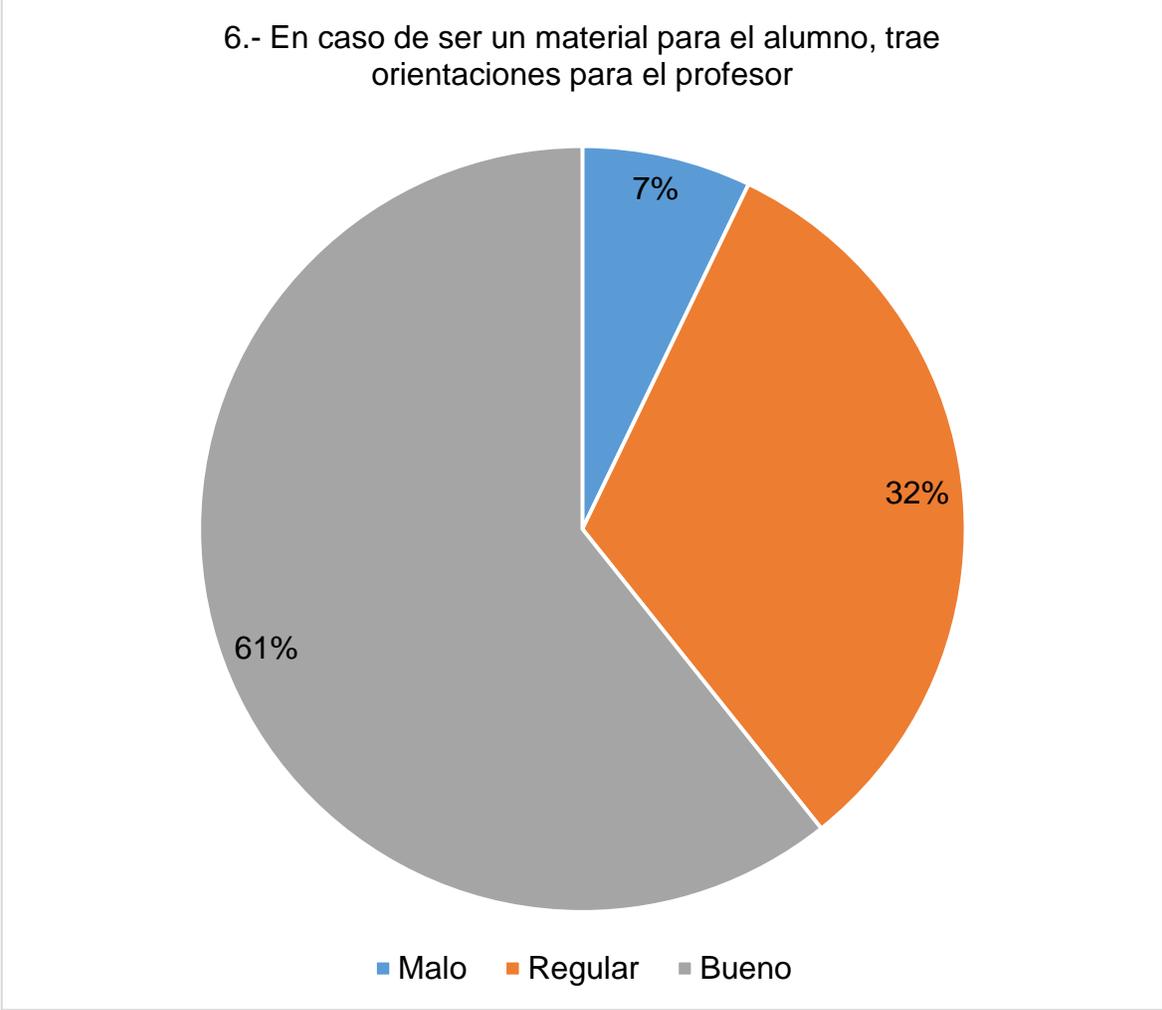
La gráfica nos arrojó en la pregunta 4. Se puede utilizar con niños de distintas edades. Malo 11%, regular 43%, bueno 46%.



La gráfica nos dice en la pregunta 5. Propone actividades para diferentes dificultades de la comunicación y el lenguaje. Malo 4%, regular39%, bueno 57%.

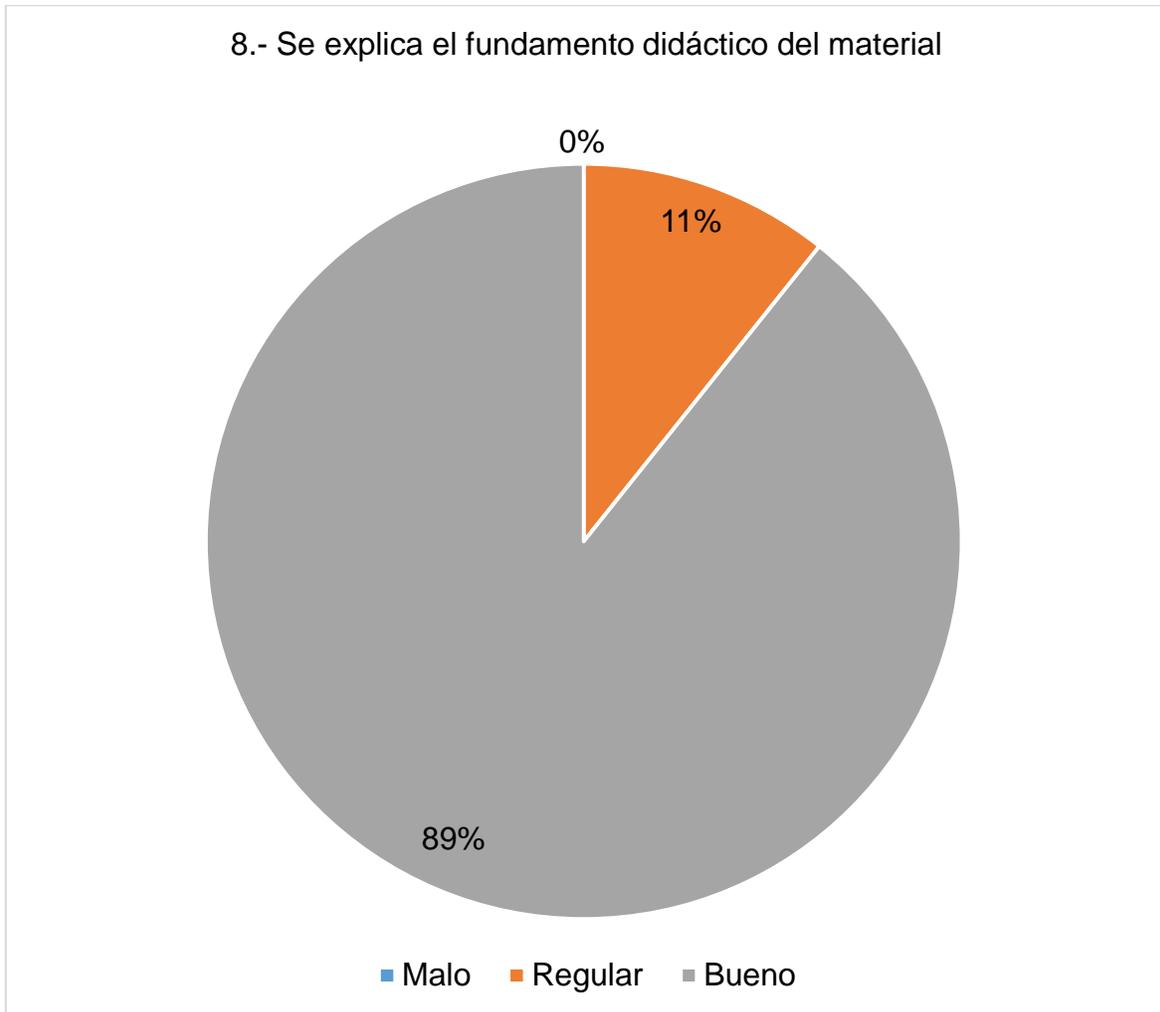


La gráfica nos dio como resultado en la pregunta 6. En caso de ser un material para el alumno, trae orientaciones para el profesor. Malo 7%, regular 32%, bueno 61%.



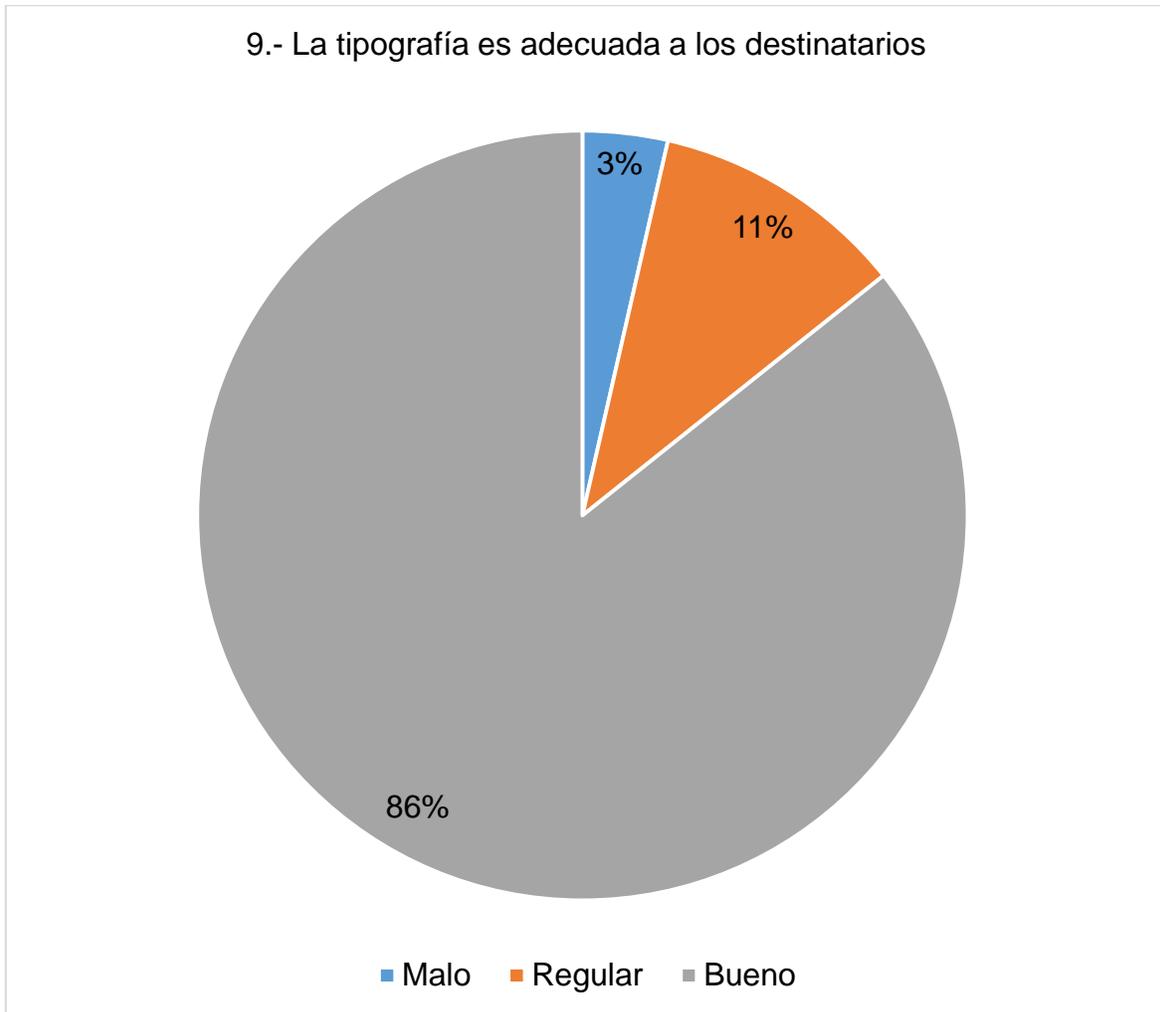
Enfoque Didáctico

La gráfica nos demostró en la pregunta 8. Se explica el fundamento didáctico del material. Regular 11%, bueno 89%.

