

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO

Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescentes a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008.

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA

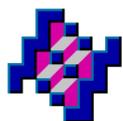
COLUMBA IMELDA SOTO GARCÍA

DIRECTOR DE TESIS: DCS Amparo Tapia Curiel.

ASESOR DE TESIS: DCS Arturo Rangel Figueroa.

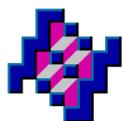
TUTORA: MSP Carmen Delgadillo Jaime.

CUERNAVACA, MORELOS 2008.



CAPITULADO

<i>I.- INTRODUCCIÓN</i>	9
<i>II.- ANTECEDENTES</i>	10
<i>Diagnóstico de salud</i>	10
<i>-Marco Teórico</i>	10
<i>-Objetivos</i>	16
<i>-Metodología</i>	17
<i>-Resultados</i>	24
<i>a) Daños a la Salud</i>	26
<i>b) Factores determinantes</i>	30
<i>c) Recursos y servicios</i>	32
<i>Priorización</i>	34
<i>III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	40
<i>Identificación del problema</i>	40
<i>Problema central</i>	40
<i>Problema secundario</i>	42
<i>Causa del problema central y de los secundarios</i>	44
<i>Consecuencias del problema central y de los secundarios</i>	45
<i>Justificación del problema central</i>	46
<i>Imagen objetivo</i>	46
<i>IV.- ALTERNATIVAS DE SOLUCION</i>	47
<i>Beneficios potenciales</i>	47
<i>Elementos favorables</i>	47
<i>Obstáculos a enfrentar</i>	47
<i>V.- JUSTIFICACION</i>	49
<i>Importancia relativa</i>	49
<i>Ubicación sectorial y localización física</i>	49
<i>Relación con políticas, planes, programas y proyectos</i>	49
<i>VI.- IDENTIFICACION DEL PRODUCTO</i>	51
<i>VII.- OBJETIVOS Y METAS</i>	53
<i>VIII.- ESTRATEGIAS</i>	55
<i>IX.- LÍMITES</i>	57
<i>Área geográfica</i>	57
<i>Temporalidad</i>	57
<i>Mercado</i>	57
<i>X.- METODOLOGÍA PARA LA REALIZACION DE LA INTERVENCIÓN</i>	58
<i>XI.- PROCESOS O ACTIVIDADES</i>	62
<i>XII.- ESTUDIO DE FACTIBILIDAD</i>	63
<i>Factibilidad del mercado</i>	63
<i>Factibilidad técnica</i>	64
<i>Factibilidad financiera</i>	65
<i>Factibilidad administrativa</i>	65



<i>Factibilidad política, social y legal</i>	65
XIII.- PLAN DETALLADO DE EJECUCION	67
<i>Programa de actividades</i>	67
<i>Organización interna para la ejecución</i>	74
<i>Sistema de control de la ejecución</i>	75
XIV.- REPORTE DE EJECUCION	81
<i>Comparativo con lo planeado</i>	81
<i>Limitaciones y problemas</i>	83
XV.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES	84
XVI.- MODELO DE EVALUACION	119
XVII.- RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA INTERVENCION	120
TABLAS	17
<i>Tabla 1. Fuentes secundarias para la obtención de datos</i>	17
<i>Tabla 2. No. de encuestas realizadas de acuerdo al % de población en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco.</i>	19
<i>Tabla 3. Listado de las principales causas de mortalidad en población general en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Año 2005.</i>	26
<i>Tabla 4. Listado de las principales causas de mortalidad femenina en población general del Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Año 2005.</i>	27
<i>Tabla 5. Listado de las principales causas de mortalidad masculina en población general del Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Año 2005.</i>	27
<i>Tabla 6. Tabla de mortalidad por sexo 2005.</i>	28
<i>Tabla 7. Listado de las 20 principales causas de enfermedad en la población general del Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Año 2006.</i>	29
<i>Tabla 8. Morbilidad sentida en la población encuestada del Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Año 2006.</i>	29
<i>Tabla 9. Localidades del Municipio de Gómez Farías y su población según el tamaño de su localidad.</i>	30
<i>Tabla 10. Distribución de sexo masculino y femenino del municipio de Gómez Farías, Jalisco año 2006.</i>	31
<i>Tabla 11. Ejercicio de priorización. Escala de magnitud.</i>	35
<i>Tabla 12. Ejercicio de Priorización. Magnitud del Problema.</i>	36
<i>Tabla 13. Ejercicio de priorización. Severidad del problema.</i>	36
<i>Tabla 14. Taller de priorización. Eficacia del problema.</i>	37
<i>Tabla 15. Taller de priorización. Puntaje de eficacia del problema.</i>	37
<i>Tabla 16. Ejercicio de priorización. Factibilidad del problema.</i>	38
<i>Tabla 17. Ejercicio final de priorización.</i>	38
<i>Tabla 18. Ejercicio de priorización. Puntaje y lugar de prioridad.</i>	39
<i>Tabla 19. Productos esperados vs productos obtenidos en el desarrollo de la intervención.</i>	52
<i>Tabla 20. Meta programada, alcanzada y pendiente de la intervención.</i>	54
<i>Tabla 21. Reactivos de acuerdo a categoría del instrumento utilizado en la medición basal y post intervención.</i>	60
<i>Tabla 22. Componentes y actividades generales del proyecto.</i>	62
<i>Tabla 23. Numero de adolescentes de 10 a 19 años entre 1950 y 2006.</i>	63
<i>Tabla 24. Nacimientos ocurridos durante el periodo 1985-2005 en el municipio de Gómez Farías, Jalisco.</i>	64
<i>Tabla 25. Objetivos, estrategias y actividades de la intervención.</i>	67

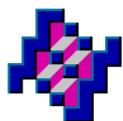


Tabla 26. Recurso humano, material y apoyos requeridos en la intervención.	68
Tabla 27. Parilla de responsabilidades de la intervención.	69
Tabla 28. Diagrama de Gantt.	70
Tabla 29. Recurso humano requerido para la intervención.	71
Tabla 30. Presupuesto desglosado por concepto de gasto y capítulo.	73
Tabla 31. Presupuesto planeado, presupuesto real y razones.	73
Tabla 32. Sistema de control de la intervención.	75
Tabla 33. Avances del proyecto de investigación	78
Tabla 34. Actividades realizadas vs. Actividades planeadas.	82
Tabla 35. Sexo, estado civil y ocupación de los participantes	84
Tabla 36. ¿A que edad crees que las personas deben iniciar su vida sexual activa?	85
Tabla 37. ¿Consideras que la actividad sexual debe iniciarse a temprana edad?	85
Tabla 38. ¿Para que pueda ocurrir un embarazo se requiere?	86
Tabla 39. ¿Consideras que cuentas con la información suficiente para evitar un embarazo?	86
Tabla 40. ¿Crees que el retirar el pene de la vagina antes de eyacular evita un embarazo?	87
Tabla 41. ¿Consideras que en la primera relación sexual es probable que una mujer se embarace?	87
Tabla 42. ¿Crees que si una mujer tiene relaciones sexuales durante la menstruación evitara que se embaracé?	88
Tabla 43. ¿Con quién consideras que debe realizar su primera relación sexual una mujer?	88
Tabla 44. ¿Con quien consideras que debe realizar su primera relación sexual un hombre?	89
Tabla 45. ¿Cual es la edad ideal para que los jóvenes tengan su primer hijo?	89
Tabla 46. ¿Consideras que los jóvenes tienen la información suficiente para evitar un embarazo no deseado?	90
Tabla 47. ¿De dónde obtiene generalmente los jóvenes información sobre su sexualidad?	90
Tabla 48. ¿De dónde obtienen generalmente los jóvenes información sobre su sexualidad?	91
Tabla 49. ¿Crees que en la escuela se deberían impartir cursos y charlas sobre educación sexual?	92
Tabla 50. ¿Cómo son generalmente las platicas o charlas que has recibido sobre diferentes temas de sexualidad?	92
Tabla 51. ¿Crees que son efectivos los métodos anticonceptivos?	93
Tabla 52. ¿Qué métodos de Planificación Familiar conoces?	93
Tabla 53. ¿En que momento de la relación sexual el condón debe de usarse?	94
Tabla 54. ¿Quien consideras que debe tomar la iniciativa de usar algún método anticonceptivo?	94
Tabla 55. ¿Quién crees que serie el más indicado para informar sobre métodos anticonceptivos a los jóvenes?	95
Tabla 56. ¿Conoces si existe un lugar en tu comunidad donde informen sobre el uso de métodos anticonceptivos?	95
Tabla 57. ¿Consideras que es necesario exigir el uso de condón en una relación sexual?	96
Tabla 58. ¿Si tuvieras oportunidad de tener una relación sexual casual pero no tienes condón, lo harías?	96
Tabla 59. ¿Estarías dispuesto a usar el condón, si la persona con quién vas a tener una relación sexual te pidiese que lo usaras?	97
Tabla 60. ¿Qué crees que es una infección de transmisión sexual?	97
Tabla 61. ¿Como crees que los jóvenes pueden prevenir una infección transmisión sexual?	98
Tabla 62. ¿Si tuvieras que protegerte de una ITS como lo harías?	98

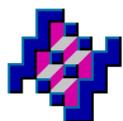
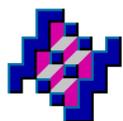
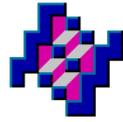


Tabla 63. <i>¿Se ha contagiado de una ITS alguno de tus amigos o amigas?</i>	99
Tabla 64. <i>¿Estás de acuerdo con tu apariencia física?</i>	99
Tabla 65. <i>¿Si pudieras cambiar tu apariencia física lo harías?</i>	100
Tabla 66. <i>¿Te consideras más feliz o menos feliz que los demás?</i>	100
Tabla 67. <i>¿Qué significa para ti el noviazgo?</i>	101
Tabla 68. <i>¿Alguna vez has intercambiado besos y/o caricias con tu pareja, novio, etc.?</i>	101
Tabla 69. <i>¿Crees que los jóvenes que han tenido novio/a por mucho tiempo deben mantener relaciones sexuales para reforzar su noviazgo?</i>	102
Tabla 70. <i>¿Alguna persona que vive en tu casa consume bebidas embriagantes?</i>	102
Tabla 71. <i>¿Crees que el consumo de cualquier bebida embriagante provoca que puedas tener relaciones sexuales sin planearlo?</i>	103
Tabla 72. <i>¿Sabes de algún joven con los que convives que haya sido maltratado por su familia?</i>	103
Tabla 73. <i>¿Crees que una mujer debe ser humillada por su pareja si tuvo la culpa de provocar su ira?</i>	104
Tabla 74. <i>¿Alguna vez la pareja de alguna de tus amigas la han insultado, humillado?</i>	104
Tabla 75. <i>¿Cuántas horas al día dedicas a platicar con tus PADRES?</i>	104
Tabla 76. <i>¿Consideras que tienes problemas de comunicación con tus padres?</i>	105
Tabla 77. <i>¿Cuando tienes un problema, la comunicación con tus padres es inmediata, abierta y clara?</i>	105
Tabla 78. <i>¿En tu casa se platica sobre sexualidad?</i>	106
Tabla 79. <i>¿Sobre qué temas platican los jóvenes?</i>	106
Tabla 80. <i>¿Sobre qué temas platican los jóvenes?</i>	107
Tabla 81. <i>¿Quién sería la persona de la familia más indicada para hablar de sexualidad?</i>	107
Tabla 82. <i>¿Con quien crees que es más difícil comunicarte?</i>	107
Tabla 83. <i>¿Crees que los jóvenes son presionados por los amigos para que inicien una relación sexual?</i>	108
Tabla 84. <i>¿Quién crees que es la persona que presiona más a los jóvenes para que eviten tener relaciones sexuales?</i>	108
Tabla 85. <i>¿Consideras que la mujer es la responsable de usar métodos anticonceptivos para no resultar embarazada y evitar la deshonra de la familia?</i>	110
Tabla 86. <i>¿Conoces si existen programas en apoyo al adolescente desde el punto de vista reproductivo?</i>	110
Tabla 87. <i>¿Consideras que no hay impedimento para acudir al centro de salud a solicitar condones o algún otro método de planificación familiar?</i>	111
Tabla 88. <i>Perfil basal del adolescente identificado en la intervención.</i>	114
Tabla 89. <i>Perfil del adolescente intervenido.</i>	117
ANEXOS	121
Anexo 1. <i>Diagnóstico Integral de Salud del Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Operacionalización de Variables para describir la población de estudio.</i>	121
Anexo 2. <i>Diagnóstico Integral de Salud del Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Operacionalización de Variables para describir los daños a la salud (Mortalidad)</i>	122
Anexo 3. <i>Diagnóstico Integral de Salud del Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Operacionalización de Variables para describir los daños a la salud (Morbilidad)</i>	123
Anexo 4. <i>Diagnóstico Integral de Salud del Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Operacionalización de Variables para describir factores condicionantes</i>	124
Anexo 5. <i>Diagnóstico Integral de Salud del Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Operacionalización de Variables para identificar Recursos y Servicios</i>	125
Anexo 6. <i>Diagnóstico Integral de Salud del Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Encuesta aplicada</i>	126