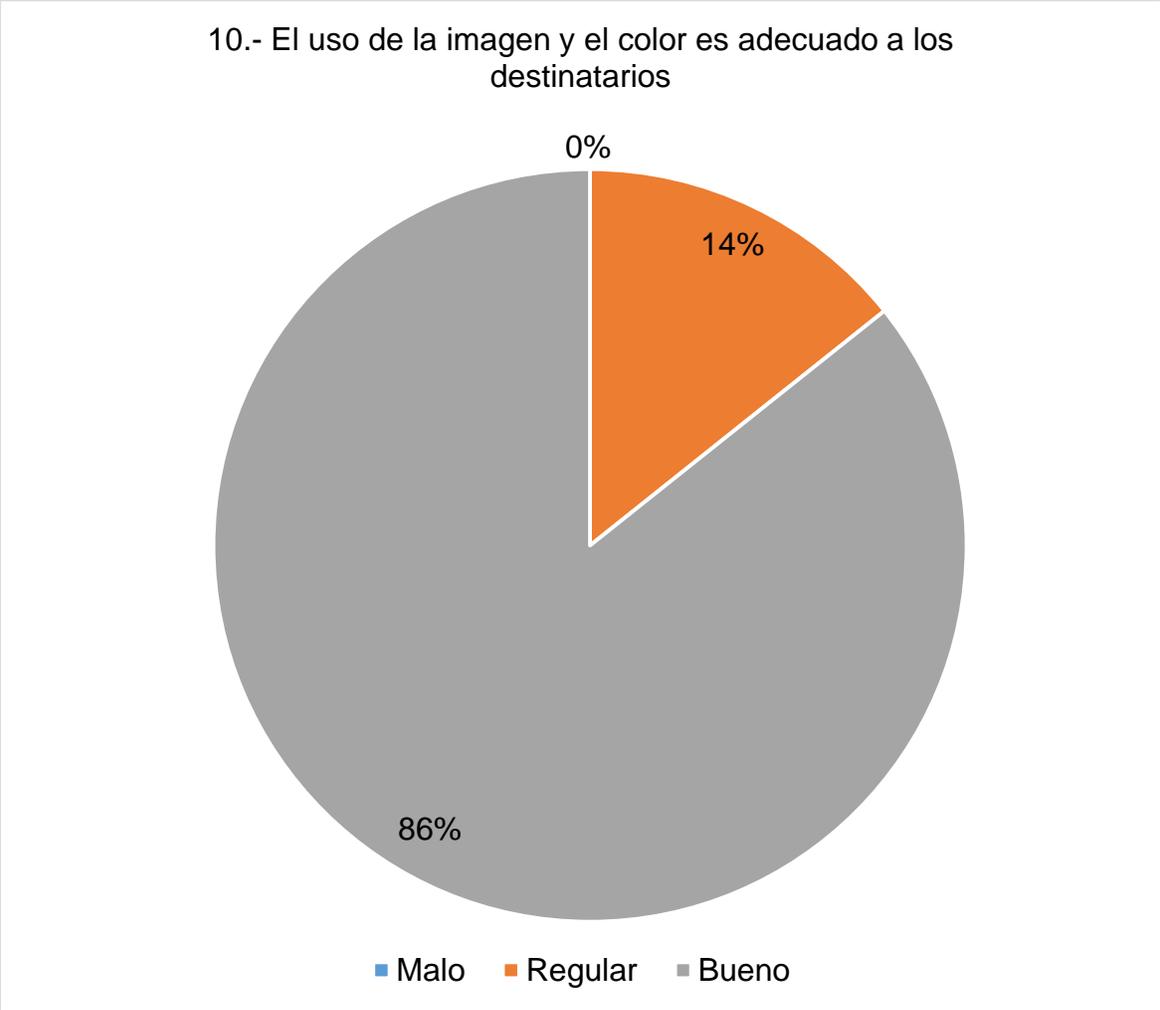


Aspecto Gráfico

La gráfica nos menciona en la pregunta 9. La tipografía es adecuada a los destinatarios. Malo 3%, regular 11%, bueno 86%.

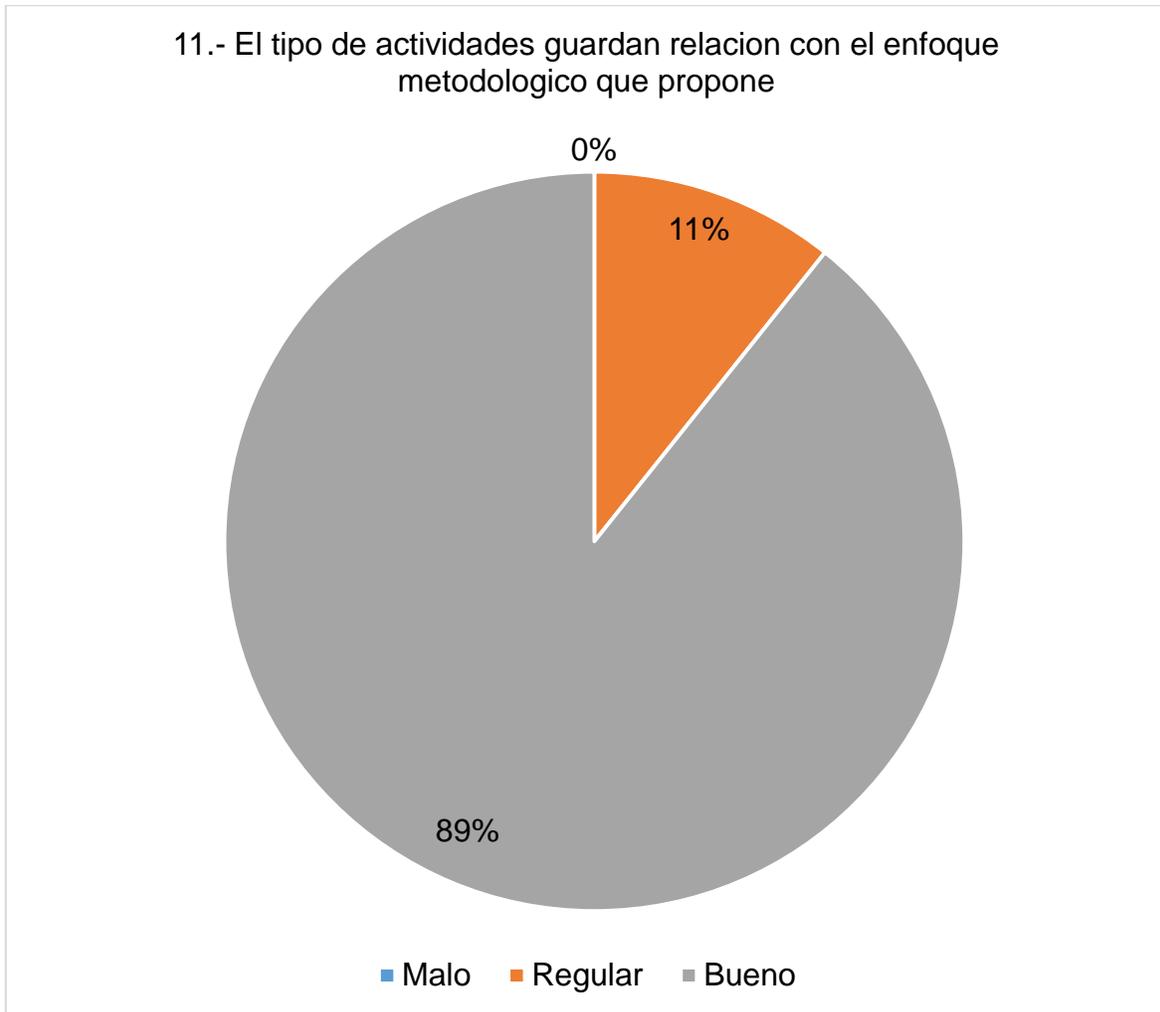


En la pregunta 10 los resultados obtenidos fueron que el uso de la imagen y el color es adecuado a los destinatarios Regular 14%, bueno 86%.

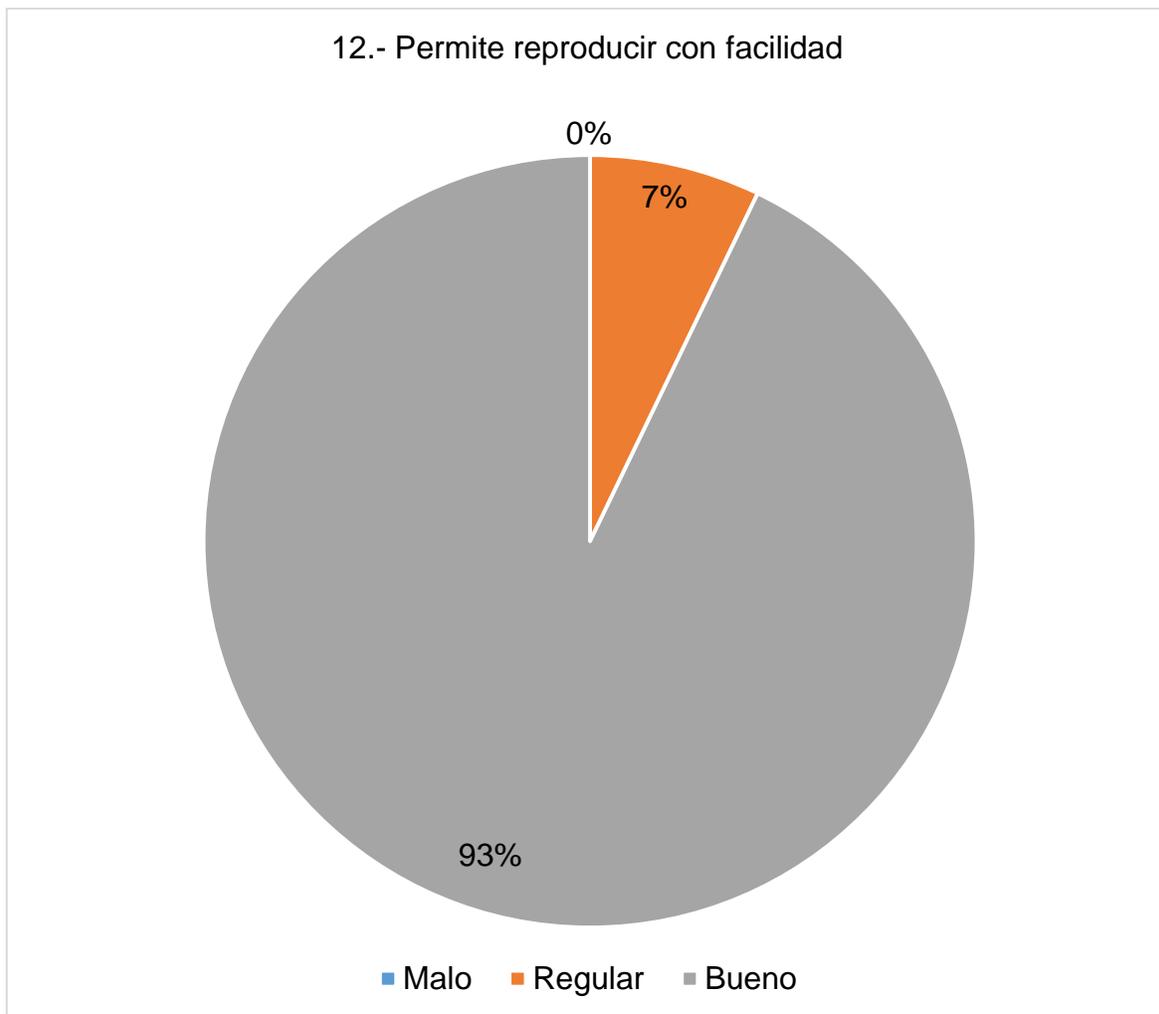


Actividades didácticas utilizadas

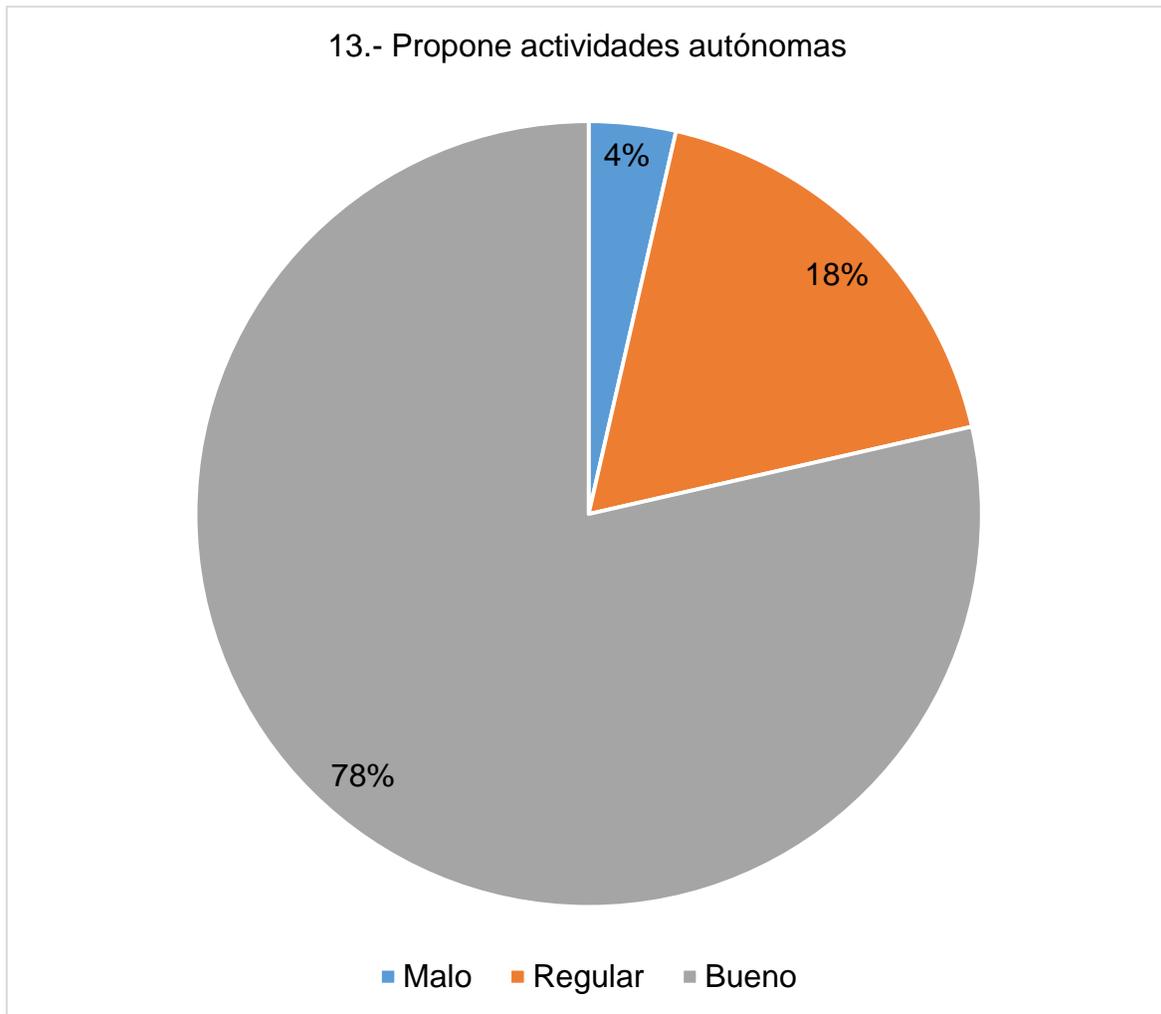
La gráfica nos arrojó en la pregunta 11. El tipo de actividades guardan relación con el enfoque metodológico que propone. Regular 11%, bueno 89%.



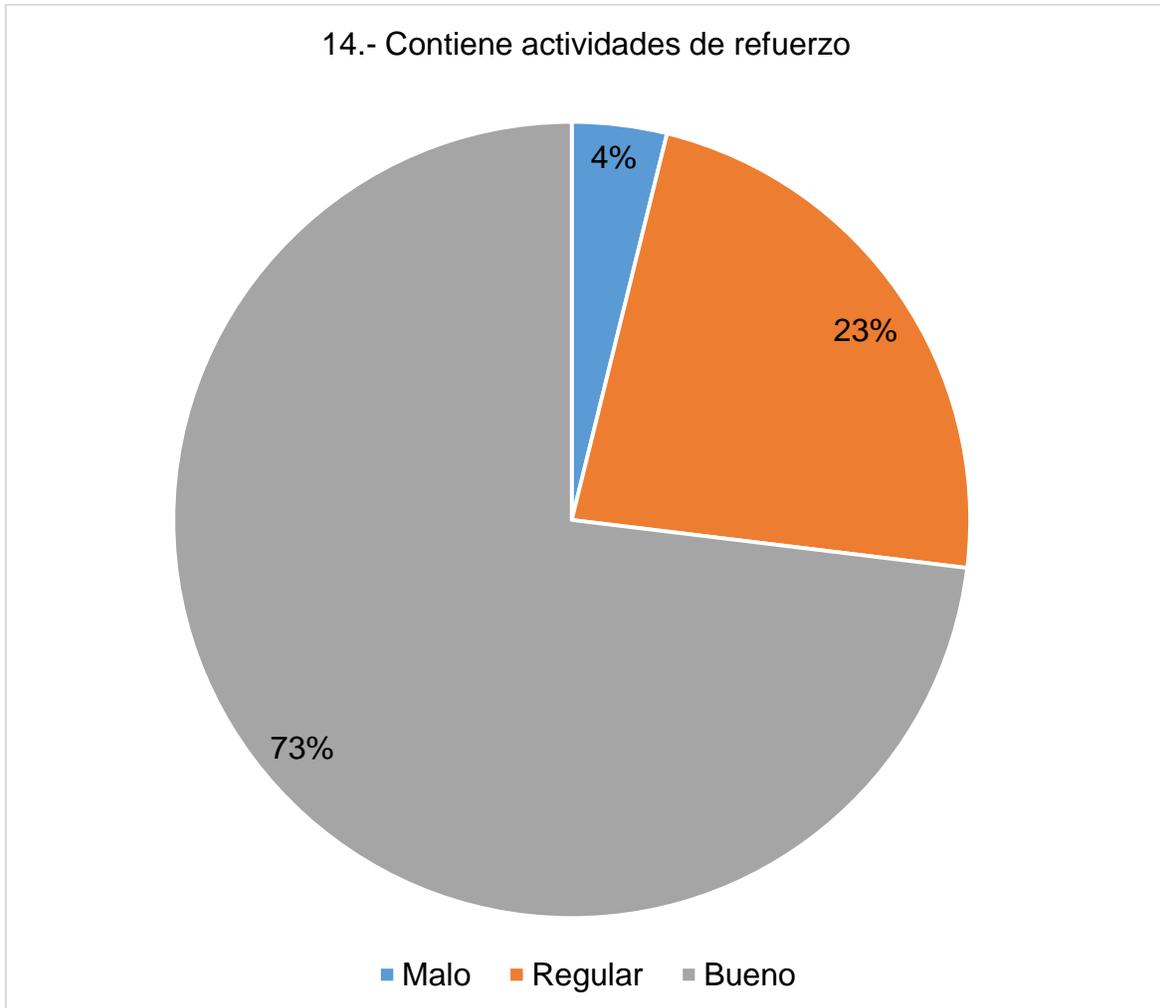
La gráfica nos da como resultado en la pregunta 12. Permite reproducir con facilidad. Regular 7%, bueno 93%.



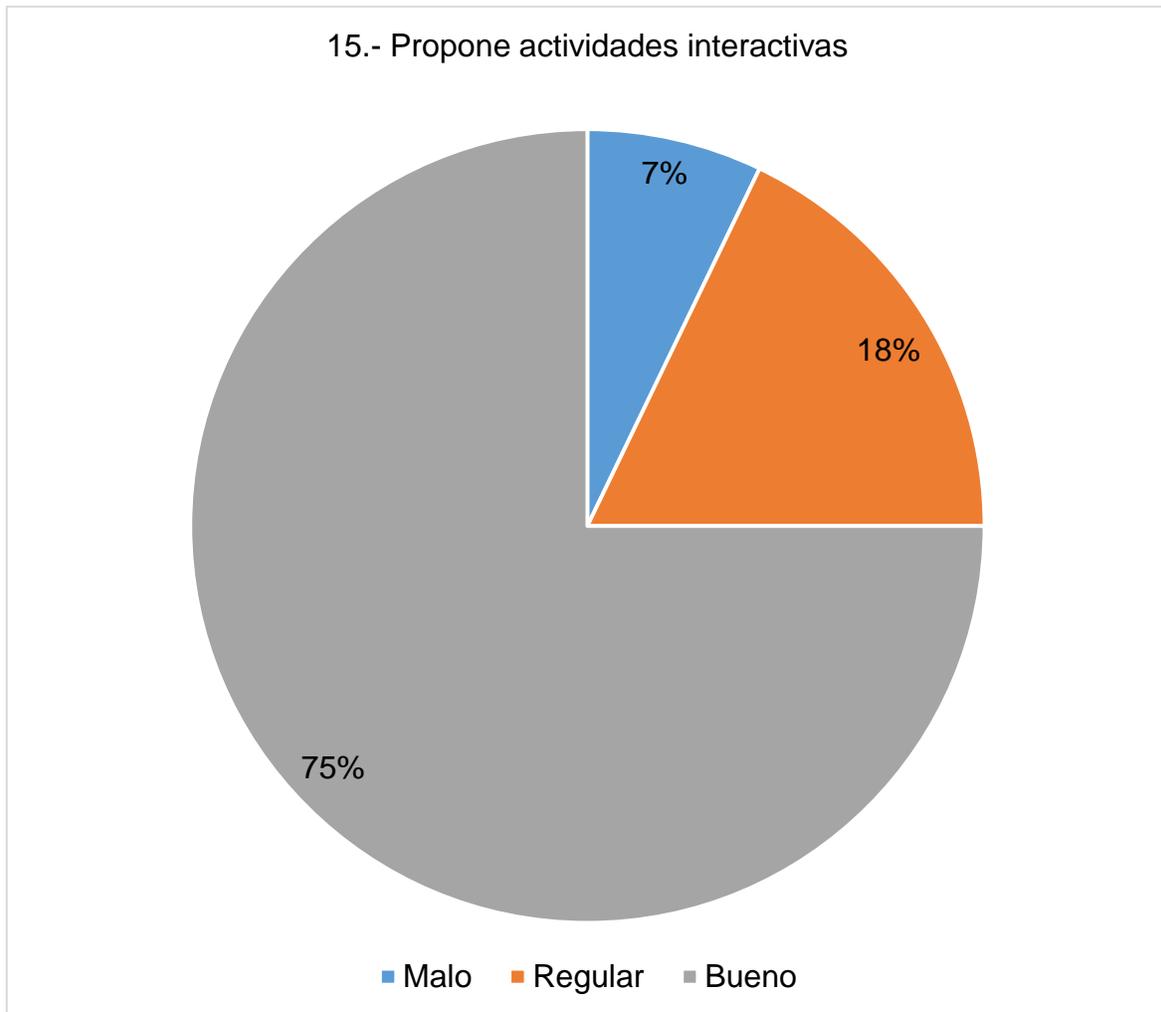
La gráfica nos señala en la pregunta 13. Propone actividades autónomas. Malo 4%, regular 18%, bueno 78%.



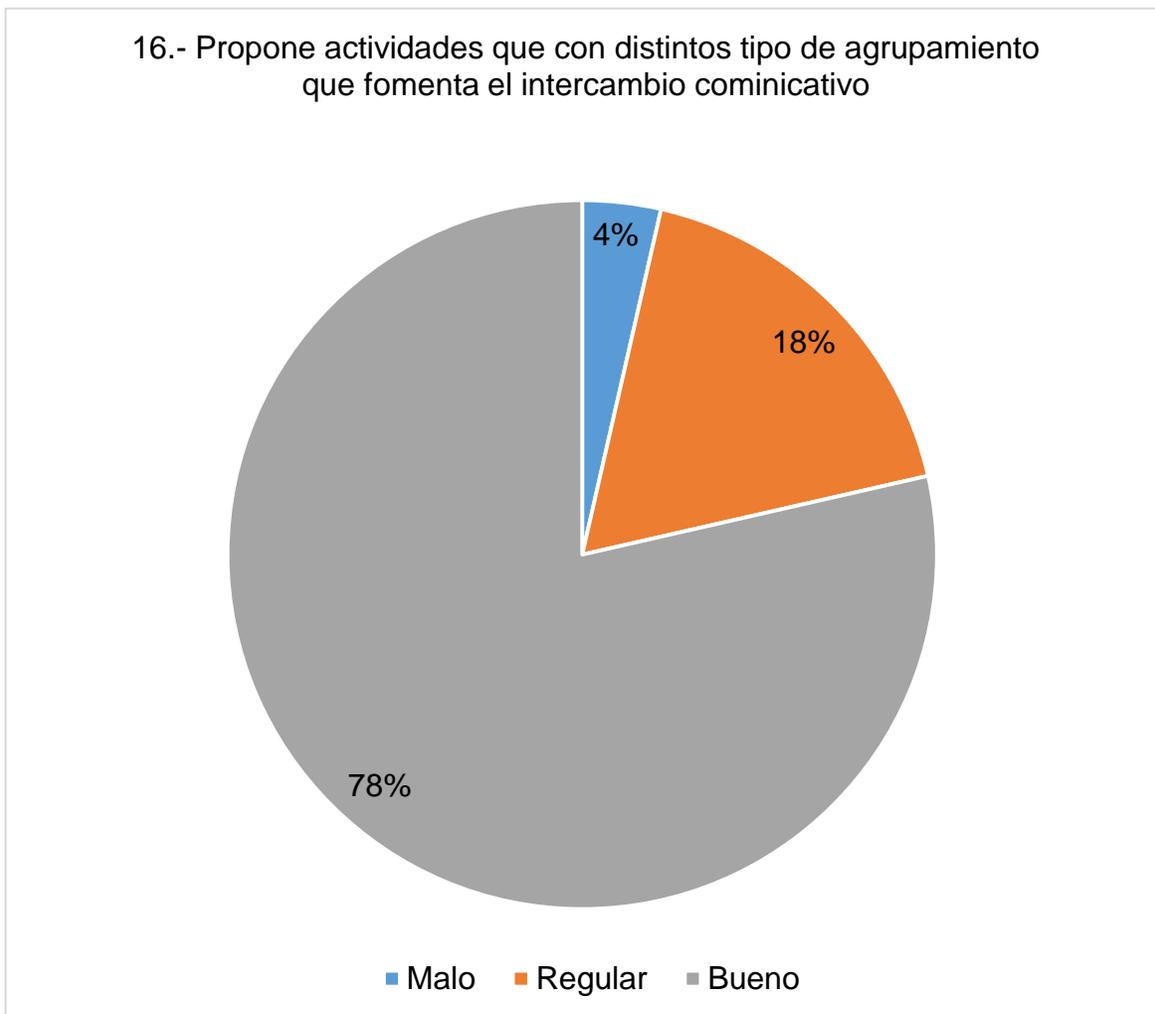
La gráfica nos arrojó en la pregunta 14. Contiene actividades de refuerzo. Malo 4%, regular 23%, bueno 73%.



La gráfica nos dio como resultado en la pregunta 15. Propone actividades interactivas. Malo 7%, regular 18%, bueno 75%.