Anexo 7. Diagnóstico Integral de Salud del Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Presentación de cuadros y gráficas	127
Anexo 8. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescente a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Presentación de la encuesta (hoja 1)	128
Anexo 9. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescente a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Presentación de la encuesta (hoja 2)	129
Anexo 10. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescente a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Presentación de la encuesta (hoja 3)	130
Anexo 11. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescente a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Presentación de la encuesta (hoja 4)	131
Anexo 12. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescente a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Definición de indicadores de evaluación	132
Anexo 13. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescente a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Minuta de reunión con padres de familia	133
Anexo 14. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescente a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Lista de asistencia	134
Anexo 15. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescente a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Autorización de los padres y alumnos	135
Anexo 16. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescente a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Carta descriptiva de la sesión educativa (hoja 1)	136
Anexo 17. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescente a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Carta descriptiva de la sesión educativa (hoja 2)	137
Anexo 18. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescente a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Carta compromiso	138
Anexo 19. Diagnóstico Integral de Salud del Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Metodología utilizada	139
Anexo 20. Diagnóstico Integral de Salud del Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Selección de Unidades de Muestreo	139
Anexo 21. Diagnóstico Integral de Salud del Municipio de Gómez Farías, Jalisco. Priorización del problema de salud.	140
Anexo 22. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescentes a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Causas que condicionan un embarazo no planeado	140
Anexo 23. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescentes a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Problemas secundarios	141
Anexo 24. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescentes a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Consecuencias de un embarazo no planeado	141
Anexo 25. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescentes a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco	142

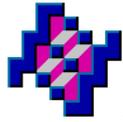


<i>2008. Tipos de factibilidad</i>	
<i>Anexo 26. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescentes a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Factibilidad de mercado</i>	142
<i>Anexo 27. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescentes a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Factibilidad técnica</i>	143
<i>Anexo 28. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescentes a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Metodología. Selección de grupos en la intervención</i>	144
<i>Anexo 29. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescentes a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Metodología. Aplicación de instrumento a grupos seleccionados</i>	145
<i>Anexo 30. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescentes a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Metodología. Grupo control</i>	146
<i>Anexo 31. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescentes a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Metodología. Grupo con intervención educativa</i>	147
<i>Anexo 32. Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescentes a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008. Metodología. Metodología. Grupo con intervención educativa y vivencial</i>	148
FIGURAS	31
<i>Figura 1. Diagnóstico Integral de Salud del Municipio de Gómez Farías, Jalisco.</i>	31
<i>Distribución de la población según grupo de edad</i>	
ESQUEMAS	51
<i>Esquema 1. Flujo de Proceso para la obtención de los productos</i>	51
<i>Esquema 2. Organización de la intervención</i>	74



TITULO

Mejoramiento del nivel de conocimiento vivencial en salud sexual y reproductiva en adolescentes a través de una intervención educativa en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco 2008.



I.-INTRODUCCIÓN

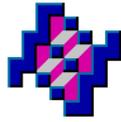
La elaboración del presente trabajo es el resultado de las actividades prácticas contempladas en la maestría en Salud Pública.

El diagnóstico integral de salud nos permitió conocer y analizar la situación de salud de grupos, comunidad o población con la finalidad de identificar problemas y necesidades de salud, determinar sus factores causales como parte de un proceso que debe incluir la solución o control de problemas detectados, la priorización de las necesidades y problemas encontrados en el diagnóstico, la creación del protocolo de la intervención a ejecutar y finalizar con la intervención del problema priorizado.

Esta integración proporciona al alumno en formación, competencias, habilidades, actitudes y herramientas para identificar un problema o necesidad de salud y poder realizar propuestas para implementar una intervención así como adentrarse al trabajo con la comunidad.

Fue necesario diseñar un proyecto de intervención en la localidad de Gómez Farías para la disminución del problema de salud priorizado. Basados en la factibilidad del mismo durante el ejercicio de priorización; se determinó intervenir en la localidad de Gómez Farías para disminuir los embarazos no planeados mediante el mejoramiento del nivel de conocimiento a través de una intervención educativa vivencial.

La presente intervención permitió al recurso en formación de post-grado, integrar una visión holística de una realidad. El documento que se presenta pretende mostrar los alcances alcanzados durante la maestría en servicio, las habilidades y actitudes desarrolladas para el trabajo en equipo, el liderazgo, la capacidad de análisis de información, desarrollo y aplicación de programas entre otros.



II.-ANTECEDENTES

Diagnóstico de Salud

El Diagnóstico de salud es una parte fundamental del proceso de Planeación, tiene como propósito evaluar la situación de salud de una colectividad, para poder proponer alternativas viables y factibles para la solución de problemas detectados.

El Diagnóstico de Salud Integral nos permitió visualizar los daños de salud en la población, los factores que favorecen a éstos, y las acciones y los recursos con que la población cuenta para enfrentarlos, proporcionándonos información veraz, suficiente y oportuna para la creación de políticas de planeación e implementación de programas y estrategias a nivel Regional y Municipal.

El identificar mediante el Diagnóstico Integral de Salud los factores condicionantes o determinantes, y determinar si la población es de mayor o menor riesgo, por lo que es posible promover acciones que permitan tener impacto para la reducción de o los problemas de salud.

El diagnóstico de salud integral tuvo como propósito evaluar el estado de salud de una comunidad para posteriormente, proponer alternativas de solución. Siendo éste la parte fundamental del proceso de planeación, es importante señalar que su elaboración dejó de ser un requerimiento meramente administrativo, para tomar su valor real y ser la herramienta para evaluar la salud de una colectividad, ya que éste es el sustento donde se dimensiona el problema de salud real de la población, para poder llevar a cabo intervenciones que permitieron mejorar el estado de salud de dicha población.

Uno de los compromisos del Sector Salud y de las Autoridades Municipales es mejorar el nivel de salud de la población; para poder tomar decisiones y mejorar las condiciones de vida y salud de su población, fue necesario recurrir a la investigación operativa que nos ofrece un Diagnóstico Integral de Salud.

MARCO TEORICO

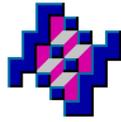
El diagnóstico de salud es un procedimiento que nos permite conocer y analizar la situación de salud de grupos, comunidad o población, con la finalidad de identificar problemas y necesidades de salud, determinar sus factores causales como parte de un proceso que debe incluir la solución o control de problemas detectados.

El Diagnóstico de la Situación de Salud, es la investigación en salud que constituye uno de los elementos imprescindibles para los sistemas y servicios de salud, especialmente en la Atención Primaria de la Salud, el cual permite evaluar, los efectos de las estrategias que se proponen para la solución de los problemas detectados.¹

En el primer nivel de atención se ha avanzado mucho sobre la realización de un Diagnóstico de Salud pero vemos que aun presenta deficiencias importantes que requieren perfeccionamiento.

Para que un Diagnostico sea llamado integral deberá tener tres componentes, primero el estado de salud, es decir su perfil epidemiológico de la población, segundo componente, los factores condicionantes relacionado con dicho estado de salud y tercero todos los recursos y servicios con los que se cuenta.

¹OPS/OMS. La salud pública de las Américas. Funciones esenciales. Washington: OPS/OMS; 2001
MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.



Existe tres tipos de Diagnóstico de salud: 1) diagnóstico administrativo, en el se toman acciones concretas en los servicios de salud su finalidad es el crecimiento de la productividad de las actividades de servicio que se están prestando a una población, 2) el diagnóstico estratégico, su propósito fundamental es el cambio tanto en actividades, consultas, actitudes, servicios, situación epidemiológica, busca la resolución de conflictos (necesidades y problemas de salud), 3) diagnóstico ideológico, su propósito principal es la legitimación de las acciones de salud y de los servicios e intervenciones que se realizan. Busca cambiar ideologías.

Antes de relacionar las situaciones de salud de esta comunidad y sus condiciones de vida y estado de salud de esta población y con el objetivo de comprenderlas mejor, es importante analizar primero lo que es la definición de salud.

El concepto de salud ha ido cambiando y evolucionando durante la historia.

Hace tiempo que se considera que el concepto de salud va más allá de la simple ausencia de enfermedades.²

La Salud como lo señala la OMS no solo es la "ausencia de la enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la Colectividad."³

La situación de salud está vinculada con la vida cotidiana de individuos y poblaciones, encontrándose determinada por las necesidades y problemas sociales, por las condiciones y los estilos de vida y por las respuestas sociales a dichas necesidades y problemas, con la finalidad de reducir o modificar el impacto de estos mediante acciones de salud y bienestar.⁴

Para Blum, la salud consiste en la capacidad el individuo para mantener un estado de equilibrio apropiado a su edad y a sus necesidades sociales, en el que este individuo este razonablemente indemne de profundas incomodidades, insatisfacciones, enfermedad o incapacidad y de comportarse de tal forma que asegure la supervivencia de su especie tan bien como su propia realización personal.⁵

La presencia de nuevas enfermedades, la fusión de las culturas, los cambios culturales, los cambios políticos están repercutiendo en los estilos de vida, que da como respuesta cambio en la salud de las poblaciones, siendo esto el objeto de estudio de la salud pública. Galán Morera señala que el objeto de la Salud Pública es el proceso salud-enfermedad con sus determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y epidemiológicos.⁶

Al igual que el concepto de salud, existen diversos conceptos de salud Pública. Gómez Arias señala que Winslow definía la Salud Pública como "el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el es-fuerzo organizado de la comunidad para: a) El saneamiento del medio, b) El control de las enfermedades transmisibles, c) La educación sanitaria, d) La organización de los servicios médicos y de enfermería, e) El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad, un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud."⁷

² World Health Organization. The first ten years of the world health organization. Ginebra: WHO, 1958.