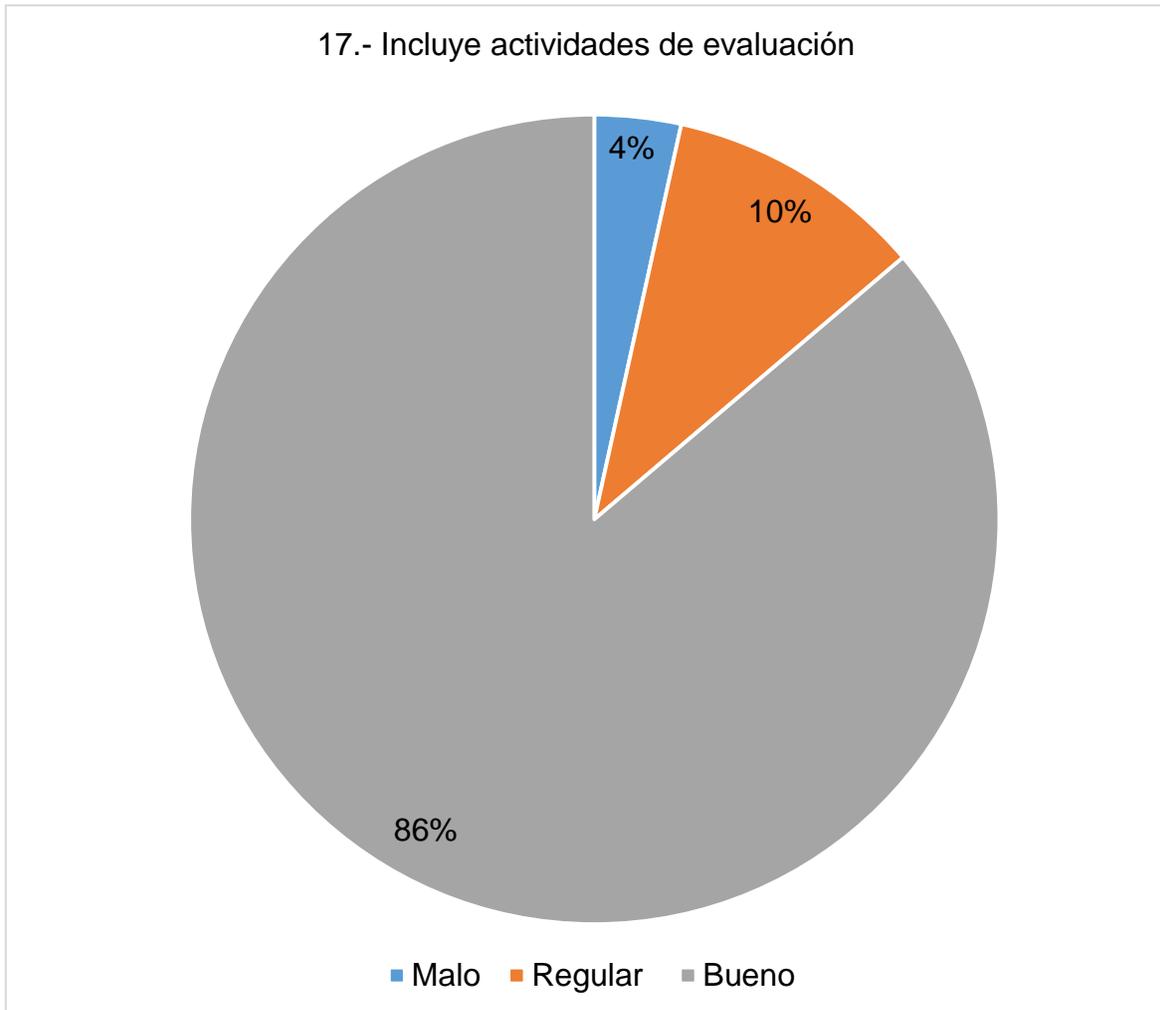


La gráfica nos señala en la pregunta 16. Propone actividades con distintos tipos agrupamientos que fomente el intercambio comunicativo. Malo 4%, regular 18%, bueno 78%.

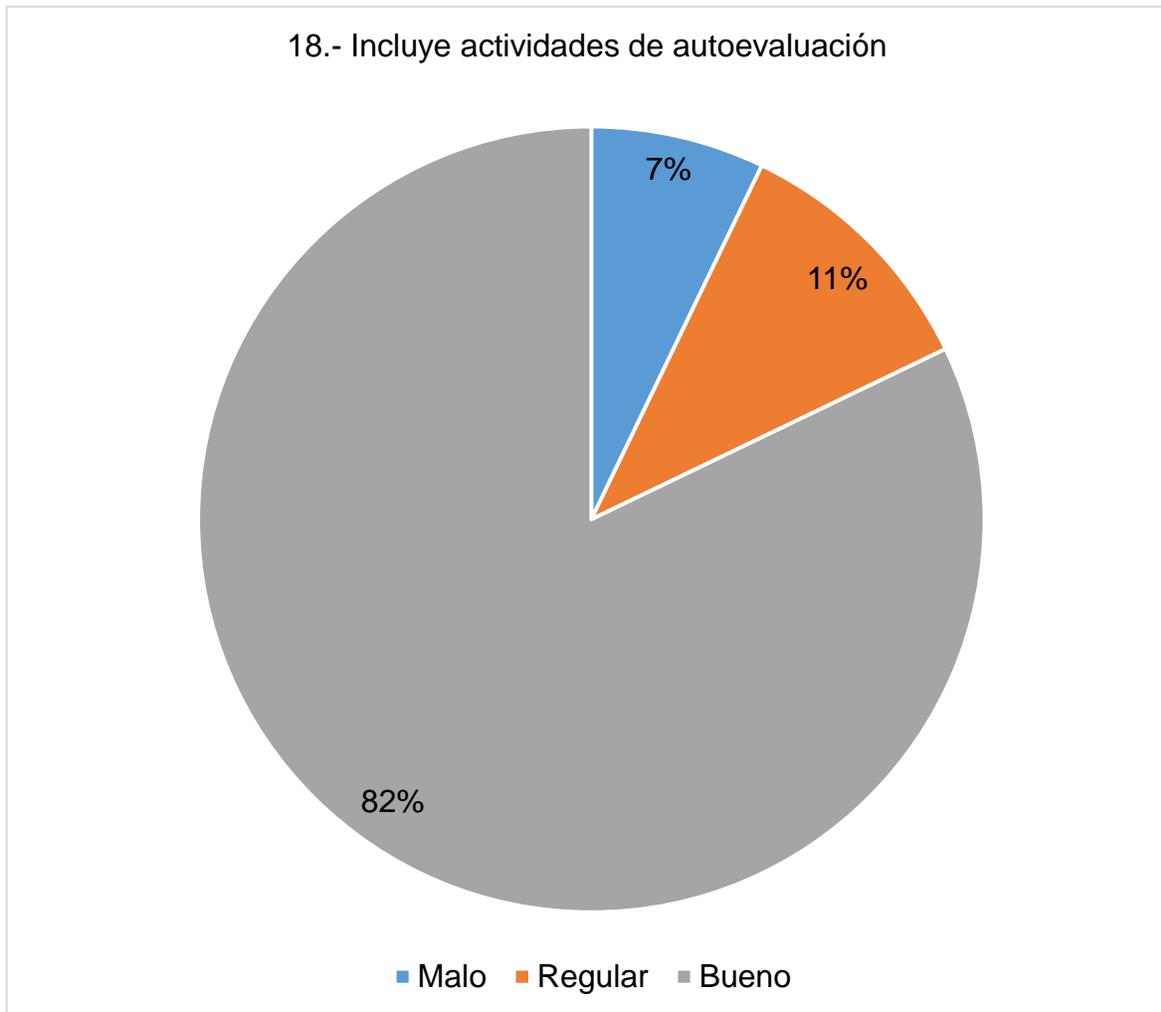


Evaluación de las actividades

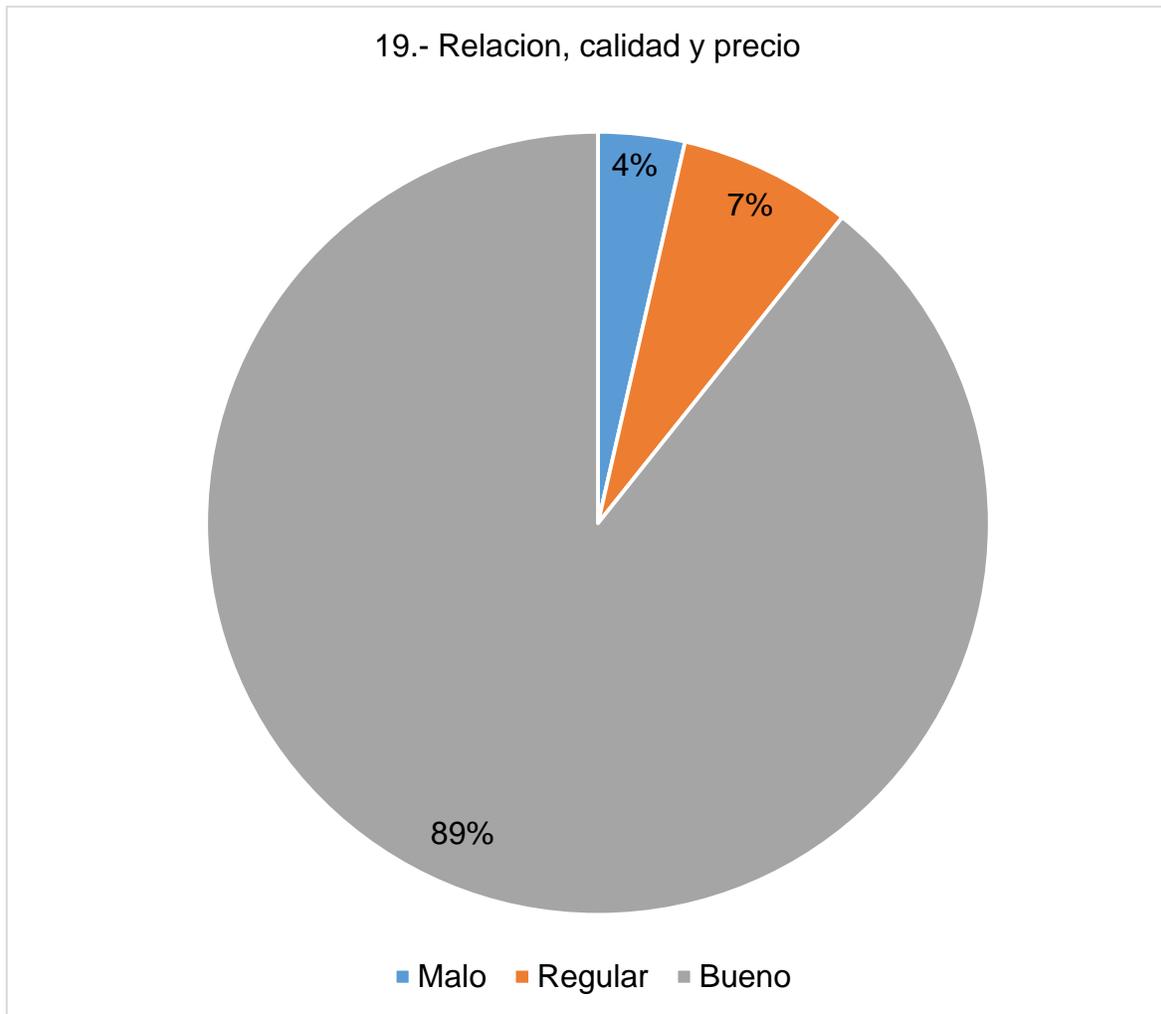
La gráfica nos arrojó en la pregunta 17. Incluye actividades evaluación. Malo 4%, regular 10%, bueno 86%.



La gráfica nos menciona en la pregunta 18. Incluye actividades de autoevaluación. Malo 7%, regular 11, bueno 82%.



La gráfica nos mostró en la pregunta 19. Relación calidad-precio. Malo 4%, regular 7%, bueno 89%.



Proponer un programa de salud basado en Educación Sexual dirigido a adolescentes, para el fortalecimiento del programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”.

De acuerdo a lo detectado en los adolescentes a través del instrumento (Anexo 4) nos dimos cuenta que tienen muchas dudas referente a métodos anticonceptivos, ya que la mayoría de las dudas expresadas en la implementación del programa de salud “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS” eran relacionadas a este tema. Es importante implementar sesiones educativas en donde se les informe a los adolescentes todo lo relacionado a métodos anticonceptivos y educación sexual, con la finalidad de que tengan un mayor conocimiento sobre estos temas y por lo tanto contribuir a disminuir el riesgo de tener un embarazo a temprana edad. Por lo anterior se diseñó la propuesta de programa “SEXUALIDAD RESPONSABLE: UNA VIDA MAS PLENA Y FELIZ” (Anexo 7) el cual considera en todo momento los conocimientos, los aspectos didácticos, mismos que se organizan bajo la mirada de la Licenciatura en Educación para la Salud.

CAPITULO 5. ANALISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se realiza el análisis de los resultados obtenidos organizados de igual forma en torno a los objetivos específicos de la investigación.

5.1 Sobre la implementación del programa de salud “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”

La implementación de este programa para ayudar a contribuir a la disminución del embarazo adolescente, no fue una propuesta que lograra cumplir su objetivo a la hora de la implementación. Debido a que los adolescentes se quedaron con muchas dudas acerca de los métodos anticonceptivos, estas dudas se pudieron identificar con el instrumento que utilizamos para medir cuánto sabían acerca de los métodos anticonceptivos (Anexo 4) y las dudas externadas a la hora de las sesiones, notamos que los adolescentes no saben cómo cuidarse al tener una relación sexual.

El material didáctico utilizado en las sesiones del programa de salud “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”, fue de utilidad, sin embargo pudo haberse utilizado un material que impactara y llamara más la atención de los adolescentes y así reforzar su conocimiento.

La Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de la planificación familiar nos dice que, la planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños y con su aplicación se cumple el derecho de toda persona de estar informado para decidir de manera libre, responsable e informada, por lo que se da

cumplimiento a lo estipulado, ya que todos los adolescentes conocen el condón masculino.

La Norma anterior la cual es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores pública, social y privada del país, habla sobre los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos. Por ello es importante que se difunda el uso del condón femenino, siendo éste uno de los métodos que se consideran más importantes.

Podemos notar que es importante y obligatorio que los adolescentes conozcan los métodos anticonceptivos como es el condón femenino y aunque más de la mitad de los adolescentes lo conocen, un 29% se encuentra en desventaja, pues lo desconocen y por consiguiente no saben cómo utilizarlo para disminuir embarazos e infección de transmisión sexual, aunque sí se ven un cambio antes de comenzar las sesiones que se impartieron, pues antes era un mayor número de personas que no lo conocían

Esta Norma nos muestra también la forma adecuada de la colocación de condón masculino, el cual debe usarse uno nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito. Cada condón debe usarse una sola vez, verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor a cinco años. Indica que se coloca el preservativo cuando el pene este erecto. Al poner el condón se debe presionar la punta de este, para evitar la formación de burbujas de aire, e ir desenrollándolo hasta llegar a su base. Cuando el hombre no esté circuncidado debe retraer el prepucio hacia la base del pene antes de colocar el condón. Posterior a la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando aún esté erecto, sosteniendo el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal. Se anudará el preservativo antes de su depósito final en un basurero, evitando derramar el semen. En caso necesario, se emplearán únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo.

Todos los adolescentes respondieron que saben cómo se utiliza el condón masculino por lo que se da cumplimiento a la Norma.

Más de la mitad de los adolescentes no saben cómo utilizar el condón femenino y esto es un dato alarmante. La campaña para la promoción del uso del preservativo femenino, nos dice su colocación correcta: verificar que la fecha de manufactura o fabricación no sea mayor de 5 años, leer cuidadosamente las instrucciones para su colocación antes del coito, lavarse cuidadosamente las manos con agua y jabón, estar en una posición cómoda para la colocación, puede ser sentada o acostada con las rodillas separadas o parada apoyando un pie sobre un objeto a una altura aproximada de 60 cm, sacar el condón de su envoltura cuidadosamente, tomar el extremo cerrado del condón con los dedos índice medio y pulgar, aplastando el anillo como si se formara un "8" para poder insertarlo en la vagina, asegurarse que el anillo interno del condón quede colocado a una profundidad de aproximadamente 5 cm dentro de la vagina, cuidado que el extremo abierto del condón debe quedar por fuera de la vagina, cubriendo los genitales externos (vulva). El condón femenino se puede colocar hasta 8 horas antes de tener una relación sexual y la protección anticonceptiva es inmediata. Debe quitarse inmediatamente después de la relación sexual, tomando el aro externo teniendo cuidado de no derramar el semen, girar tres veces y jalarlo hacia a fuera y envolver el condón en papel higiénico y tirarlo a la basura, nunca a la taza del baño.

Con la información que los adolescentes tenían antes de nuestra intervención, muy pocos tuvieron certeza de que el buen uso del condón les puede proteger de embarazos a temprana edad y que no obstante a las sesiones previas, estos temas no les quedan claros, por lo que podemos notar que el objetivo de la Norma Oficial Mexicana de difundir que el condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA y prevención de embarazos no se cumple adecuadamente.

La Campaña para la promoción del uso del preservativo femenino nos informa que este método anticonceptivo está fabricado de un material mucho más resistente que el del condón masculino, pero al igual que éste nunca se puede utilizar más de una vez, a pesar de la existencia de esta campaña, a la mayoría de los adolescentes no les queda claro este tema.

Con respecto al uso conjunto de los condones masculino y femenino, los adolescentes siguen confundidos, ya que solo 36% contestaron correctamente, por lo que no se da un total cumplimiento a la campaña, la cual nos informa que nunca se deben usar dos condones a la vez (el masculino y el femenino) en la misma relación sexual ya que la fricción entre ellos puede ocasionar la ruptura de alguno de éstos.

La mayoría de los adolescentes no saben con claridad cómo se utiliza la píldora de emergencia ni cómo es que esta funciona., por lo que El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en su apartado de planificación familiar y métodos anticonceptivos, nos informa que las pastillas de emergencia, no son un método regular de anticoncepción, no interrumpe embarazos en curso y no protege contra Infecciones de transmisión sexual.

La mayoría de los adolescentes saben que existen efectos secundarios al utilizar métodos anticonceptivos hormonales, como la alteración del ciclo menstrual. Por lo que se da cumplimiento a la Norma Oficial NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de la planificación familiar ya que nos informa que entre los efectos colaterales de estos métodos se encuentran irregularidades menstruales, cómo por ejemplo hemorragia, manchado prolongado o ausencia de la menstruación (amenorrea), cefalea y mastalgia.

Gran parte de los adolescentes no tienen claro los aspectos relacionados al implante subdérmico, por lo que no se difunde con gran impacto la información que nos brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social, en su apartado de planificación familiar y métodos anticonceptivos, en donde nos habla acerca del este anticonceptivo, el cual es temporal, altamente eficaz desde las 24 horas de su aplicación y su efectividad es mayor al 99.5%, y se debe tener en cuenta que en cuanto se retira existe un retorno rápido de la fertilidad.

Más de la mitad de los adolescentes no saben con certeza cada cuanto tiempo se debe aplicar el método anticonceptivo inyectable, por lo que es evidente que no se difunde de manera correcta la información que nos brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde no indica que las inyecciones hormonales anticonceptivas se aplican vía intramuscular en el glúteo.

Existen anticonceptivos inyectables de aplicación mensual, en donde la primera inyección se debe aplicar entre el primero y quinto día de la menstruación y las siguientes inyecciones se aplican cada 30 días, sin dejar pasar más de 3 días para asegurar su eficacia.

En cuanto a los anticonceptivos inyectables de aplicación trimestral, la primera inyección se debe aplicar entre el primero y séptimo día de la menstruación, las siguientes inyecciones se aplican cada 90 días, sin dejar pasar más de 3 días para asegurar la eficacia anticonceptiva del método.

En ambos casos, si la inyección no se aplica en la fecha indicada se debe utilizar preservativo en las relaciones sexuales hasta la siguiente menstruación y después llevar a cabo su aplicación correcta.

Podemos darnos cuenta que los adolescentes tienen dudas acerca de la efectividad de los métodos anticonceptivos de barrera y definitivos y probablemente de los demás métodos, por lo que no se da cumplimiento a lo que la Norma Oficial NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de la planificación familiar, nos muestra en cuanto a la efectividad para la prevención de embarazos no deseados de los métodos anticonceptivos definitivos y de barrera.

La oclusión tubaria bilateral es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en el ligamento de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización. Y bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. Al igual que el anterior, la vasectomía es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en cortar los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Por otra parte los métodos de barrera son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico. Como por ejemplo el condón masculino, el cual si se usa de manera correcta brinda protección anticonceptiva del 85 al 97%. También existe el condón femenino que tiene una efectividad entre 79% y 98% si se utiliza de manera adecuada.

El documento “Hablemos de Sexualidad: Guía didáctica” emitido por el Gobierno del estado de México, nos dice que las y los adolescentes de hoy están expuestos a una mayor información sobre la sexualidad., puesto que puede llegar de diversas fuentes, como por ejemplo amigos, libros, enciclopedias, Internet, radio, televisión, etc. Algunos jóvenes obtienen información en programas formales de educación sexual ofrecidos en escuelas u otros centros educativos. Por lo que es bueno saber que la mayoría de los adolescentes reciben información de sus padres o de la escuela sobre estos temas, ya que puede ser menos probable que exista una distorsión de la información y por lo tanto que los adolescentes caigan en conductas de riesgo que los expongan a un embarazo a temprana edad, sin embargo es importante conocer si los padres y profesores cuentan con la información adecuada sobre estos temas.

La mayoría de los adolescentes tienen pláticas sobre sexualidad con sus padres, por lo que esto es un factor protector para poder evitar un embarazo a temprana edad, sin embargo, es importante que los padres tengan la certeza de que la información que les brinden a sus hijos sea la adecuada. El mismo documento mencionado anteriormente nos dice que las y los adolescentes están ansiosos de

obtener información sobre sexualidad y desean tener la posibilidad de hablar de estos temas abierta y honestamente, eso se traduce en una necesidad de educación sexual integral, así como de más profesionales que desarrollen programas o informen sobre educación sexual.

El documento anterior menciona que los padres también son los primeros en forjar la conciencia moral de los hijos y aunque la educación sexual es parte importante de las funciones de los padres y las madres, esta no es asumida adecuadamente, ya que es necesario para él y la adolescente contar con el apoyo, confianza y comprensión a sus dudas y conflictos, que solo la comunicación afectiva y efectiva entre padres e hijos puede lograr. Sin embargo, nos podemos dar cuenta, que esto no se lleva a cabo del todo, ya que casi al 40% de los adolescentes no hablan con sus padres sobre la utilización correcta de métodos anticonceptivos. A pesar de esto no podemos asegurar que la mayoría de padres que lo realizan estén suficientemente informados, para que exista una buena educación sexual en casa.

Las estadísticas de análisis de la Secretaría de Educación Pública, 3.7% de los jóvenes que cursan el Bachillerato se encuentran en riesgo de abandonar la escuela a consecuencia de los embarazos tempranos. Y esto se refleja con los resultados, pues más de la mitad de los adolescentes, están conscientes de que un embarazo a su edad, les complicaría seguir adelante con sus estudios, ya que tendrían que comenzar a trabajar para cubrir las necesidades del bebé.

Whitehead, nos dice que los factores protectores eliminan el riesgo de enfermedad o problemática y facilitan la resistencia a ella. Un ejemplo serían los factores psicosociales como el apoyo social y un sentido de finalidad y dirección en la vida, pues estos ayudan a proteger la salud. Esto es bueno, ya que la

mayoría de los adolescentes tiene un proyecto de vida definido, por lo que puede ayudar a disminuir la probabilidad de un embarazo a temprana edad.

El documento “Hablemos de Sexualidad” nos dice que la educación sexual informal ocurre cuando no existe una planeación, a lo largo de la vida del individuo como resultado de la interacción diaria con otras personas, de manera más importante durante la infancia. Pretende desarrollar en la población la comprensión de la naturaleza y las necesidades de su propia sexualidad, así como modificar los roles sexuales y del lugar que ocupa la sexualidad en la vida personal y familiar del individuo. Sin embargo, nos damos cuenta que el 36% de los adolescentes no tienen la confianza de hablar con sus padres sobre estos temas, y por consecuencia no puede existir una educación sexual eficiente en el hogar.

El documento mencionado anteriormente, nos informa que algunos jóvenes obtienen información sexual en programas formales de educación sexual ofrecidos en escuelas, instituciones religiosas y otros centros educativos. Sin embargo podemos ver que en la escuela no siempre se imparten temas de educación sexual y esto hace que exista riesgo de embarazos a temprana edad por la falta de información en las escuelas, por lo que es importante que se de orientación, educación y promoción en temas de sexualidad a los adolescentes.

El documento anterior, nos informa que hay un gran número de adolescentes que realmente no saben o no entienden hechos significativos sobre la sexualidad. Hay muchos más que no han tenido la oportunidad de pensar sobre cómo el sexo formará parte de sus vidas y de cómo tomarán sus propias decisiones acerca de él. También hay un buen número de jóvenes insatisfechos con lo relacionado al sexo, quienes se sienten culpables y ansiosos acerca de su comportamiento sexual o que carecen de él. Y esto se ve reflejado en los resultados, ya que el

43% de los adolescentes creen que el conocimiento que tienen sobre temas de sexualidad no es el suficiente, por lo que es evidente que aún tienen muchas dudas en cuanto a estos temas.

5.2 Sobre el cumplimiento de los objetivos educativos del programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”

Los objetivos educativos propuestos en el programa de salud “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS” fueron:

- *Concientizar a los adolescentes sobre los mitos y tabúes referentes a la sexualidad*
- *Generar motivación en los adolescentes a ampliar aspiraciones personales alargando así el momento en que vivan la maternidad.*

Se da cumplimiento al objetivo particular de cada sesión, sin embargo no se abordan temas sumamente relevantes para que se ayude a disminuir la prevalencia del embarazo adolescente, por lo que los objetivos no están estrechamente relacionados con lo que da a entender el propio nombre del programa.

5.3 Sobre la evaluación de las estrategias didácticas del programa Propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”

Según los resultados arrojados, nos muestran que sí se presenta el desarrollo de los puntos más importantes del tema que se abordó, por lo que se da cumplimiento a lo que dice la Secretaría de Educación Pública, ya que debe haber un dominio del contenido, teniendo precisión en el manejo de la información, en la cual se deben desarrollar los puntos más importantes del tema para que exista una mayor claridad y entendimiento del mismo.

Con los resultados obtenidos, se muestra que se utilizan los conceptos y argumentos importantes con precisión del tema, por lo que la misma organización, que se mencionó anteriormente nos habla que se debe tener dominio del contenido: precisión en el manejo de la información y manejo de los conceptos y argumentos sobresalientes.

Según los resultados, se evidencia que la información que se presento es concisa, por lo que la misma organización nos habla que se debe tener dominio del contenido: precisión en el manejo de la información y manejo de los conceptos y argumentos sobresalientes.

Según los resultados obtenidos, se muestra que se relacionan los conceptos y argumentos sobre el tema, por lo que se cumple de manera eficaz lo que nos menciona la misma organización, donde nos habla que se debe tener en el dominio del contenido, manejo de los conceptos y argumentos sobresalientes, También se incluye coherencia y la lógica con que se expone la información en su conjunto.

Los resultados que se arrojaron, nos damos cuenta que se presentan de manera correcta la ideas claras que se abordan sobre el tema, por lo que se da cumplimiento a lo que nos dice la misma organización donde nos habla que debe de existir coherencia y organización del contenido: forma en que se organiza la información para ser presentada a la audiencia, donde se incluye una introducción, desarrollo, y conclusiones del tema. También se incluye coherencia y la lógica con que se expone la información en su conjunto.

Con los resultados, se evidencia que se presenta una introducción y conclusión sobre los temas impartidos, por lo que se da cumplimiento a lo que nos menciona la misma organización, ya que debe de existir coherencia y organización del contenido: forma en que se organiza la información para ser presentada a la

audiencia, donde se incluye una introducción, desarrollo, y conclusiones del tema. También se incluye coherencia y la lógica con que se expone la información en su conjunto.

Con los resultados obtenidos, es evidente que se utilizan ejemplos que enriquecen y clarifican el tema de exposición, por lo que se cumple con lo que nos menciona la organización que venimos mencionando con anterioridad, ya que las aportaciones propias, enriquecen y clarifican la información ya que no proceden textualmente del material consultado. Entre las aportaciones se encuentran los ejemplos propuestos por los estudiantes y su consiguiente relación con el tema.

Según los resultados, es evidente que se incluyeron materiales de elaboración propia que servían de apoyo, por lo que se da cumplimiento con lo que menciona la misma organización, ya que se tiene que tener un uso de apoyos didácticos: preparación de materiales (diapositivas, rotafolios, etc.) para apoyar su exposición con determinadas características que permitan a la audiencia su consulta. También se refiere a la forma en que se utiliza el material para apoyar la exposición.

Con los resultados nos damos cuenta que la información se presenta sin saturación, con fondo y tamaño de letra ideal para ser consultada por los alumnos, por lo que se da cumplimiento con los que nos menciona la misma organización, ya que se debe de tener determinadas características que permitan a la audiencia su consulta en el apoyo de su exposición.