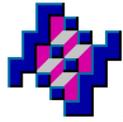
³ Navarro, L.V., Capítulo 3. Concepto Actual de Salud Pública.

⁴ Castellanos, P.L. Los modelos explicativos del proceso Salud Enfermedad: los determinantes Sociales.

⁵ Blum, H.L., Planning for Health, Generics for the Eighties. Human Science Press, New York, 1981, p.14.

⁶ Galán, M., R. ARREDODO, P., Evolución, situación actual y prospectiva de la Salud Pública. Ed. Panamericana. Capítulo 2.

⁷ Gómez-Arias, R., La noción de salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia Medellín, Septiembre de 2002



Julio Frenk define la Salud Pública “como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en poblaciones humanas”. Sus pilares principales son la epidemiología y la respuesta social organizada.

La epidemiología es el estudio de la frecuencia, distribución y determinantes de salud y enfermedad en poblaciones específicas, que incluye las aplicaciones de promoción de la salud y a la prevención y control de riesgos y problemas de salud. Es la ciencia que se ocupa de la ocurrencia, distribución y determinantes que afectan a la salud y la enfermedad.⁸

En la medición del proceso salud-enfermedad, se cuentan con algunas de las medidas:

- cifras absolutas
- cifras relativas
- razón
- proporción
- tasa
- medidas de frecuencia (prevalencia, incidencia acumulada, tasa de incidencia)
- medidas de asociación relativa (razón de tasas de incidencia, razón de incidencia acumulada, razón de momios, razón de prevalecias)
- medias de impacto potencia (riesgo atribuible en expuestos, riesgo atribuible poblacional).

Con el propósito de investigar y evaluar la naturaleza y el significado de los datos numéricos obtenidos, usaremos la bioestadística. La estadística es la disciplina que se ocupa de la recolección, organización, resumen y análisis de datos.⁹ Pero cuando nos referimos a las ciencias biológicas y de la salud, utilizaremos el término de bioestadística.¹⁰

La finalidad de la respuesta social organizada es mejorar el nivel de la población mediante la construcción de respuestas, acciones y servicios.

Lo más importante es lograr que la Comunidad tome conciencia sobre el papel que juega para la protección de su salud y asuma la responsabilidad de conservarla.¹¹

La investigación participativa es un enfoque de la investigación social mediante el cual se busca la plena participación de la comunidad en el análisis de su propia realidad, con el objeto de promover la participación social para el beneficio de los participantes de la investigación.¹²

⁸ G.E. Alan Dever, PH. D., M. T. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. OPS.OMS.1991

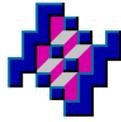
⁹ Daniel, W., “Bioestadísticas”, 4ª.Ed. Limusa Wiley.2006.

¹⁰ Pagano, M., Gauvreau, K., “Fundamentos de Bioestadística”, 2ª.Ed. Thomson Learning

¹¹ Malagon-Londono, G.. Responsabilidad y cobertura de la Salud Publica. Capitulo 1. La Salud Pública. Situación actual propuestas y recomendaciones. Ed. Panamericana

¹² De Witt, Tom; Gianotten, Vera. Investigación participativa en un contexto de economía campesina (Holanda). La Investigación participativa en América Latina. CENAPRO. México, 1988:240

MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.



Para evaluar la situación de salud de una población es necesario elaborar un diagnóstico de salud, de manera integral, que nos ayudara a conocer los problemas de salud y sus factores asociados, la priorización de los problemas a atender, y la evaluación de la eficacia de los Servicios de Salud para satisfacer las necesidades, además de la identificación de los valores sociales y políticos.

Es importante señalar que el Diagnóstico Integral de Salud tratara de acercarse a la morbilidad real, por la dificultad que se presenta de que durante la consulta podemos solo identificar la morbilidad diagnosticada, dejando fuera la diagnosticable. En base a lo anterior podemos agregar que la morbilidad sentida es aquella apreciación de síntomas o molestias que percibe un individuo. Cuando la morbilidad sentida es objeto de un diagnóstico, hablamos de morbilidad diagnosticable.¹³ Como lo señala Pineault, la morbilidad real engloba tanto la morbilidad sentida, diagnosticada y diagnosticable, así como los estados de morbilidad no sentidos, ya sea o no diagnosticados o diagnosticables.

Como la salud es multifactorial, depende de muchos factores determinantes, un autor que hace referencia a los diferentes factores asociados a la salud, es Bonnevie, es decir a los llamados “determinantes de salud”

La diversidad de modelos teóricos o paradigmas y disciplinas involucradas en el análisis de los determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad, es muy amplia, entre ellos tenemos el Modelo mágico-religioso, en esta propuesta, la enfermedad resulta de fuerzas o espíritus, representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa.¹⁴

El modelo sanitarista, en este modelo, la salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre. Las condiciones ambientales son los determinantes primarios. La principal limitante de este modelo es el hecho de que no contempla los factores sociales que determinan la prevalencia de las condiciones de vida insalubres para las diferentes clases sociales.

El modelo social, refiere que la salud-enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y de la vida del hombre y de cada conjunto poblacional. Como variables determinantes incluye el estilo de vida, factores del agente y factores del ambiente.

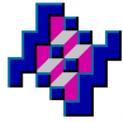
El modelo unicausal refiere que la salud-enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos, dependiente de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, donde se busca el agente patógeno o el factor causal de cada enfermedad.

El modelo multicausal, refiere la influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente, son en primera instancia los condicionantes del estado de salud que guarda el individuo o un conjunto poblacional.

El modelo epidemiológico incorpora el modelo multicausal para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de la causalidad, donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo, elemento que constituye su mayor ventaja. El modelo ecológico, refiere que la salud-enfermedad resulta de la interacción agente-huésped-ambiente en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre si, como las relaciones directas con el efecto.

¹³ Pineault, R. “La planification des services de sanite: Une perspective epidemiologique”. Administration hospitaliere et sociale, mars-avril 1979,p.7

¹⁴ Arredondo, A. Analysis and Reflection on Theoretical Models of the Health-Disease Process. Cad. Saude Public., Rio de Janeiro, 8(3): 254-261, Jll0set, 1992.



Existen algunos otros modelos tales como el histórico-social, geográfico, económico, interdisciplinario.

El desarrollo de los anteriores modelos ha dado avances importantes en el conocimiento de los determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad, así como el entendimiento y la forma en que se da la respuesta social organizada antes los retos que se plantean en las necesidades de salud de cada grupo social.

Los factores condicionantes o determinantes son:

- a) factores endógenos o biológicos.*
- b) Factores ligados al entorno o exógenos*
- c) Factores ligados al estilo de vida*
- d) Factores ligados al sistema de salud*

Varios autores han señalado que la contribución de estos factores a la mejora potencial de la salud de la población no está relacionada necesariamente con los recursos que se destinan.¹⁵

Es muy importante identificar los factores determinantes o condicionantes ya que esto nos permite diseñar programas y realizar acciones que permitan tener una visión más amplia para la solución de los problemas de salud y diseñar un proyecto de intervención.

El planificador en salud deberá identificar un problema de salud y sus factores asociados y postular la relación entre el problema de salud y sus factores determinantes, y proponer acciones que tendrán efecto sobre la salud.

Cabe señalar que para solucionar un problema ya identificado se requiere conocer las necesidades que lo desencadenaron.

Es muy importante primero distinguir entre problema de salud y necesidad de salud, el primero es una situación dada que está afectando la salud de una población, y la segunda es la diferencia entre una situación real y una situación deseada, es decir esa diferencia es lo que necesitamos para implementar acciones para resolver dicha necesidad.

El diagnóstico de salud se basa en la identificación de necesidades.

Según Hogarth, el concepto de necesidad de salud se refiere a la deficiencia o ausencia de salud determinada, a partir de criterios biológicos o epidemiológicos y que conduce a tomar medidas de prevención, tratamiento, control o erradicación.¹⁶

Para Brown y sus colaboradores, la necesidad de salud es un estado de enfermedad percibido por el individuo y definido por el médico.¹⁷

Para Donabedian, se trata de una perturbación de la Salud y del bienestar.¹⁸

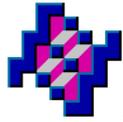
Una necesidad de salud produce a su vez una necesidad de servicios. El diagnóstico de Salud se basa en la identificación de necesidades. Según Bradshaw las necesidades las clasifica en cuatro

¹⁵ Pineault, M.D., Ph. D. FRCP. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias, Masson, 1995, p.2

¹⁶ Hogarth, J. Glossary of Health Care Terminology. Regional Office for Europe. World Health Organization, Copenhagen, 1978, p. 253.

¹⁷ Spiegel, A.D. and Hymns, H.H., Basic Health Planning Methods. Aspen Systems Corporation, Germantown, Maryland, 1978, p.27.

¹⁸ Donabedian, A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1978, pag. 58



tipos: la primera la necesidad normativa, que es la que define el experto, el profesional, el administrador, en relación a una determinada norma deseable u óptima; aquellos que no responden a esta norma son considerados en estado de necesidad. La segunda la necesidad sentida que se refiere a la percepción que tiene la gente sobre sus problemas de salud o lo que desean como servicios de salud. El tercer tipo de necesidad es la necesidad expresada, que se refiere a lo equivalente a la demanda de cuidados y servicios, a la necesidad sentida que finaliza en un proceso de búsqueda de servicios. Y por último la necesidad comparativa, que se refiere a la necesidad que un individuo o un grupo debería tener puesto que presenta las mismas características que otro individuo o grupo al que se ha identificado una necesidad.

La importancia de que el Planificador identifique primero los problemas de salud y no inmediatamente las necesidades es con el objeto de poder identificar mejor los antecedentes y las consecuencias de los problemas. Además la determinación de necesidades nos permitirá mejorar el proceso de solución de los problemas.

Acheson insiste sobre la importancia de definir la necesidad teniendo en cuenta los medios y los recursos disponibles.¹⁹

Durante la identificación de los problemas de salud y la determinación de las necesidades, deberemos hacerlo en dos etapas, primero habremos de identificar los problemas de salud por medio de los instrumentos de medidas y después analizaremos los problemas identificados, por medio de la información recogida, para poder determinar prioridades.

El estudio de necesidades, además que nos va a permitir evaluar la eficacia de las medidas tomadas por la comunidad para satisfacer sus necesidades.

La estimación de necesidades puede hacerse con ayuda de los indicadores sanitarios, que son medidas que pueden ser directas o indirectas del estado de salud, los indicadores sociodemográficos, se consideran como predictores de las necesidades.

Los indicadores son útiles sobre todo para ayudar a determinar la importancia de los problemas, para determinar las prioridades y para los grupos objetivo de las intervenciones.²⁰

Existen diferentes tipos de indicadores:

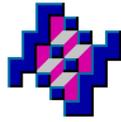
- 1) indicadores sociodemográficos
- 2) indicadores sanitarios
- 3) indicadores de utilización de los servicios de salud
- 4) indicadores de recursos

Los indicadores sociodemográficos como se menciona son útiles para la determinación de necesidades de salud y servicios, para la identificación de las poblaciones más vulnerables.