Con los resultados arrojados nos damos cuenta que hubo un apoyo en el material leyendo y desarrollando las ideas, por lo que se da cumplimiento a lo que dice la misma organización en donde nos menciona que el uso de apoyos didácticos: preparación de materiales (diapositivas, rotafolios, etc.) para apoyar su exposición con determinadas características que permitan a la audiencia su consulta.

También se refiere a la forma en que se utiliza el material para apoyar la exposición.

Los resultados obtenidos nos muestran que hubo una articulación y volumen pertinente para ser escuchadas por los alumnos, por lo que se da cumplimiento a lo nos menciona la misma organización, pues en habilidades expositivas que se refiere a la capacidad que muestran las y los estudiantes para mantener el interés de la audiencia por medio de la articulación de las palabras, el volumen de voz, el contacto visual con la audiencia y el respeto por el tiempo de exposición.

Los resultados arrojados nos muestran que se mantuvo un constante contacto visual con los alumnos, por lo que se da cumplimiento con los que nos menciona la misma organización, donde nos habla que las habilidades expositivas que se refiere a la capacidad que muestran las y los estudiantes para mantener el interés de la audiencia por medio de la articulación de las palabras, el volumen de voz, el contacto visual con la audiencia y el respeto por el tiempo de exposición.

Según los resultados obtenidos, nos damos cuenta que la postura que se presentó ante el grupo fue la adecuada, por lo que se da cumplimiento a lo que nos menciona la misma organización, ya que en cuanto a las habilidades expositivas que se refiere a la capacidad que muestran las y los estudiantes para mantener el interés de la audiencia por medio de la articulación de las palabras, el volumen de voz, el contacto visual con la audiencia y el respeto por el tiempo de exposición.

5.4 Sobre la evaluación del material didáctico del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”

Con los resultados obtenidos nos damos cuenta que existieron diferentes apoyos de material didáctico y que además permitieron reproducir con facilidad la información que se deseaba brindarle a los alumnos, como por ejemplo, videos y carteles. Además existieron dinámicas que fueron

autónomas y otras interactivas en donde se crearon diferentes grupos y existió un intercambio comunicativo entre ellos, a pesar de trabajar con compañeros con los que no están acostumbrados y que resultaron ser muy interesantes para los alumnos, como una dramatización la cual consistió en representar la problemática que se estaba abordando y al mismo tiempo resultó ser una actividad que reforzó la información brindada en la sesión, por lo que se da cumplimiento a lo que menciona Nérici en su libro “Hacia una didáctica general dinámica” en el apartado de material didáctico.

Con los resultados nos dimos cuenta que la mayoría de los adolescentes contestaron que existió material complementario que pudieron manipular por lo que se cumple con lo que el libro mencionado anteriormente, ya que el material didáctico debe ser realmente eficaz, adecuado al asunto de la clase, fácil de aprender y manejar y estar en perfectas condiciones de funcionamiento, pues esto favorece la retención de la información brindada y por lo tanto un mejor aprendizaje.

De igual forma Nérici nos dice que se debe tomar en cuenta el tamaño de las cosas que se presentan como apoyo a la sesión, como por ejemplo los objetos, letras o palabras que se muestran ante los alumnos, pues esto es fundamental para que exista o no una buena transmisión de la información y por lo tanto del conocimiento que puedan adquirir los jóvenes.

También es importante tener en cuenta algunos aspectos que son decisivos para la eficiencia del material didáctico, como por ejemplo las imágenes y el color, ya que estos deben ser escogidos de manera que se combinen y no constituyan conjuntos desagradables y difíciles de distinguir, además de que la eficacia en la transmisión de un mensaje puede aumentar o disminuir según el color adoptado para transmitirlo. Por lo que se da cumplimiento a ello, ya que la mayoría de los adolescentes creen que esto se utilizó de manera adecuada.

5.5 Sobre la propuesta de un programa de educación sexual dirigido a adolescentes

Debido a la necesidad de información que los adolescentes expresaron en la implementación del programa, es necesario que se desarrollen y apliquen sesiones educativas sobre temas que complementen y refuercen lo aprendido con el programa de “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”.

Si los jóvenes no saben cómo cuidarse, es muy probable que se tengan que enfrentar la situación de experimentar un embarazo adolescente y todas las consecuencias que esa problemática conlleva. Las sesiones que se llevaron a cabo en el programa de salud “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”, incluían temas importantes en el desarrollo y aprendizaje de su sexualidad pero no abordaban aspectos fundamentales para la disminución de esta problemática como los son métodos anticonceptivos, el cual es un tema que se debe conocer ampliamente a esta edad, puesto que es una de las bases fundamentales para que los jóvenes se protejan y disminuyan considerablemente el riesgo de tener un embarazo no deseado. Y por otra parte, los adolescentes también deben conocer las consecuencias a las que se enfrentan en un embarazo a temprana edad, puesto que estas abarcan todos los aspectos, tanto físico, psicológico y social.

Por ello decididos realizar una propuesta con el objetivo de contribuir a la disminución de los embarazos en adolescentes, en donde enriqueciendo el contenido temático y generando una adecuación al material didáctico propuesto por el programa anterior se aborden los temas mencionados anteriormente y así poder lograr que los jóvenes tengan las herramientas necesarias para prevenir un embarazo.

CAPITULO 6. CONCLUSIONES

Al considerar el análisis de los resultados obtenidos se llegó a diferentes conclusiones, mismas que se expresan a continuación:

6.1 Sobre el Marco Teórico elaborado

Al meditar sobre la ubicación de la Licenciatura en Educación para la Salud la cual está ubicada en las Ciencias Sociales, fue posible elaborar el Marco Teórico con aportaciones de las Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y Ciencias Pedagógicas.

6.2 Sobre la metodología utilizada

Esta misma perspectiva multi y transdisciplinar de la Licenciatura permitió que para el cumplimiento de los objetivos planteados, se utilizaran métodos cuantitativos y cualitativos, dándole ese mismo diseño a la investigación.

6.3 Sobre el enriquecimiento al área del conocimiento de la Licenciatura en Educación para la Salud.

Enriquecimos a la Licenciatura en Educación para la Salud, con la aplicación del programa MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS. Pudimos llevar a cabo su aplicación, con ellos identificamos sus debilidades y fortalezas a la hora de la praxis de dicho programa, logramos ver como un Educador para la Salud aborda temas de educación sexual en un ámbito académico, viendo temas de salud no desde una mirada médica si no social, con esto generamos una nueva propuesta del programa de educación sexual la cual llamamos “SEXUALIDAD RESPONSABLE: UNA VIDA MÁS PLENA Y FELIZ”. Con ellos se podrá enriquecer y ser de ayuda a los programas futuros en temas de educación sexual,

y así ayudar a la licenciatura a enriquecerse con estos temas en la praxis motivando a los nuevos programas a generar nuevas propuestas o dar continuidad a esta propuesta ya retomando la experiencia que se generó por la praxis.

6.4 Sobre las preguntas planteadas

Sobre las preguntas de investigación que se plantearon *¿Se cumplen los objetivos educativos del programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”?* , *¿Cuáles son las aportaciones didácticas del programa propuesto?*, *¿Cuáles son las aportaciones de material didáctico del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”?* y *¿Cuáles son las aportaciones que pudieron ofrecer al área de conocimiento de la misma licenciatura al programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”?* todas se respondieron a través de los objetivos específicos.

6.5 Sobre los objetivos planteados:

- ***Implementar el programa de salud “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS” para ayudar a contribuir a la disminución del embarazo adolescente.***
 - Se implementó el curso y se identificaron las deficiencias desde el campo del conocimiento de la Licenciatura en Educación para la Salud.
- ***Determinar el cumplimiento de los objetivos educativos del programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”.***

Los objetivos educativos propuestos en el programa de salud “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS” fueron:

- Concientizar a los adolescentes sobre los mitos y tabúes referentes a la sexualidad
- Generar motivación en los adolescentes a ampliar aspiraciones personales alargando así el momento en que vivan la maternidad.

Se da cumplimiento al objetivo particular de cada sesión, sin embargo no se abordan temas sumamente relevantes para que se ayude a disminuir la prevalencia del embarazo adolescente, por lo que los objetivos no están estrechamente relacionados con lo que da a entender el propio nombre del programa.

- ***Evaluar las estrategias didácticas del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”***

- Se cumplió con el objetivo de evaluar las estrategias didácticas del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”. Para ello se utilizó un instrumento evaluativo que se les proporcionó a los adolescentes en la implementación del programa, donde se categorizaba puntos primordiales en tema de estrategias para saber calidad evaluativa y cumplir con este objetivo. Las conclusiones obtenidas fueron las siguientes.
- La mayoría de los adolescentes encuestados, respondieron que siempre se desarrollaron los puntos más importantes del tema, por lo que fue de gran ayuda para ellos, ya que nos percatamos que así podían aclarar sus dudas sobre el tema.
- Los adolescentes respondieron que en la mayoría de veces se utilizan los conceptos y argumentos importantes del tema, esto en un buen dato puesto que les servirá para tener un aprendizaje más preciso y claro.

- A los adolescentes les apareció que la información que se brindó durante las sesiones fue concisa, por lo que hubo un entendimiento de los temas que se abordaron.
- La mayoría de los adolescentes calificaron la sesión como adecuada, pues en los resultados se refleja que hubo una relación entre los conceptos y los argumentos del tema.
- Los adolescentes manifiestan que se presentan ideas claras sobre los temas, esto ayuda a cumplir los objetivos de las sesiones, pues los adolescentes no se quedan con dudas y si hay dudas son mínimas.
- La gran mayoría de los adolescentes han respondido que se presenta una introducción y conclusión sobre los temas que se abordan.
- Los adolescentes han dicho que si se presentaron ejemplos que enriquecieron y clarificaron el tema, lo cual ayudó a que les quedara más claro el tema expuesto.
- La mayoría de los adolescentes han dicho que durante las sesiones se incluyó material de elaboración propia y hubo apoyo de ellos los cuales se utilizaron al momento de exponer.
- Más de la mitad de los adolescentes manifiestan el material didáctico que se utilizó tuvo apoyos para la información más importante del tema. Con esto cumplimos el objetivo de la correcta utilización de apoyos didácticos en la sesiones pues facilita al estudiante una mejor comprensión del tema.

- Más de la mitad de los adolescentes manifestaron que la información que se presentó para la explicación de los temas, no mostró saturación, el fondo y el tamaño de la letra fue ideal para ser consultada por los adolescentes,
 - Los adolescentes dijeron que existió un buen desarrollo del el tema con ayuda de nuestro material didáctico, esto nos indica que las sesiones fueron adecuadas, precisas y correctas.
 - Los adolescentes manifestaron que el tono de voz y la articulación de las palabras fue el adecuado para la exposición de los temas, lo cual es un dato positivo ya que con esto nos damos cuenta que si existen estos elementos se puede generar un buen aprendizaje y menos dudas.
 - Los adolescentes manifiestan que existió un continuo contacto visual con todo el grupo. Esto es dato positivo ya que se transmite seguridad y además los jóvenes muestran mayor atención e interés sobre los temas.
 - Nos podemos dar cuenta que una forma de mantener la atención e interés de los adolescentes es mostrar y tener una postura adecuada al momento de estar frente al grupo, esto nos brinda a un mejor control de grupo.
- ***Evaluar el material didáctico del programa propuesto “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”***

La mayoría del material didáctico que se utilizó fue bueno, la otra cantidad se puede aún mejorar.

- **Proponer un programa de salud, basado en Educación sexual para el fortalecimiento del programa “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”**
 - Se pudo diseñar la propuesta del programa “SEXUALIDAD RESPONSABLE: UNA VIDA MÁS PLENA Y FELIZ” el cual considera los temas de métodos anticonceptivos, consecuencias en el embarazo adolescente y el aborto, además de la utilización de técnicas y recursos didácticos.