Los indicadores sanitarios que nos permiten identificar y cuantificar los daños a la salud son: la mortalidad, la morbilidad, los factores de riesgo y la incapacidad, son los más utilizados en la planificación sanitaria. Los indicadores de utilización de servicios de salud están basados sobre la

¹⁹ Acheson, R.M., "The Definition and Identification of Need for Health Care", J.of Epid. & Comm. H. Vol.32, 1978, p.10.

²⁰ Donabedian, A., "Aspects of Medical Care", op. cit., pp. 150-165



hipótesis de que la utilización de servicios se corresponde a las necesidades en materias de servicios, sirven para medir la morbilidad a partir de las estadísticas de admisión y de tratamiento hospitalario.

Los indicadores relativos a los recursos sanitarios se clasifican de la siguiente forma: indicadores de la capacidad de recurso, indicadores de empleo del recurso y por último la relación entre los anteriores.

Otro medio con el que disponemos para la identificación de necesidades de salud son las encuestas, que nos permitirán obtener información directa de la comunidad, y la identificación de necesidades sentidas.

Existen etapas para la preparación y planeación de encuestas siendo básicamente las siguientes: a) planeación, b) preparación operacional de la recolección de datos (determinación de datos y de instrumentos, selección de técnicas de muestreo, recolección, procesamiento, presentación y análisis de la información; calendarización y construcción de instrumento; reclutamiento de encuestadores; evaluación y capacitación de encuestadores; determinación de procedimientos para perdidas y no respuesta), c) recolección de datos, d) procesamiento, análisis e interpretación de la información, y e) presentación de resultados y recomendaciones. Dentro de las encuestas tenemos varias formas para recolectar la información.

La identificación de los problemas y necesidades de salud da la pauta para que el Diagnóstico Integral de salud, permita a los individuos y a los grupos que representan a la Comunidad de Gómez Farías, tener la información indispensable para realizar una valoración sobre las necesidades de los servicios y recursos de dicho Municipio.

OBJETIVO GENERAL:

Elaborar el Diagnóstico de Salud Integral 2006 de la población del Municipio de Gómez Farías, Jalisco.

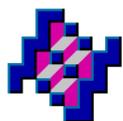
OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Identificar el perfil de daños de salud de la población del Municipio de Gómez Farías, Jalisco.
- 2) Identificar los factores determinantes de los daños de la salud de la población del Municipio de Gómez Farías, Jalisco.
- 3) Identificar los recursos y servicios de Salud con los que cuenta la población del Municipio de Gómez Farías, Jalisco
- 4) Contribuir a la identificación de las necesidades y problemas de salud de la población del Municipio de Gómez Farías, Jalisco.

METODOLOGIA Y RESULTADOS

METODOLOGIA:

DISEÑO DE ESTUDIO



El diseño del estudio fue observacional (los individuos fueron las unidades de observación), descriptivo (describir, organizar y resumir la información obtenida) y transversal (una muestra o el total de la población de referencia se examinó en un punto dado del tiempo).

UNIVERSO

La población total del Municipio de Gómez Farías, Jalisco, que de acuerdo al Consejo Nacional de Población es un total de 13380 habitantes.

POBLACION OBJETIVO

La totalidad de la población del Municipio de Gómez Farías, Jalisco.

TAMAÑO DE MUESTRA

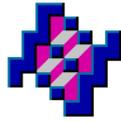
La información que se requiere para identificar los daños de la salud, sus factores determinantes, los recursos y servicios y las necesidades y problemas de salud existentes en el Municipio de Gómez Farías, incluye datos no captados en el sector salud, por lo que fue necesario recurrir además de la revisión documental de fuentes secundarias, tales como el Sistema de Información en Salud (SIS), Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud 10ª Revisión (CIE-10), Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones (SEED), Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Consejo Nacional de Población (CONAPO), al diseño y aplicación de una encuesta a la Población. Ver tabla 1.

TABLA 1. FUENTES SECUNDARIAS UTILIZADAS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

FUENTE	SIGLAS
Sistema de Información en Salud	SIS
Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica	SUIVE
Sistema Estadístico, epidemiológico de las defunciones	SEED
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática	INEGI
Consejo Nacional de Población	CONAPO
Hoja de egreso hospitalario	---

Como se mencionó, el Municipio no cuenta con un Diagnóstico integral de Salud que refleje la realidad socio-económica, que vivía la población, los daños de la salud y los factores condicionantes, las necesidades y problemas de salud, y los servicios y recursos disponibles. Se aplicó el método de muestreo PROBABILÍSTICO para la determinación y extracción de una muestra, que fuera representativa de toda la población del Municipio, de manera que todas las unidades tuvieran la misma probabilidad de ser seleccionada.

Se utilizó una fórmula adecuada para determinar el tamaño de muestra para poblaciones mayores de 10,000 individuos:



$$n = \frac{z^2(pq)}{d^2}$$

Se utilizó un grado de confianza de 95% con un valor de “z” de 1.96, y un porcentaje a favor de que ocurra un evento del 50%.

n= tamaño deseado de la muestra (población superior a 10,000)

z= desviación en relación a una distribución normal estándar que para un nivel de confianza del 95% es de 1.96

p= proporción de la población que se estima tiene una característica determinada y que para este estudio se aplica el 50% (0.50)

q= 1.0-*p*

d= grado de precisión el cual para fines de este estudio se eligió el 0.05

$d^2 = EEP = 0.025$ que representa el error estándar de una proporción.

Se obtuvo el siguiente tamaño de muestra:

$$n = \frac{(1.96)(.50)(.50)}{(.05)} = 384$$

Suponiendo que pudiese presentarse un porcentaje de no respuesta en las encuestas, se aplicó un porcentaje del 5% mas, que equivale a 19 encuestas, que sumada a las 384 nos dan un gran total de 403 encuestas en hogares.

UNIDAD DE ANALISIS:

Los integrantes de las familias que vivían en las viviendas seleccionadas, considerándose familia como al grupo de personas que se sostienen de un gasto común. Ver anexo 19.

POBLACION ENCUESTADA

Las familias que resultaron seleccionadas para la aplicación de las encuestas

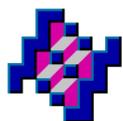
UNIDAD DE MUESTREO:

Fueron las viviendas donde residan familias del municipio de Gómez Farías, Jalisco.

MARCO MUESTRAL:

Fue constituido por los croquis de las localidades del Municipio proporcionadas por el Ayuntamiento de dicho Municipio.

UNIDAD DE OBSERVACION:



El informante y los integrantes de la familia seleccionada.

SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO:

Para la selección de viviendas a encuestar se utilizó los croquis de las localidades del Municipio.

Para determinar el número de encuestas por localidad, se aplicó al total de encuestas a realizar el mismo porcentaje obtenido según el tamaño de las localidades. Ver tabla 2.

TABLA 2. NO. DE ENCUESTAS REALIZADAS DE ACUERDO AL % DE POBLACIÓN EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS, JALISCO.

Tamaño de las localidades	% habitantes de la población del municipio	No. de encuestas
0-99	0.5 %	2
100-499	5.2%	23
500-999	6.3%	28
1000-2499	0	0
2500 y más	88%	350
Total	100%	403

Fuente: Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2006

Una vez calculado el número de encuestas por localidad, se procedió de la siguiente forma: En el caso de localidades de 2500 y más habitantes, se localizaron las colonias de dichas localidades, para posteriormente realizarse conglomerados de 4 manzanas. Se numeraron los conglomerados y por medio de números aleatorios se seleccionaron los conglomerados de acuerdo al número de encuestas a realizar. Ya seleccionado los conglomerados se eligió al azar la manzana a trabajar. Se hizo un recorrido por la manzana seleccionada, para identificar y contar las viviendas ocupadas por familias. El total de viviendas que resultó se dividió entre el número de encuestas que se requerían. Se encuestaron las viviendas de manera consecutiva, iniciando de la esquina norte con dirección a las manecillas del reloj hasta completar las encuestas requeridas. Ver anexo 20

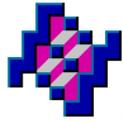
En el caso de localidades de menos de 2500 habitantes, se sectorizaron en el croquis en dos, en norte y sur, posteriormente se repartió el número de encuestas a realizar en ambos sectores tratando de conglomerar manzanas en caso de existir (4 manzanas por conglomerado); realizando la selección de manzana al azar. La selección de viviendas se realizó como lo señalado en las localidades de más de 2500 habitantes.

En localidades de menos de 500 habitantes, no fue posible realizar la conglomeración de manzanas no distribuirse de esa forma las viviendas, por lo que se procedió a seleccionar al azar un punto de partida donde se inició a encuestar. Seccionando una vivienda si y otra no.

En todos los casos cuando en la vivienda se localizó más de una familia, estas se encuestaron independientemente una de la otra.

Una vez de obtenido los resultados de la muestra, se realizaron inferencias estadísticas a la totalidad de la población, calculando el error estándar, que permitió inferir en qué grado se aproximan a los resultados que se obtuvieron, si se entrevistara a toda la población.

CRITERIOS DE INCLUSION:



Viviendas en los que residan familias al menos durante un año de residencia en dicha localidad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Viviendas que figuraron como escuelas, casas solas, comercios, fábricas, y otras actividades diferentes a lo señalado en el criterio de inclusión, así como las familias en que los entrevistados no desearon aportar información solicitada.

ORGANIZACIÓN

Participaron en la presente investigación, 1 investigador principal que actualmente cursa la maestría en salud pública, 20 voluntarios beneficiarios de Oportunidades, 1 capturista y 1 analista de datos. El investigador fue el encargado de la supervisión del presente diagnóstico.

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

Se recabó información de todos los integrantes de cada familia, relativa a las variables de interés de éste estudio, comprendidos en las siguientes categorías:

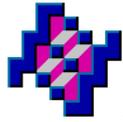
Población total (Ver anexo 1)

- *población total*
- *material predominante en techos*
- *material predominante en pisos*
- *material predominante en paredes*
- *agua entubada en vivienda*
- *eliminación de desechos sólidos*
- *eliminación de aguas servidas*

Daños a la salud (Ver anexo 2 y 3)

a) Mortalidad

- *mortalidad general*
- *mortalidad general por sexo*
- *mortalidad neonatal*
- *mortalidad en menores de 5 años*
- *mortalidad en adolescente*
- *mortalidad materna*
- *mortalidad infantil*



- *mortalidad en población de 20 a 59 años*
- *mortalidad en población de 60 y más años*

b) Morbilidad

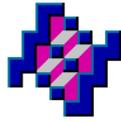
- *morbilidad general*
- *morbilidad sentida*
- *morbilidad por grupo de edad*
- *hipertensión y/o diabetes*

Factores condicionantes (Ver anexo 4)

- *actividad física*
- *sexo*
- *edad*
- *estado civil*
- *consumo de drogas*
- *lesiones o accidentes por abuso del alcohol*
- *tabaquismo*
- *escolaridad*
- *embarazo en adolescente*
- *detección oportuna de Cáncer*

Recursos y Servicios (Ver anexo 5)

- *recursos médicos*
- *recursos de enfermería*
- *recursos de odontólogos*
- *consultorios médicos*
- *establecimientos de atención ambulatoria*
- *satisfacción de la atención*
- *motivo de la insatisfacción*



- *derechohabiciencia*
- *atención dental*
- *atención prenatal*
- *Cartilla Nacional de salud*

FUENTES DE INFORMACION:

La recolección de datos se llevo de acuerdo a la utilización de fuentes primarias y secundarias.