Lo anterior permite concluir que al haber cumplimentado todos los objetivos específicos se dio cumplimiento al objetivo General *Evaluar el programa de salud “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS” para contribuir a la disminución del embarazo adolescente también se cumplió.*

Así al retomar el Supuesto Hipotético:

Con la implementación del programa de salud “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”, se pudo evaluar el programa desde la Licenciatura en Educación para la Salud se puede afirmar que se aceptó.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aláez, M. Madrid. Antona, J, Alfonso. (2003). *Adolescencia y salud*. Papeles del Psicólogo, enero-abril, 45-53.
2. Aliño, Pineda. (s.f). *El concepto de adolescencia*. Consultado el 20 de Octubre de 2014 en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf
3. Ausubel, D. *Teoría del aprendizaje Significativo*. Consultado el día 27 de Noviembre de 2014 en: http://delegacion233.bligoo.com.mx/media/users/20/1002571/files/240726/Aprendizaje_significativo.pdf
4. Ávila, M, L. (2009). *Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud*. Acta Médica Costarricense. Abril-Junio, 71-73
5. Blázquez-Morales, Ma. Sobeida L.; Torres-Férman, Irma Aída; Pavón-León, Patricia; Gogeochea-Trejo, Ma. Del Carmen; Blázquez-Domínguez, Carlos R.. (2010). *Estilos de vida en embarazadas adolescentes*. Salud en Tabasco, Enero- Abril, 883-890.
6. Calero, Jorge Luis; Santana, Felipe. (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Revista Cubana de Salud Pública, Enero-Junio, 50-57.
7. Comisión Nacional de Bioética. (1947). *Código de Nuremberg*. Consultado el 04 de Diciembre de 2014 en <http://www.conbioetica->

mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.IN
TL._Cod_Nuremberg.pdf

8. Contreras-Pulache, Hans; Mori-Quispe, Elizabeth; Hinostroza-Camposano, Willy D.; Yancachajlla-Apaza, Maribel; Lam-Figueroa, Nelly; Chacón-Torrice, Horacio. (2013). *Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de lima, Perú*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Julio, 379-385.
9. Dahlgren, G. Whitehead, M. (2006). *Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población – Parte 2*. Consultado el 11 de Junio de 2015 en <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/estrategiasDesigual.pdf>
10. Damián, Huarcaya, (2008). *Factores familiares y reproductivos asociados al Embarazo reincidente en adolescentes-Instituto Nacional Materno Perinatal*. Lima – Perú.
11. Gobierno del Estado de México, (2010). *Hablemos de sexualidad: Guía Didáctica*, Consultado el 12 de Junio de 2015 en http://qacontent.edomex.gob.mx/coespo/centrodedocumentacion/publicaciones/guia_didactica/groups/public/documents/edomex_archivo/coespo_pdf_guiadsex.pdf
12. IMSS. (2016). Planificación Familiar. Consultado el 16 de abril de 2015 en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar>
13. INEGI. (2012). *Madres adolescentes por entidad federativa, 2004 a 2012*. Consultado el 02 de Octubre de 2014 en

<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo29&s=est&c=17528>

14. Issler. (2001). *Embarazo en la adolescencia*. Posgrado de la Cátedra VI Medicina, 107, Página: 11-23.
15. Ley General de Salud (s.f.), Consultado el 04 de abril de 2015 en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
16. Martínez Lanz, Patricia; Waysel, K. Romano. (2009). *Depresión en adolescentes embarazadas*. Enseñanza e Investigación en Psicología, Julio-Diciembre, 261-274.
17. Martínez, C. N. (2014). *Gravidez temprana, causa de deserción*. Consultado el 27 de enero de 2016 en <http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/impreso/gravidez-temprana-causa-de-desercion-218465.html>
18. Mazzanti. D. Ruggiero, M. A; (2011). *Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos*. Revista Colombiana de Bioética, Enero-Junio, 125-144.
19. Molina S, M. Ferrada N, Pérez, C. V, Ruth, Cid S, Casanueva, E. Víctor, & García C, Apolinaria. (2004). *Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar*. Revista médica de Chile, 132(1), 65-70.
20. MSPSI. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (s.f.). *Pruébalo en femenino, si te sorprendes al verlo, más te sorprenderás al utilizarlo*, Consultado el 16 de abril de 2015 en <https://www.coflugo.org/docs/Preservativo.pdf>

21. Nérici, I. (s.f.) *Red de bibliotecas Landivarianas. Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación. Hacia una didáctica general dinámica.* Consultado el 1 de abril de 2016 en <http://www.url.edu.gt/PortalURL/Biblioteca/Contenido.aspx?o=3594&s=49>
22. OMS. Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud, Glosario.*
23. OMS. Organización Mundial de la Salud. (2002). *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación biomédica en seres humanos.* Consultado el 20 de Febrero de 2016 en http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm
24. OMS. Organización Mundial de la Salud. (2005). *Determinantes Sociales de la Salud.* Consultado el 18 de Septiembre de 2014 en http://www.who.int/social_determinants/es/
25. OMS. Organización Mundial de la Salud. (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo.* Consultado el 17 de Septiembre de 2014 en <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
26. Organización Panamericana de Salud. (1998). *El embarazo en la adolescente precoz.* Revista Panamericana de Salud Pública Vol.3 N.4
27. Páramo, M. (2011). *Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión, terapia Psicológica,* vol. 29, núm. 1, pp. 85-95 Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

28. Pezzano, V. (2001). *Rogers su pensamiento profesional y su filosofía personal*. *Psicología desde el Caribe*, enero-julio, 60-69.
29. Rivera, S. (2003). Embarazo en Adolescentes. Aspectos de tipo social, psicológico y cultural. Consultado el 10 de Diciembre de 2014 en www.binasss.sa.cr/adolescencia/broch.pdf
30. Salazar, B. (2006). *Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la Adolescente*. *Revista MEDISAN*;10(3). Consultado el 23 de Noviembre de 2014 en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_3_06/san07306.htm>
31. Secretaría de Educación, (2011). *Lineamientos de evaluación del aprendizaje*. Recuperado el 17 de Junio de 2015 en www.dgb.sep.gob.mx/02-m1/03-iacademica/00.../l-eval-aprendizaje.pdf
32. Secretaría de Salud. (1993). *Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de la planificación familiar*. Consultado el 24 de Noviembre de 2014 en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
33. Secretaría de Salud. (1993). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. Consultado el 24 de Noviembre de 2014 en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
34. Soto, O. Franco, A. Silva, J. Velázquez, A. (2003). *Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad*. *Revista Cubana de Medicina General Integral* V.19 N.16

35. UAEM. (2007). Universidad Autónoma del Estado de México. Licenciatura en Educación para la Salud. Proyecto curricular. Toluca.
36. UAEM. (2008). *Licenciatura en Educación para la Salud*. Consultado el 20 de Febrero de 2015 en <http://uap-neza.blogspot.mx/p/licenciatura-en-educacion-para-la-salud.html>
37. UNICEF. (2005). *La adolescencia*. Consultado el 02 de Octubre de 2014 en http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm
38. UNICEF. (2007). *Embarazos en Adolescentes*. Consultado el 02 de Octubre de 2014 en http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10191.htm
39. Urbina, Claudia; Pacheco, José. (2006). *Embarazo en adolescentes*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Abril-Junio, 118-123.

ANEXOS



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



(Anexo 1)

Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México, a 22 de Abril de 2015

**Director de la Preparatoria Oficial
Presente**

Anticipando un cordial saludo, y pidiéndole de la manera más atenta nos permita aplicar un programa de salud en la Escuela Preparatoria Oficial dignamente a su cargo, en el grupo de tercer año, grupo II del turno matutino. El programa de salud lleva por nombre “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS” el cual conlleva a realizar actividades meramente escolares como parte del proceso nuestra titulación, con la finalidad de evaluar dicho programa y al mismo tiempo contribuir a la disminución de los embarazos adolescentes.

Por lo anterior, solicitamos su valiosa intervención a fin de que puedan realizarse estas actividades, los días 24 y 30 de Abril del año en curso en un horario de 11:00 a 12:00 hrs.

Sin más por el momento agradezco su atención al presente y quedamos de usted para cualquier duda o aclaración.

ATENTAMENTE

**Ingrid Juárez Toga y Karen Lizbeth Cruz Velazquez
Estudiantes de la Licenciatura en Educación para la Salud**



(Anexo 2)

Consentimiento Informado

Alumnos:

Somos estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de México, de la Licenciatura en Educación para la Salud, nos encontramos realizando actividades meramente escolares, con el fin de implementar un programa de salud llamado “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS” que nos ayudará en el proceso de nuestra titulación, este programa incluye dos sesiones educativas a estudiantes del tercer, grado grupo II, del turno matutino de la Preparatoria Oficial. El objetivo de la intervención es evaluar el programa de salud “MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS” para contribuir a la disminución del embarazo adolescente. Solicitando a través de este documento su autorización para participar voluntariamente en las sesiones de Educación para la Salud.

Las actividades consisten en contestar un cuestionario (instrumento) al iniciar las sesiones educativas, el cual nos permitirá identificar el grado de conocimiento que tienen acerca de la sexualidad, posteriormente se realizarán dos sesiones abordando el tema, y al finalizar, contestaran el cuestionario del inicio para identificar el grado de conocimientos que adquirieron durante las sesiones. Posterior a esto contestaran otros dos cuestionarios para saber la eficacia que tuvo el material didáctico y las estrategias didácticas que se utilizaron a lo largo de las sesiones.

El proceso será estrictamente confidencial y será en total anonimato. La participación o no participación en las actividades de Educación para la Salud no afectara de ninguna manera sus notas académicas. Se utilizara el registro de la

información (fotografías) que ayuden al estudio; dichos instrumentos serán resguardados, sin utilizarlos con fines inadecuados.

La participación es voluntaria y tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento sin cuestionar su decisión. El diagnóstico no conlleva ningún riesgo, el beneficio que recibirá es conocimiento sobre sexualidad. No recibirá ninguna compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles con el Director de la Preparatoria Oficial.

En caso de dudas o aclaraciones acudir con las Estudiantes de la Licenciatura en Educación para la Salud (EpS) Ingrid Juárez Toga y Karen Lizbeth Cruz Velazquez, o través de los correos love_toga_ingrid@hotmail.com y karen-11.07@hotmail.com o directamente en la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) ubicada en Bordo de Xochiaca s/n Col. Benito Juárez C.P. 57000, Ciudad Nezahualcóyotl.

Estudiantes de la Licenciatura Educación para la Salud

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en las actividades señaladas.

AUTORIZO (Nombre y Firma)	NO AUTORIZO (Nombre y Firma)

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



***“ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL
EMBARAZO ADOLESCENTE”***





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



(Anexo 3)

“MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBARAZOS”

Estrategia: Curso-Taller

Sesión Educativa 1 “SEXUALIDAD SIN TABÚES”

Objetivo: Concientizar a los adolescentes sobre los mitos y tabúes referentes a la sexualidad

ACTIVIDAD	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	DESCRIPCIÓN	ACTIVIDAD A EVALUAR
Sesión Educativa	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas y respuestas• Exposición	<ul style="list-style-type: none">• Hojas de color• Cartulina	Se llegará al salón de clases. Las facilitadoras se presentaran ante el grupo diciendo su nombre, de donde vienen y cuál es el objetivo de las sesiones que se llevaran a cabo. Al dar por concluida la presentación, daremos una breve instrucción acerca del tema, para que los adolescentes tengan una idea de que aspectos se abordaran. En seguida, se preguntara a los adolescente si conocen el concepto de mito y de tabú y si piensan que se refieren a lo mismo o cuál es su diferenciación, una vez aclarado los conceptos, nos basaremos en un cartel elaborado	Conocimiento que tienen los adolescentes sobre el tema y que tanta información errónea creen que es cierta.

			<p>con algunos mitos y tabúes con referencia a la sexualidad, y preguntaremos a los alumnos si son mito o tabú y porque, y que es lo que ellos saben acerca de lo mencionado, con esto daremos pie a preguntas y respuestas para oír aclarando las dudas que vayan surgiendo en los adolescentes. Al finalizar esta actividad, se les pedirá a los adolescentes que mencionen un mito o tabú que hayan escuchado alguna vez, de donde lo escucharon y que es lo que ellos piensan a o creen acerca de ello, se le dará la palabra a otros jóvenes para que también vayan dando su punto de vista y así crear un pequeño debate acerca del tema.</p> <p>Al terminar la dinámica se dará una conclusión por parte del grupo y una por parte las facilitadoras. Para finalizar se agradecerá a los alumnos por la atención prestada.</p>	
--	--	--	---	--



“MEJOR SEXUALIDAD MENOS EMBRAZOS”

Estrategia: Curso-Taller

Sesión Educativa 2 “ASPIRACIONES EN LA VIDA: CAMBIOS EN EL EMBARAZO”

Objetivo: Generar motivación en los adolescentes a ampliar aspiraciones personales alargando el momento en que vivan la maternidad.

ACTIVIDAD	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	DESCRIPCIÓN	ACTIVIDAD A EVALUAR
Sesión Educativa	<ul style="list-style-type: none"> • Proyección de videos • Personificación 	<ul style="list-style-type: none"> • Videos • Proyector • Laptop • Bocinas • Internet • Memoria USB 	<p>Se comenzará dando una breve introducción del tema, y posterior a eso se preguntara a cada uno de los adolescentes sobre los proyectos y aspiraciones personales que tiene cada joven; una vez concluidas las respuestas se procederá a mostrar el primer video llamado “¿Y si pudieras hacerlo de nuevo?” concluido éste, su cuestionará a los chicos la opinión que tienen sobre lo mostrado interactuando así con las facilitadoras. Conforme al dialogo, se irá cuestionando como es la</p>	<p>Ampliación de aspiraciones de los adolescentes.</p> <p>Concientización sobre a responsabilidad de un embarazo a temprana edad.</p>

			<p>relación con sus parejas?, que pasaría si en este momento llega a sus vidas un bebe?, como consideran que sería su relación a partir de ese momento?, como sería la relación con su familia?, como vivirían?, entre otras y más importante si les agrada todo lo anterior? Al terminar el dialogo, se reproducirá el segundo video llamado "Es mejor cerrar las piernas" del cual también se pedirá la opinión de los jóvenes.</p> <p>Posteriormente se seleccionarán 5 jóvenes (2 hombres y 3 mujeres) al azar, con los cuales se formarán 2 parejas y una chica quedará sola. Se plantearán diferentes situaciones a cada uno.</p> <p>Situación pareja número 1 La chica está embarazada, ambos estudian, la</p>	
--	--	--	---	--

			<p>familia de la chica la corrió de su casa al enterarse de la noticia, la familia del chico los apoya pero la casa que habitan es pequeña en la cual tanto madre como padre laboran para mantenerla y ninguno de los dos cuentan con algún servicio de salud.</p> <p>Situación pareja número 2: Los dos estudian, ella está embarazada, ninguna de las dos familias los apoyan y no cuentan con ningún servicio de salud.</p> <p>Situación chica sola: Estudia, está embarazada, el padre del bebe no se quiere hacer responsable y la abandono, su familia la apoya pero la economía no permite seguir pagando la escuela y no alcanza para cubrir toda su maternidad, su padre y su madre trabajan y no cuenta con ningún</p>	
--	--	--	--	--

			<p>servicio de salud. Después de plantear las situaciones se les cuestionará que harían para resolverlo para lo cual se les darán algunos minutos para que lo piensen y platicuen, los adolescentes nos compartirán sus soluciones permitiendo que el resto del grupo también opine. Después de escuchar las opiniones expresadas, las facilitadoras orientaran a los jóvenes sobre las diversas problemáticas que puede generar un embarazo precoz y como pueden evitarlo así como dar ejemplos sobre las cosas que podrían realizar antes de vivir esta etapa logrando así su concientización.</p>	
--	--	--	--	--



(Anexo 4)

Objetivo: Identificar el grado de conocimientos de las y los adolescentes sobre métodos anticonceptivos y educación sexual.

Instrucciones: Lee la pregunta con atención y contesta la respuesta que tu creas correcta.

Métodos anticonceptivos

1.- ¿Conoces el condón masculino?

- a) Sí b) No

2.- ¿Conoces el condón femenino

- a) Sí b) No

3.- ¿Sabes cómo se coloca el condón masculino?

- a) Sí b) No

4.- ¿Sabes cómo se coloca el condón femenino?

- a) Sí b) No

5.- ¿El uso adecuado del condón previene enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados?

- a) Siempre b) casi siempre c) Algunas veces d) nunca

6.- ¿El condón femenino se puede usar más de 1 vez?

- a) Siempre b) casi siempre c) Algunas veces d) nunca

7.- ¿Si se utilizan el condón femenino y el masculino al mismo tiempo, tienen mayor efectividad?

- a) Siempre b) casi siempre c) Algunas veces d) nunca

8.- ¿La pastilla del día siguiente interrumpe embarazos en curso?

- a) Siempre b) casi siempre c) Algunas veces d) nunca

9.- ¿Los métodos hormonales pueden alterar el ciclo menstrual?

- a) Siempre b) casi siempre c) Algunas veces d) nunca

10.- ¿El implante del brazo dura 3 años y tiene un retorno rápido a la fertilidad?

a) Siempre b) casi siempre c) Algunas veces d) nunca

11.- ¿El método anticonceptivo inyectable se aplica 1 vez a la semana?

a) Siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

12.- ¿Los métodos de barrera son más eficaces, que los definitivos para prevenir un embarazo deseado?

a) Siempre b) casi siempre c) casi nunca d) nunca

Educación sexual

13.- La información que has obtenido de sexualidad, ¿de qué fuentes la recibes?

a) Padres b) Amigos c) Televisión d) Internet e) Otro _____

14.- ¿En tu casa tus familiares te han hablado de sexualidad?

a) Siempre b) casi siempre c) casi nunca d) nunca

15.- ¿Tus padres te han explicado cómo usar métodos anticonceptivos?

a) Siempre b) casi siempre c) casi nunca d) nunca

16.- ¿Crees que si ahorita tu novia o novio, tienen un hijo podrían seguir con sus estudios?

a) Sí b) No

17.- ¿Tienes un proyecto de vida definido?

a) Sí b) No

18.- ¿Tienes la confianza de hablar con tus padres acerca de sexualidad?

a) Siempre b) casi siempre c) casi nunca d) nunca

19.- ¿En la escuela te hablan sobre educación sexual?

a) Siempre b) casi siempre c) casi nunca d) nunca

20.- ¿Crees que lo que sabes de sexualidad es suficiente?

a) Sí b) No



(Anexo 5)

Rúbrica de aportaciones didácticas

Instrucciones: indique con qué frecuencia se presentan los siguientes atributos durante las sesiones educativas. Encierre en un círculo el número que corresponda si: **0 no se presenta** el atributo; **1 se presenta poco** el atributo; **2 generalmente se presenta** el atributo; **3 siempre se presenta** el atributo.

Contenido				
1.- Desarrolla los puntos más importantes del tema.	0	1	2	3
2.- Utiliza los conceptos y argumentos importantes con precisión	0	1	2	3
3.- La información es concisa	0	1	2	3
Coherencia y Organización				
4.- Relaciona los conceptos o argumentos	0	1	2	3
5.- Presenta ideas claras	0	1	2	3
6.- Presenta una introducción y conclusión del tema	0	1	2	3
Aportaciones propias				
7.- Utiliza ejemplos que enriquecen y clarifican el tema de exposición	0	1	2	3
8.- Incluye materiales de elaboración propia y se apoya en ellos	0	1	2	3
Material Didáctico				
9.- El material didáctico incluye apoyos para exponer la información más importante del tema	0	1	2	3
10.- La información se presenta sin saturación, con fondo y tamaño de letra ideales para ser consultada por los alumnos	0	1	2	3
11.- Se apoya en el material leyendo los apoyos y los desarrolla	0	1	2	3
Habilidades expositivas				
12.- Articulación clara y el volumen permite ser escuchadas por los alumnos	0	1	2	3
13.- Muestra contante contacto visual	0	1	2	3
14.- Presentan postura adecuada ante el grupo	0	1	2	3
Total				
Puntaje Total				



(Anexo 6)

RÚBRICA DE EVALUACIÓN DE MATERIAL DIDÁCTICO

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	
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	  

Referencia bibliográfica (según normativa APA):

VALORACIÓN GLOBAL   

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



Programa propuesto:

**”SEXUALIDAD RESPONSABLE: UNA VIDA MÁS PLENA
Y FELIZ”**

Objetivo General: Contribuir a la disminución de los embarazos en los adolescentes

CRUZ VELAZQUEZ KAREN LIZBETH

y

JUÁREZ TOGA INGRID





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



(Anexo 7)

Estrategia: Curso-Taller

Sesión Educativa 1 “Consecuencias del embarazo adolescente”

Objetivo: Concientizar a los adolescentes sobre las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que conlleva en embarazo a temprana edad

ACTIVIDAD	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	DESCRIPCIÓN	ACTIVIDAD A EVALUAR
<p>Sesión Educativa</p> <p>Presentación del tema y Dinámica “¿Tú que perderías si...?”</p>	Lúdico	<ul style="list-style-type: none"> - Sillas - Pizarrón - Marcadores 	<p>Realizar la presentación del tema y dar el objetivo de la misma. Después, se realizará una dinámica en donde los adolescentes pasaran al pizarrón a escribir algo que dejarán de hacer o perderían si estuvieran en una situación de embarazo a temprana edad.</p>	<p>Concientización de los adolescentes sobre las consecuencias del embarazo a temprana edad.</p>
<p>Exposición del tema</p>	Exposición	<ul style="list-style-type: none"> -Sillas -Proyector -Memoria USB -Lap-top 	<p>Realizar la exposición del tema. Se brindará información sobre las consecuencias de una embarazo a temprana edad, tanto físicas, mentales y sociales.</p>	<p>Preguntas y respuestas ¿Para tí que es lo más importante de este tema?</p> <p>Di una consecuencia física, mental y social de un embarazo a temprana edad.</p>

				¿A qué edad crees que es conveniente tener un hijo? ¿Qué te gustaría lograr antes de tener hijos?
Cierre Dinámica “¿Es fácil cuidar a alguien?”	Lúdico	-Sillas -Huevos -Hojas de colores -Papel china - Resistol -Tijeras -Marcadores	Se les pedirá a los alumnos que al huevo que llevaron lo decoren a su gusto, simulando ser un bebé. Con el objetivo de crear conciencia en ello y tengan la responsabilidad de tener a alguien a su cargo.	Los adolescentes tendrán que cuidar el huevo por una semana.

Bibliografía:

- Secretaría de Educación Pública. (2012). *Embarazo Adolescente y madres jóvenes en México*. Consultado en http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf
- Tisiana. M. L. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina – No. 153*. Consultado en http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.pdf



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



(Anexo 7)

Estrategia: Curso-Taller

Sesión Educativa 2 “El aborto”

Objetivo: Crear conciencia en los adolescentes sobre el aborto, una de las consecuencias que conlleva un embarazo a temprana edad

ACTIVIDAD	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	DESCRIPCIÓN	ACTIVIDAD A EVALUAR
Sesión Educativa Exposición del tema	Exposición	-1 Mesa -Sillas -Laptop -cañón -Memoria USB o -Cartulinas -Imágenes -Diurex -Marcadores	Las facilitadoras darán un saludo a la población y presentaran el tema mencionando el objetivo del tema. Posteriormente darán una breve explicación de que es el aborto y los diferentes tipos de aborto que existen.	Saber el conocimiento que los adolescentes tienen sobre el aborto, así como observar su reacción al hablar de este tema.
Video sobre la historia de un aborto	Video	-Mesa -Sillas -Cañón -Lap-top -Memoria US -BocinasB	Se proyectara un vio llamada “La historia más conmovedora sobre un aborto” en el cual se escucha como el bebé va narrando su experiencia con este procedimiento. Esto con la finalidad de que los adolescentes tomen conciencia y eviten llegar	Percepción y sentir de los adolescentes al terminar la proyección del video.

			<p>hasta esta situación. Al finalizar la proyección del video preguntaremos el sentir de los adolescentes y que es lo que piensan acerca de esto, pero siempre viéndolo desde un punto de vista preventivo.</p>	
<p>Carta de una mujer que abortó.</p>	<p>Audio</p>	<p>-Sillas -Lap-top -Grabación -Bocinas</p>	<p>Se pondrá una grabación en la cual una mujer que abortó, narra su experiencia sobre esta práctica y como lo ha sobrellevado a lo largo de su vida, haciendo que los adolescentes creen conciencia acerca de que todo esto es una de las consecuencias más graves de no tener una vida sexual responsable y por lo tanto de un embarazo no planeado a su edad.</p>	<p>Con esta técnica se pretende sensibilizar a las adolescentes sobre cómo afecta la salud de manera emocional, física y social de las personas que se practican un aborto.</p>

Dime como te sentiste.		-Sillas -Hojas -Plumas o lápices	Para finalizar la sesión se le pedirá a los adolescentes que respondan 2 preguntas en una hoja de papel ¿Tu manera de ver el aborto es la misma que tenías antes de esta clase? ¿Cómo te sentiste con esta actividad? Al final se dará la oportunidad a los jóvenes para expresar dudas o comentarios.	Percepción sobre el tema.
------------------------	--	--	--	---------------------------

Bibliografía:

- Ruiz, P. A (f.). *Capítulo X Aborto*. Consultado en <http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias/ginecologia/Aborto.pdf>
- Juárez. F. (2013). *Embarazo no planeado y aborto inducido en México Causas y Consecuencias*. Consultado <https://www.gutmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/Embarazo-no-deseado-Mexico.pdf>
- La historia más conmovedora sobre un aborto. Consultado en <https://www.youtube.com/watch?v=Q4ekxknPYuY>



Estrategia: Curso-Taller

Sesión Educativa 3 “Métodos anticonceptivos”

Objetivo: Informar a los adolescentes sobre la correcta utilización de los métodos anticonceptivos

ACTIVIDAD	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	DESCRIPCIÓN	ACTIVIDAD A EVALUAR
Presentación y sondeo	Lluvia de ideas	-Salón de clases -Butacas	Realizar la presentación ante al grupo, donde las facilitadoras dirán el objetivo de la sesión. Después se les preguntara a algunos alumnos que tanto conocen sobre el tema, y cuestiones relacionadas a él. Una vez terminada esta pequeña actividad se dará comienzo a la exposición.	Conocimientos previos de los adolescentes
“Más vale prevenir”	Exposición	- Salón de clases - Butacas - Lap-top - Proyector - Memoria USB o - Papel Bond - Marcadores - Diurex - Métodos anticonceptivos	Realizar la exposición del tema, en donde las facilitadoras explicarán cada uno de los métodos anticonceptivos, tanto hormonales, de barrera y definitivos por medio de una presentación de Power Point (si se cuenta con	Conocimientos adquiridos mediante la sesión educativa

			<p>proyector) o por medio de láminas sobre que es cada uno de los métodos anticonceptivos, la efectividad, los efectos secundarios y la manera correcta de colocarlos. Algunos de los anticonceptivos se mostrarán físicamente para que los adolescentes los conozcan. Con el objetivo de que los jóvenes estén informados sobre la diversidad de métodos anticonceptivos que existen y que estén conscientes que existen diversas alternativas para prevenir en embarazo a temprana edad. Al final de la exposición se aclararán dudas que hayan surgido.</p>	
Colocación correcta del condón	Lúdico	<ul style="list-style-type: none"> - Condón masculino - Condón femenino - Objeto que simule un pene y una vagina 	Realizar el reforzamiento de lo aprendido con la exposición. Las facilitadoras pedirán a 10 jóvenes (5 mujeres y 5 hombres) que pasen a realizar la	Correcta colocación de los preservativos

			técnica adecuada para la colocación del condón masculino como el femenino.	
Cierre-Reflexión “¿Qué pasaría si...?”	Lúdico	- Hojas - Pluma o lápiz	Reflexionar si se estuviera pasando por una situación de embarazo o existiera el riesgo de estarlo. Se pedirá a los alumnos que en una hoja escriban cada una de las situaciones que se indicaran y busquen respuestas a cada situación. Cuando los alumnos hayan terminado se les pedirá que compartan lo escrito. Con el objetivo de hacer una reflexión sobre las dificultades que puede provocar un embarazo a temprana edad. - Situación 1: estoy embarazada (o mi pareja lo está). Preguntas orientativas: ¿Qué pasaría? ¿Qué me dirían? ¿Cómo reaccionarían los	Lograr la concientización en los adolescentes sobre cómo cambiaría su vida si pasaran por un embarazo a su edad.

			<p>padres, la pareja, los amigos y amigas? ¿Qué te gustaría que te dijeran? ¿Qué te gustaría que te hubieran dicho? ¿Estás preparado o preparada para criar a un hijo?</p> <p>- Situación 2: tu novio (a) te pide que tengan relaciones sexuales sin protección.</p> <p>Preguntas orientativas: ¿Qué le dirías? ¿Lo harías? ¿Te arriesgarías a quedar embarazada o embarazar a tu pareja? ¿Te arriesgarías a contraer una ITS?</p> <p>Al terminar la dinámica, pediremos a los estudiantes que expresen su sentir con la dinámica realizada. Al final se dará las gracias al grupo y un aplauso por su participación</p>	
--	--	--	--	--

Bibliografía:

- Secretaría de Salud. (1993). *Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de la planificación familiar*. Consultado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>