Entre las fuentes primarias se contó con el diseño y aplicación de encuestas a la muestra seleccionada de la Población de Gómez Farías.

Se utilizaron fuentes secundarias obteniendo información del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) censo 2005, del ayuntamiento de Gómez Farías y de los Servicios de Salud Jalisco. En el caso de datos de Mortalidad se obtuvo la información Sistema Nacional de Información en salud (SINAIS), en los de morbilidad se consultó el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Además de datos obtenidos por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones (SEED).

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE CAPTACION DE DATOS

Se llevo a cabo la aplicación de encuestas realizadas por los estudiantes de nivel bachillerato beneficiarios del programa de oportunidades, para obtener datos relativos a características generales de la población, morbilidad, utilización de los servicios de salud, entre otros. Los jóvenes previamente capacitados, aplicaron un cuestionario estructurado específicamente diseñado (Ver anexo 6), a una persona adulta de la muestra seleccionada. Para la detección de errores en el diseño de la investigación antes de llevarse a cabo la ejecución de dicha encuesta, se realizó una prueba piloto del cuestionario diseñado en la localidad de Gómez Farías.

La aplicación de cada entrevista duró aproximadamente 10 minutos. Los encuestadores portaban gafete de identificación proporcionado por el investigador, así como las encuestas necesarias, la localización de su manzana, fólder y carpeta con dichas encuestas.

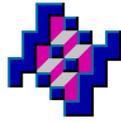
El investigador principal se aseguró de que en cada caso se obtuviera toda la información requerida, así como los recursos y los instrumentos necesarios para la realización de la encuesta, realizándose sin contratiempo alguno.

La clasificación de datos se realizó de la siguiente manera: se numeraron los cuestionarios, se entregaron a los encuestadores previa capacitación de acuerdo al número de encuesta a realizarse por localidad.

Posteriormente las encuestas se clasificaron de acuerdo a la localidad encuestada.

La información obtenida, se verificó para comprobar que fuera completa y que no existieran contradicciones. Posteriormente se guardaron los cuestionarios completos en una caja plástica, cerrada y se excluyeron los incompletos o contradictorios.

CAPACITACIÓN A ENCUESTADORES



Se llevo a cabo bajo la responsabilidad del Investigador principal, capacitando al total de encuestadores en la realización de las encuestas. Fue imprescindible que se dieran instrucciones a los encuestadores para la realización de sus tareas con precisión. Se les dio a conocer puntos principales de la investigación, y la metodología, además del procedimiento para la realización de las entrevistas, y la importancia de precisar y anotar las respuestas que les proporcionarían sin filtrarlas ni interpretarlas.

Se tomaron en cuenta los posibles sesgos, que pudiese estar asociados a diferentes factores tales como instrumentos defectuosos preguntas redactadas en forma muy vaga, o acerca de la forma de preguntar, sesgo o parcialidad del observador (que el recopilador de datos vea o escuche solamente lo que le interesa, o que pierda información de la información), o influjo de la entrevista en el informador (que el informador desconfiara acerca de las intenciones de la entrevista y esquivara algunas preguntas o dar respuestas que conduzcan a error).

PRUEBA PILOTO

Se aplicó el cuestionario diseñado, estimando un 5% del tamaño de la muestra calculada, a una de las localidades de Gómez Farías, (de acuerdo a la Unidad de Selección de muestra arriba señalada) cuyo objetivo era la posibilidad de hacer ajustes al formato, al planteamiento de datos, o al diseño de la investigación, según lo ameritara. Se procedió a realizar la etapa práctica con la prueba piloto, donde se sometió al cuestionario y a los encuestadores a una evaluación para verificar que no existía la posibilidad de sesgo, pudiéndose modificar preguntas en caso necesario. Posterior a la prueba piloto fue necesario la modificación de dos preguntas de la encuesta, ya que durante la aplicación, se observó confusión en las respuestas, por lo que se hizo necesario su modificación.

ASPECTOS ETICOS

Se obtuvo el consentimiento informado antes de empezar la entrevista, asegurándose la confidencialidad de los datos obtenidos, evitándose la exploración de asuntos delicados.

PLAN DE ANALISIS

VERIFICACION DEL CONTROL DE CALIDAD

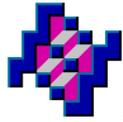
Se llevo a cabo la revisión y comprobación de que toda la información de los cuestionarios estaba completa, sin existir contradicciones en la información obtenida. No se anuló ningún cuestionario.

PROCESAMIENTO DE DATOS

Se realizó el procesamiento de datos de manera manual inicialmente y posteriormente capturados en equipo de cómputos, en una base de datos EPI INFO. Se llevo a cabo el procesamiento y análisis estadístico.

ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Se llevo a cabo la elaboración de tablas, así como gráficas (Ver anexo 7) de los datos obtenidos por fuentes primarias y secundarias. En el caso de daños a la salud, la morbilidad se obtuvo del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), mediante listados de las principales causas



de morbilidad de acuerdo a los grupos de edad, así como de fuentes primarias. Se obtuvieron datos de conocimiento de diabetes e hipertensión, consumo de tabaco, consumo de drogas o alcohol, y ocurrencia de accidentes por consumo de alcohol en las familias de las viviendas entrevistadas. En el caso de la mortalidad, la información se obtuvo del SINAIS (Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud) de la base del cubo de mortalidad, en la cual se mostro por medio de tablas su frecuencia, su porcentaje y su tasa, dividiéndose en los grupos de menor de un año, de 1 a 4 años, de 5 a 9 años, de 10 a 19 años, 20 a 59 años y 60 y más años. En el caso de los factores determinantes se describió tanto su frecuencia y porcentaje de las siguientes variables: viviendas según el tipo de techo, paredes, piso, disposición de agua, eliminación de aguas servidas, eliminación de desechos sólidos, actividad física, sexo, edad, estado civil, tabaquismo, escolaridad entre otras, cuyos datos se obtuvieron de la fuente primaria, y de fuentes secundarias como fue el INEGI.

En el rubro de recursos disponibles, la información igualmente se obtuvo de fuentes primarias y secundarias. Se realizaron tablas con frecuencia y porcentaje de variables tales como recursos médicos, enfermería, dentales existentes en el Municipio, establecimientos de atención ambulatoria, satisfacción de la atención, motivos de insatisfacción, tipo de derechohabencia, entre otros.

RESULTADOS

De acuerdo a cifras del INEGI el Municipio de Gómez Farías ocupa el número 79 de los 124 que forman el Estado de Jalisco. Cuenta con una superficie de 343.89 Km². Está situado en la región sureste del Estado. La mitad de su superficie está conformada por zonas accidentadas (50%), zonas planas (38%) y zonas semiplanas (12%).

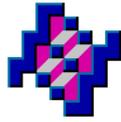
El nombre del Municipio se debe en honor al Liberal Valentín Gómez Farías. El Municipio de Gómez Farías esta ubicado en el Sur del Estado de Jalisco. Limita al norte con el Municipio de Atoyac; al sur con Zapotlán el Grande y Tamazula; al este con Concepción de Buenos Aires y Tamazula; al oeste con Sayula y San Gabriel.

Este Municipio cuenta con una población total de 13380 habitantes de los cuales 6787 son mujeres (50.7%) y 6593 son hombres (49.3%) según Consejo Nacional de Población 2006.

Cuenta con 23 localidades de las cuales, las más importantes son: Gómez Farías, San Andrés Ixtlán, El Rodeo, Ejido 1º de Febrero y El Corralito. El 50.2% de la población reside en la cabecera Municipal (6,729 habitantes), San Andrés Ixtlán cuenta con 5,021 habitantes que corresponden al 37.5%, al Rodeo le pertenecen 845 habitantes (6.3%), el resto en menor proporción se encuentran dispersa en las localidades como: La Calaverna, Cofradía del Rosario, El Corralito, Los Ocuares, El Ejido Primero de Febrero, Rancho Puente de Mendoza, El Durazno y Piedras Negras.

El 53.5% de la población se encuentra en edad económicamente activa (15 a 49 años), de esta el 51.25% son mujeres. El 44.3% son menores de 19 años.

El municipio ofrece a sus habitantes los servicios de agua potable, alcantarillado, alumbrado público, mercado, rastro, cementerio, vialidad, aseo público, seguridad pública, parques, jardines y centros deportivos. El 93.6% de los habitantes disponen de agua potable; en alcantarillado la cobertura es del 84.4% y en el servicio de energía eléctrica el 95.5%, según información proporcionada por el Centro de Salud de Gómez Farías. Las localidades de Gómez Farías, San Andrés Ixtlán, Ejido 1ro. De Febrero y la Cofradía cuentan con un solo tiradero de basura.



El Municipio de Gómez Farías, es uno de los 16 Municipios que forman la Región Sanitaria VI. Según Proyección de población CONAPO 2006, el 4.2% del total de la población de la Región Sanitaria VI (312, 962 habitantes), pertenece a el Municipio de Gómez Farías, Jalisco.

La población derechohabiente calculada según CONAPO con datos del censo 2000, del IMSS es de 3,690 (27.5%), ISSSTE de 333 (2.48%), SEDENA 8 (0.05%), se ignoran 302 (2.25%), y el resto corresponde a población abierta (67.7%).

La atención a la salud en el Municipio y sus principales localidades es prestada por la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Jalisco (SSJ), por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ISSSTE, SEDENA y por la Cruz Roja Mexicana.

La SSJ (Secretaría de Salud Jalisco) brinda atención médica y tratamiento de primer nivel a toda la población del municipio. Cuenta con 3 Unidades de primer nivel localizadas en la Cabecera Municipal de Gómez Farías, una en San Andrés y otra más en El Rodeo. Además se visita a las localidades de Ocuares, Ejido 1 de Febrero, El Corralito, Cofradía del Rosario y La Calavema, una vez a la semana mediante una plaza móvil conformada por un médico en Servicio Social y una Enfermera. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) dispone de una unidad de primer nivel de atención en la localidad de Gómez Farías. Los derechohabientes del ISSSTE y SEDENA se trasladan al Municipio de Zapotlán el Grande y Sayula respectivamente a recibir atención médica y tratamiento.

El rubro de bienestar social es atendido por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) a través del Comité Municipal.

La cabecera del Municipio, dispone de una ambulancia para el traslado de Urgencias y el recurso humano de 1 Técnico Superior Universitario en Emergencia, Seguridad Laboral y Rescate, cuyos honorarios son por cuenta del Ayuntamiento.

La referencia a Segundo Nivel se realiza al Hospital Regional de Cd. Guzmán que dispone de 30 camas censables, así como de seis especialidades básicas: Gineco-obstetricia, Cirugía, Anestesiología, Pediatría, Medicina Interna y Traumatología.

Durante 2004 se presentaron dos casos de Coqueluche en la localidad de San Andrés, Ixtlán.

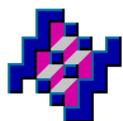
La Secretaría de Salud Jalisco a través de la Dirección General de Salud Pública reportó una intoxicación por clenbuterol con 25 personas intoxicadas en el año 2005 en este Municipio.

No se han reportaron muertes maternas en los últimos 5 años en ninguna localidad del Municipio de Gómez Farías, Jalisco.

La elaboración del Diagnóstico de Salud Integral nos brindó información sobre el estado de salud del Municipio de Gómez Farías, sus principales daños a la salud y los factores que condicionan a estos.

Daños a la salud

MORTALIDAD GENERAL



Las cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado ocuparon la principal causa de mortalidad entre la población general con una tasa cruda de mortalidad de 74.74, no presentándose dicha causa dentro de las 10 principales causas de mortalidad a nivel estatal. En segundo lugar, las enfermedades crónicas degenerativas con una tasa cruda de 44.84 menor a la estatal que es de 68.0.

En el año 2005 se registraron un total de 67 muertes en el municipio de Gómez Farías, lo que representa una tasa cruda de mortalidad de 500.75 por 100,000 habitantes. Ver tabla 3.

TABLA 3. LISTADO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACIÓN GENERAL EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS, JALISCO. AÑO 2005

	Causas	frecuencia	porcentaje	tasa
1	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	10	14.92	74.74
2	Diabetes mellitus	6	8.95	44.84
3	Desnutrición calórico proteica	4	5.97	29.90
4	Enfermedad cerebrovascular	4	5.97	29.90
5	Enfermedades isquémicas del corazón	3	4.47	22.42
6	Nefritis y nefrosis	3	4.47	22.42
7	Otras enfermedades digestivas	3	4.47	22.42
8	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	2	2.98	14.95
9	Enfermedades hipertensivas	2	2.98	14.95
10	Tumor maligno de la próstata	2	2.98	14.95
11	Tumor maligno del hígado	2	2.98	14.95
12	Úlcera péptica	2	2.98	14.95
13	Uso de alcohol	2	2.98	14.95
14	Agresiones (homicidios)	1	1.49	7.47
15	las demás causas	21	31.34	156.95
	total	67	100	500.75

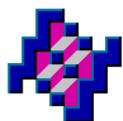
Fuente: cubo de mortalidad, SINAIS, ssa.2005
Tasa por 100,000 habitantes

En la población femenina la diabetes mellitus y los accidentes vasculares ocuparon las dos principales causas de muerte con una tasa de 44.21 y 29.47 respectivamente. De las 67 muertes registradas el 35.9% fue en el sexo femenino.

Se registraron un total de 24 muertes en el sexo femenino en el Municipio de Gómez Farías, lo que representa una tasa cruda de mortalidad de 353.67 por 100,000 mujeres. Ver tabla 4.

TABLA 4. LISTADO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD FEMENINA EN POBLACIÓN GENERAL DEL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS, JALISCO. AÑO 2005

	Causa	frecuencia	porcentaje	tasa
1	Diabetes mellitus no insulino dependiente E11	3	12.50	44.21
2	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico I64X	2	8.33	29.47



3	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso A09X	1	4.17	14.74
4	Hepatitis viral, sin otra especificación B19	1	4.17	14.74
5	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias B20	1	4.17	14.74
6	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas C22	1	4.17	14.74
7	Tumor maligno del ojo y sus anexos C69	1	4.17	14.74
8	Leucemia mieloide C92	1	4.17	14.74
9	Enfermedad alcohólica del hígado K70	1	4.17	14.74
10	Diabetes mellitus, no especificada E14	1	4.17	14.74
11	Las demás causas	11	45.83	162.10
	TOTAL	24	100.00	353.67

Fuente: cubo de mortalidad, SINAIS, ssa.2005
Tasa por 100,000 habitantes

Es notable observar como en el caso de la mortalidad en población masculina, se presentaron altas tasas debidas a enfermedad alcohólica del hígado con una tasa de 106.16, o las relacionadas con esta, como los trastornos mentales y del comportamiento debidas al uso de alcohol con una tasa de 30.33, desplazando a las enfermedades crónico degenerativa a los últimos lugares. Durante el año 2005, se registraron un total de 43 muertes de hombres, que representa una tasa cruda de 652.11 por 100,000 hombres. Ver tabla 5.

TABLA 5. LISTADO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MASCULINA EN POBLACIÓN GENERAL DEL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS, JALISCO AÑO 2005

	causa	frecuencia	Porcentaje	Tasa
1	Enfermedad alcohólica del hígado K70	7	16.28	106.16
2	Tumor maligno de la próstata C61X	2	4.65	30.33
3	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol F10	2	4.65	30.33
4	Infarto agudo del miocardio I21	2	4.65	30.33
5	Otras enfermedades de los intestinos K63	2	4.65	30.33
6	Fibrosis y cirrosis del hígado K74	2	4.65	30.33
7	Insuficiencia renal crónica N18	2	4.65	30.33
8	Accidente de tránsito de tipo especificado pero donde se desconoce el modo de transporte de la víctima V87	2	4.65	30.33
9	Otras enfermedades bacterianas, no clasificadas en otra parte A48	1	2.33	15.17
10	Tumor maligno del estómago C16	1	2.33	15.17
11	Tumor maligno del colon C18	1	2.33	15.17
12	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas C22	1	2.33	15.17
13	Otros tumores malignos de la piel C44	1	2.33	15.17
14	Las otras causas	17	39.53	257.81
	total	43	100.00	652.11

Fuente: cubo de mortalidad, SINAIS, SSA, 2005
Tasa por 100,000 habitantes

La mayor tasa de mortalidad se encontró en el sexo masculino de 60 años y más de edad, que represento una tasa de 5111.11 fallecimientos por 100,000 habitantes, y el femenino de ese mismo grupo de edad de 3030.30 por 100,000. Ver tabla 6.

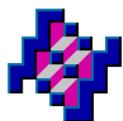


TABLA 6. TABLA DE MORTALIDAD POR SEXO 2005

	hombres		mujeres	
	No.	tasa	No.	tasa
Menor de 1 año	2	1360.54	1	699.30
De 1 a 4 años	2	332.78	1	172.12
De 5 a 9 años	0	-	0	-
10 a 19 años	2	133.78	0	-
20 a 59 años	14	447.71	6	180.02
60 y más años	23	5111.11	16	3030.30
TOTAL	43	652.11	24	353.67

Fuente: cubo de mortalidad, SINAIS, ssa.2005

No se registro muerte materna en los últimos 5 años probablemente a las acciones de reforzamiento de la atención materno infantil.

MORBILIDAD GENERAL

Por otra parte de la morbilidad registrada en el SUIVE, se observó una alta tasa de incidencia por Infecciones Respiratorias Agudas ocupando la primera principal causa con una tasa de 24,073 por 100,000, similar a la tasa estatal que es 23,960. Se observó que las Infecciones Respiratorias Agudas ocuparon la principal causa de morbilidad en todos los grupos de edad, siendo este comportamiento similar al Nacional.

Contrario a lo observado en la mortalidad, la enfermedad alcohólica del hígado no ocupó las principales causas de morbilidad. Es importante señalar que las faringitis y amigdalitis estreptocócicas mostraron una tasa muy superior a la estatal, posiblemente por su subregistro de las mismas a nivel municipal. Ver tabla 7.

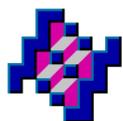


TABLA 7. LISTADO DE LAS 20 PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD EN LA POBLACIÓN GENERAL DEL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS, JALISCO. AÑO 2006

causa	frecuencia	porcentaje	tasa
1 Infecciones Respiratorias Agudas	3221	54.87	24073.2
2 Infecciones Intestinales por Otros Organismos y mal definidas	441	7.51	3295.96
3 Infección De Vías Urinarias	305	5.20	2279.5
4 otitis media aguda	275	4.68	2055.3
5 Faringitis y Amigdalitis Estreptocócicas	246	4.19	1838.6
6 úlceras, gastritis y duodenitis	219	3.73	1636.8
7 Intoxicación Por Picadura De Alacrán	207	3.53	1547.1
8 Conjuntivitis	159	2.71	1188.3
9 neumonías y bronconeumonías	113	1.93	844.5
10 Candidiasis Urogenital	111	1.89	829.6
11 Intoxicación Alimentaria Bacteriana	77	1.31	575.5
12 hipertensión Arterial	72	1.23	538.1
13 Tricomoniasis urogenital	45	0.77	336.3
14 Asma y estado Asmático	36	0.61	269.1
15 diabetes Mellitus No Insulinodependiente (tipo II)	35	0.60	261.58
16 Amebiasis Intestinal	31	0.53	231.69
17 Gingivitis y Enfermedad Perlodontal	31	0.53	231.69
18 Desnutrición Leve	23	0.39	171.90
19 Varicela	23	0.39	171.90
20 mordeduras por perro	22	0.37	164.42
Las demás causas	178	3.03	1330.34
Total	5870	100.00	43871.45

Fuente: Sistema Único de Información sobre Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) 2006
Tasa de casos nuevos por 100,000 habitantes

MORBILIDAD SENTIDA

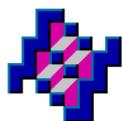
El 70.8% de los encuestados no refirieron haber presentado alguna enfermedad previa a la aplicación de la encuesta. El 19% de la población encuestada manifestó que la principal causa de enfermedad fueron las Enfermedades Respiratorias Agudas, con una tasa de 10887.32 por cada 100,000 hombres y 8111.05 por cada 100,000 mujeres. Ver tabla 8.

TABLA 8. MORBILIDAD SENTIDA EN LA POBLACIÓN ENCUESTADA DEL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS, JALISCO. AÑO 2006

	hombre	tasa	Mujer	tasa	total	tasa	%
Enfermedad Respiratoria Aguda	200	10887.32	149	8111.05	349	18998.37	19
Otros padecimientos	66	3592.81	46	2504.08	112	6096.90	6.1
Otras enf. Infecciosas	13	707.68	20	1088.73	33	1796.41	1.8
Hipertensión	16	870.99	9	489.93	25	1360.91	1.36
Diabetes Mellitus	11	598.80	6	326.62	17	925.42	.93
Ninguna enfermedad	666	36254.76	635	34567.23	1301	70821.99	70.8

Fuente: encuestas n= 407

En lo referente al grupo de edad el grupo de adultos mayores de 85 años y más se presentó una mayor tasa de morbilidad sentida, representando 43,333 por 100,000 adultos de ese grupo de edad.



HIPERTENSION Y DIABETES

El 22.4% de los informantes refirieron padecer diabetes o hipertensión.

ADICCIONES

La convivencia con un miembro de familia con adicciones fue frecuente ya que el 13.8% refirieron el uso de drogas y alcohol, y el 14.7% hábitos de tabaquismo.

Existe un gran número de establecimientos para la venta de bebidas embriagantes, incluyendo los tendejones en los cuales el 78% tiene permiso para la venta de cerveza.

Factores determinantes

POBLACIÓN

El 88% de la población habitan localidades urbanas, concentrándose en ellas los recursos para la atención para la salud. Ver tabla 9.

TABLA 9. LOCALIDADES DEL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS Y SU POBLACIÓN SEGÚN EL TAMAÑO DE SU LOCALIDAD

	0-99 habitantes	100-499 habitantes	500-999 habitantes	1000-2499 habitantes	2500 y mas habitantes
Localidades	16	4	1	0	2
población	79	716	845	0	11750

Fuente: Estudio de Regionalización Operativa. Dirección General de Planeación 2006

La localidad de Gómez Farías cuenta con más del 50% de la población del Municipio.

POBLACION POR SEXO Y EDAD

La estimación del Consejo Nacional de Población para el 2006 para el municipio de Gómez Farías estimó que la población de Gómez Farías es de 13380 habitantes, el 49.2% son hombres y el 50.8% son mujeres; la razón mujer hombre fue de 1.02. Por grupo de edad la población se dividió de la siguiente forma el 44.39% de 0 a 19 años, de 20 a 59 años el 48.29% y mayores de 60 años y mas el 7.32%. Ver tabla 10 y figura 1.

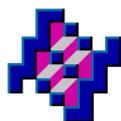
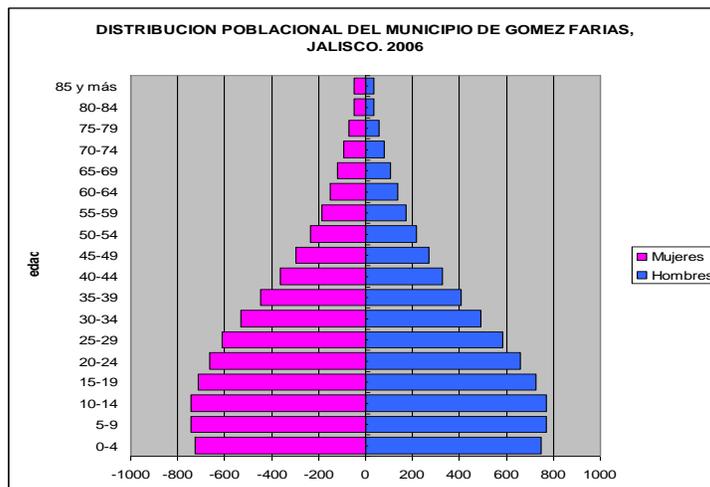


TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE SEXO MASCULINO Y FEMENINO DEL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS, JALISCO AÑO 2006

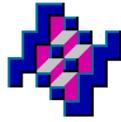
Años	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje	Población total	Porcentaje
0-4	748	11.35	724	10.67	1472	11.00
5-9	772	11.71	743	10.95	1515	11.32
10-14	768	11.65	745	10.98	1513	11.31
15-19	727	11.03	713	10.51	1440	10.76
20-24	661	10.03	662	9.75	1323	9.89
25-29	583	8.84	611	9.00	1194	8.92
30-34	492	7.46	533	7.85	1025	7.66
35-39	407	6.17	446	6.57	853	6.38
40-44	329	4.99	365	5.38	694	5.19
45-49	269	4.08	296	4.36	565	4.22
50-54	215	3.26	235	3.46	450	3.36
55-59	171	2.59	186	2.74	357	2.67
60-64	135	2.05	150	2.21	285	2.13
65-69	104	1.58	119	1.75	223	1.67
70-74	80	1.21	94	1.39	174	1.30
75-79	58	0.88	70	1.03	128	0.96
80-84	37	0.56	47	0.69	84	0.63
85 y más	37	0.56	48	0.71	85	0.64
TOTAL	6593	100.00	6787	100.00	13380	100.00

Fuente: Proyección de Población CONAPO 2006

Figura 1. Distribución de la población según grupo de Edad



Fuente: Proyección de Población CONAPO 2006



El promedio de habitantes por vivienda fue de 4.5.

ESCOLARIDAD

El 32.36% de las mujeres y el 29.07% contaba con 6 años de primaria. El porcentaje de analfabetas fue de 13.34% en mujeres y 13.68% en hombres.

VIVIENDA

En cuanto a la vivienda fue común el uso de techo de concreto, seguidas de viviendas con techo de teja. El 51.6% contaban con piso de cemento y 86% con paredes de ladrillo. Los desechos sólidos los vertían al camión recolector el 96.6% de las familias entrevistadas. La mayoría de las viviendas se encuentran tanto en la cabecera municipal y en la localidad de San Andrés, ya que ambas son localidades urbanas de mas de 2,500 habitantes, y el porcentaje de encuestas fue proporcional al tamaño de la población.

CONTROL PRENATAL

De las 27 mujeres que presentaron un embarazo actual, el 100% acude a un médico o enfermera para su atención.

En el Sistema de información en Salud del Municipio de Gómez Farías, Jalisco, durante el 2006 se reportaron 211 ingresos de control prenatal en todos los grupos de edad, de los cuales 34 fueron en menores de 19 años, representando el 16%; siendo 7 de ellos en menores de 15 años y el resto 27 de 15 a 19 años.

EMBARAZO EN EL ADOLESCENTE

Existe un gran número de embarazos en el adolescente en el Municipio y aunque el Sistema de Información de Salud reporta solo que el 16% de los ingresos a control prenatal fue en adolescentes; el Hospital Regional de Ciudad Guzmán reportó que del total de nacimientos atendidos procedentes del Municipio de Gómez Farías, Jalisco, el 22% fue en adolescentes.

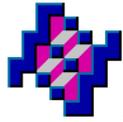
EJERCICIO

No fue común el habito de realizar ejercicio entre las familias entrevistadas ya que solo el 40% realizaban al menos 3 veces a la semana ejercicio, mostrando cifras muy similares tanto el sexo femenino como masculino en este hábito.

Recursos y Servicios

RECURSOS HUMANOS POR INSTITUCION

En el caso de recursos disponibles a nivel institucional se cuenta con una cobertura de 1 médico para 1,115 habitantes, 1 enfermera para 1672 habitantes, 1 odontólogo para 13380 habitantes.



CONSULTORIOS MEDICOS

En este rubro existen 5 consultorios médicos, 3 de la Secretaría de Salud y 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por parte de la Secretaría de Salud existía con una unidad móvil que estaba programada para visitar las localidades del Municipio.

ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION AMBULATORIA

Se cuenta con 4 centros de salud por parte de la Secretaría de Salud Jalisco, que se localizan en la cabecera municipal Gómez Farías, San Andrés, El Rodeo y el Corralito. El Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene 2, localizados en la cabecera Municipal ambos, uno de ellos con el régimen oportunidades.

NUMERO DE POBLACIÓN CON SEGURO POPULAR.

El Municipio contaba con 4,756 habitantes registrados con Seguro Popular.

DISTANCIA DE LA CABECERA MUNICIPAL A LAS LOCALIDADES

La distancia entre la cabecera Municipal y las localidades varía de acuerdo al tipo de camino. Las principales localidades que atienden población son San Andrés, Rancho del puente de Mendoza, La Calaverna, Cofradía del Rosario, El Corralito, Los Ocuares, Ejido Primero de Febrero (San Nicolás). El resto de localidades aunque esta señaladas como tal, no cuentan con población según CONAPO 2006. En la siguiente tabla se aprecian datos sobre la distancia, tiempo de traslado, medio habitual de traslado, tipo de camino, y lugar a donde se refieren a 2do. Nivel más frecuente, siendo el medio más usual de traslado el vehículo.

DISTRIBUCION DE ASISTENCIA DE LAS FAMILIAS

El 71.4% de los informantes acudieron a atención al Centro de Salud o Casa de Salud.

SATISFACION DE LA ATENCION

En general la población encuestada que acudió al centro de salud menciona sentirse satisfecha con la atención recibida en el centro de salud.

QUEJAS

El 80.8% de las familias que mencionan haber acudido a una Unidad de salud refieren no tener queja sobre su atención.

MOTIVO DE INSATISFACCION

El principal motivo de queja fue el personal de enfermería vespertino y el surtimiento de medicamentos con el 19.04% cada uno.

POBLACION CON TENENCIA DE CARTILLA

EL 57.5% de las familias refirieron si contar con Cartilla Nacional de salud

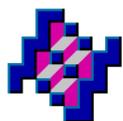


FRECUENCIA CON QUE SE LLENA CARTILLA

El 88% de las cartillas fueron solicitadas por el personal de salud para su llenado

POBLACION QUE REFIERE ACUDIR AL DENTISTA

El 64.9% de la población encuestada refirió no acudir a dentista



Priorización

Como producto del análisis de los resultados del Diagnóstico realizado en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco se identificaron entre los 10 principales problemas y necesidades de salud los siguientes:

1. Enfermedad alcohólica del hígado
2. Diabetes mellitus
3. infecciones de vías respiratorias
4. enfermedad cerebro vascular
5. embarazo en el adolescente
6. hipertensión
7. infección de vías urinarias
8. adicciones
9. diarreas
10. picadura de alacrán

El día 15 de Diciembre del 2007 en el aula de usos múltiples del Centro de Salud de la cabecera Municipal de Gómez Farías, Jalisco; se analizaron los problemas antes señalados mediante la **metodología de Hanlon**, y con la participación de la comunidad, se realizó un taller de priorización de los mencionados problemas de salud. Ver anexo 21.

El **método de Hanlon** se basó en los cuatro componentes siguientes: **magnitud del problema (A)**, **severidad del problema (B)**, **eficacia de la solución (C)** y **factibilidad de la intervención (D)**. Se le asignó un valor a cada uno de dichos componentes. En el método de Hanlon, la clasificación ordenada de los problemas se obtuvo por el cálculo de la siguiente fórmula que se aplicó a cada problema que se ha considerado. Puntuación de prioridad: **(A+ B) C x D**.

La Magnitud (componente A) lo definió Hanlon como el número de personas afectadas por el problema en relación con la población total. La magnitud se evaluó a partir de la escala de la siguiente tabla: Ver tabla 11 y 12.

TABLA 11. EJERCICIO DE PRIORIZACIÓN.
ESCALA DE MAGNITUD

Unidades por 100,000 habitantes	puntuación
50,000	10
5,000- 49,999	8
500-4,999	6
50-499	4
5-49	2
0.5-4.9	0

Ejercicio de priorización:

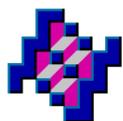


TABLA 12. EJERCICIO DE PRIORIZACIÓN.
MAGNITUD DEL PROBLEMA

No.	Causa	Magnitud (A)
1	Enfermedad alcohólica del hígado	10
2	Diabetes mellitus	4
3	Infecciones de vías respiratorias	10
4	Enfermedad cerebro vascular	6
5	Embarazo en el adolescente	8
6	Hipertensión	4
7	Infección de vías urinarias	8
8	Adicciones	5
9	Diarreas	6
10	Picadura de alacrán	6

La severidad del problema (componente B) se refiere al Impacto que tiene dicho problema a nivel familiar, social o económico. Se adjudica un valor al problema en una escala del 0 al 10, correspondiendo última cifra a la situación más severa. Ver tabla 13.

Ejercicio de priorización:

TABLA 13. EJERCICIO DE PRIORIZACIÓN.
SEVERIDAD DEL PROBLEMA

No.	Causa	Severidad (B)
1	Enfermedad alcohólica del hígado	10
2	Diabetes mellitus	7
3	Infecciones de vías respiratorias	4
4	Enfermedad cerebro vascular	8
5	Embarazo en el adolescente	9
6	Hipertensión	6
7	Infección de vías urinarias	2
8	Adicciones	5
9	Diarreas	3
10	Picadura de alacrán	1

La eficacia (componente C) permite valorar si los problemas son difíciles o fáciles de solucionar. La valoración es de 0.5, 1 y 1.5, siendo los más difíciles 0.5 y los más fáciles 1.5. Ver tabla 14.

Ejercicio de priorización:

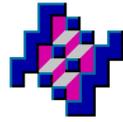


TABLA 14. TALLER DE PRIORIZACIÓN.
EFICACIA DEL PROBLEMA

No.	Causa	Eficacia (C)
1	Enfermedad alcohólica del hígado	0.5
2	Diabetes mellitus	1
3	Infecciones de vías respiratorias	1.5
4	Enfermedad cerebro vascular	0.5
5	Embarazo en el adolescente	1.5
6	Hipertensión	1
7	Infección de vías urinarias	1
8	Adicciones	1.5
9	Diarreas	1
10	Picadura de alacrán	1

Este componente multiplica a la suma de los componentes A y B, por lo tanto tiene el efecto de reducir o aumentar el producto obtenido en función de que la solución sea eficaz o no. Ver tabla 15.

TABLA 15. TALLER DE PRIORIZACIÓN.
PUNTAJE DE EFICACIA DEL PROBLEMA

No.	Causa	Magnitud (A)	Severidad (B)	A + B	Eficacia (C)	(A + B) C
1	Enfermedad alcohólica del hígado	10	10	20	0.5	10
2	Diabetes mellitus	4	7	15	1	15
3	Infecciones de vías respiratorias	10	4	14	1.5	21
4	Enfermedad cerebro vascular	6	8	14	0.5	7
5	Embarazo en el adolescente	8	9	15	1.5	22.5
6	Hipertensión	4	6	12	1	12
7	Infección de vías urinarias	8	2	6	1	6
8	Adicciones	5	5	7	1.5	10.5
9	Diarreas	6	3	5	1	5
10	Picadura de alacrán	6	1	3	1	3

La Factibilidad (componente D) lo describe Hanlon por las siglas PERLA que corresponden con un grupo de factores que no están directamente relacionados con la necesidad actual o con la eficacia, pero que le permiten a la comunidad determinar si el problema tiene solución y si las acciones son aplicables.

Estos factores son:

P= pertinencia

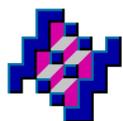
E= factibilidad económica

R=disponibilidad de recursos

L= legalidad

A= aceptabilidad

Se responderá así como un “si” o un “no” las preguntas relacionadas con PERLA, lo que permitirá que el grupo decida si es factible o no trabajar en la búsqueda de alternativas de solución al problema.



Al “sí” que se le asignará un valor de 1 o “no” al que le corresponderá el valor 0. Ver tabla 16.

Ejercicio de priorización:

TABLA 16. EJERCICIO DE PRIORIZACIÓN.
FACTIBILIDAD DEL PROBLEMA

No.	Causa	Trascendencia
1	Enfermedad alcohólica del hígado	0
2	Diabetes mellitus	1
3	Infecciones de vías respiratorias	1
4	Enfermedad cerebro vascular	0
5	Embarazo en el adolescente	1
6	Hipertensión	1
7	Infección de vías urinarias	0
8	Adicciones	0
9	Diarreas	1
10	Picadura de alacrán	0

Este componente multiplica al resto del producto obtenido en los componentes A, B y C, por lo tanto, un valor de 0 en todos los factores del componente D considera inviable el problema que se está abordando. En este sentido, un valor positivo en la factibilidad es una condición necesaria, aunque no suficiente, para que un problema se considere como prioritario. Ver tabla 17.

TABLA 17. EJERCICIO FINAL DE PRIORIZACIÓN

No.	Causa	Magnitud (A)	Severidad (B)	A + B	Eficacia (C)	(A + B) C	Trascendencia (D)	(A+B) C X D
1	Enfermedad alcohólica del hígado	10	10	20	0.5	10	0	0
2	Diabetes mellitus	4	7	15	1	15	1	15
3	Infecciones de vías respiratorias	10	4	14	1.5	21	1	21
4	Enfermedad cerebro vascular	6	8	14	0.5	7	0	0
5	Embarazo en el adolescente	8	9	15	1.5	22.5	1	22.5
6	Hipertensión	4	6	12	1	12	1	12
7	Infección de vías urinarias	8	2	6	1	6	0	0
8	Adicciones	5	5	7	1.5	10.5	0	0
9	Diarreas	6	3	5	1	5	1	5
10	Picadura de alacrán	6	1	3	1	3	0	0

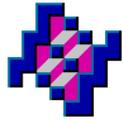


De la matriz se desprendió el orden de prioridad de los problemas realizado en el taller, siendo la siguiente tabla 18.

TABLA 18. EJERCICIO DE PRIORIZACIÓN.
PUNTAJE Y LUGAR DE PRIORIDAD

<i>Problema</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Lugar de Prioridad</i>
<i>Enfermedad alcohólica del hígado</i>	<i>0</i>	<i>6</i>
<i>Diabetes mellitus</i>	<i>15</i>	<i>3</i>
<i>Infecciones de vías respiratorias</i>	<i>21</i>	<i>2</i>
<i>Enfermedad cerebro vascular</i>	<i>0</i>	<i>7</i>
<i>Embarazo en el adolescente</i>	<i>22.5</i>	<i>1</i>
<i>Hipertensión</i>	<i>12</i>	<i>4</i>
<i>Infección de vías urinarias</i>	<i>0</i>	<i>10</i>
<i>Adicciones</i>	<i>0</i>	<i>8</i>
<i>Diarreas</i>	<i>5</i>	<i>5</i>
<i>Picadura de alacrán</i>	<i>0</i>	<i>9</i>

El embarazo en el adolescente ocupó el primer lugar de prioridad, en segundo lugar las infecciones de vías respiratorias y en tercer lugar la diabetes mellitus; motivo por el cual se decidió realizar una intervención en los adolescentes con la finalidad de reducir los embarazos no planeados.



III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Identificación del problema

Una vez que se obtuvo la información del diagnóstico integral de salud realizado en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco, durante el análisis de dicha información, se encontraron problemas y/o necesidades importantes. Mediante la metodología de priorización de Hanlon, se realizó una preselección de dichos problemas con el propósito de determinar las prioridades de salud en dicho Municipio; resaltando con mayor puntaje el problema de Embarazo en el Adolescente, debido a la severidad del problema, que de acuerdo a Hanlon se refiere al impacto que tiene dicho problema a nivel familiar, social o económico. En virtud de lo cual se considera necesaria la implementación de una intervención hacia el grupo de los adolescentes que contribuya a la modificación de la ocurrencia de dicho problema de salud.

Descripción detallada del problema

La Adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad Reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.²¹

Por su magnitud, el embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública, pues 33% de las mujeres en los países menos desarrollados dan a luz antes de cumplir 20 años²²

Se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad.²³

Según la Encuesta Nacional de la Juventud realizada en México 2005, el inicio de las relaciones sexuales oscila entre los 15 a los 19 años de edad.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) se especifica que el 14.4% de los adolescentes de México refieren haber tenido relaciones sexuales, siendo el mayor porcentaje entre los 16 a 19 años con el 29.6% de los encuestados.²⁴

En ese mismo año, se registraron 180 muertes en mujeres adolescentes, lo que representa la cuarta causa de muerte en este grupo etario (SS, 2001).

Un total de 900 abortos y más de 9000 nacimientos en menores de 19 años fueron atendidos en 2004, según datos de la Secretaría de Salud Jalisco.

En México según estimaciones del Consejo Nacional de Población, el aborto es la tercera causa de muerte materna en el país incluyendo adolescentes. No existen datos específicos en nuestro país del número de mujeres que cada año se realizan abortos clandestinos, por lo tanto se desconocen los datos reales de muertes por éste.

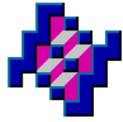
²¹ OMS. Organización Mundial de la Salud.

²² La juventud del mundo 2000. Obtenido en agosto de 2003 en la dirección de Population Reference Bureau: <http://www.prb.org>

²³ Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática de México (2005). Estadísticas de Natalidad, porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (<20 años) 1999-2005.

²⁴ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT)

MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.



Durante el año 2006 Jalisco ocupó el lugar número 19 con una Razón de mortalidad Materna (RMM) con 70 defunciones y una tasa de 56.5 por 100 mil nacimientos vivos estimados (N.V.E.)²⁵. Con respecto a las defunciones según la edad, se observó que el grupo de edad de 15 a 19 años presentó una tasa de 50.26 por 100,000 nacimientos. Las Regiones Sanitarias con mayor número de defunciones son las de la zona metropolitana de Guadalajara, sin embargo las Regiones de Lagos de Moreno y Tepatitlán presentaron un número de defunciones similar a las del Centro. La región sanitaria VI con sede en Cd. Guzmán y de la cual pertenece el Municipio Gómez Farías contribuyó con 6 muertes, no aportando este municipio ninguna muerte materna durante mencionado año.

En Jalisco durante el primer semestre del 2007, se atendieron 33 mil 210 eventos obstétricos en las diferentes unidades de la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ), de los cuales el 25 por ciento correspondieron a adolescentes.

El embarazo durante la etapa de adolescente es frecuente en la localidad de Gómez Farías, Jalisco. Según el Sistema de Información en Salud del año 2006 de dicho Municipio, el 16% de los ingresos a control prenatal fue en mujeres menores de 19 años.

Motivados por la idea de un subregistro en el Sistema de Información en Salud, se acudió a solicitar información del Registro Civil de dicha localidad para conocer el registro de nacimientos durante el año 2006, reportándose durante dicho año el registro de 214 bebés, de los cuales 36 fueron en madres adolescentes oscilando la edad de los 14 a los 19 años que corresponde al 16.82% del total de registrados.

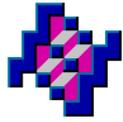
Los Adolescentes en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco, no son población económicamente activa, por lo que difícilmente dicho grupo de edad cuenta con seguridad social; a causa de esto, para la atención de sus embarazos, acuden al Hospital Regional de Ciudad Guzmán debido a la cercanía con este Municipio. Solo fue atendido durante el 2006 un parto en la unidad de primer nivel de la localidad a intervenir. En virtud de esto el Hospital Regional de Ciudad Guzmán, en la Hoja de egresos hospitalarios, reporto durante el 2006 que de los 154 nacimientos atendidos de mujeres que procedían del Municipio de Gómez Farías, el 22% eran de adolescentes menores de 19 años.

ASPECTOS BIOLÓGICOS

El embarazo comienza en el momento de la fecundación con la penetración del espermatozoide dentro del óvulo. Esto puede suceder sólo luego de producirse la ovulación, la que ocurre entre los días 14 y 16 de un ciclo menstrual normal. Tras la fecundación, se forma el cigoto, célula con un material genético producto de la combinación del ADN de la madre con el del padre. El cigoto se divide y, al cabo de tres o cuatro días, se convierte en un conjunto de células que, en alrededor de 48 horas, se empezará a desarrollar en el útero. En ese momento pasa a denominarse blastocito.

Durante el segundo mes, comienza el embrión a poseer un esquema humano básico, con la formación de los primeros indicios de las extremidades y de los sistemas nervioso, cardíaco y urogenital. El embrión pasa a denominarse feto, porque ya es perfectamente visible la forma humana del nuevo ser. El feto crece rápidamente hasta alcanzar en promedio 50 cm de longitud y 3,5 kg de peso y va adoptando la posición final para nacer, que suele ser con la cabeza hacia la pelvis materna. Sus órganos internos se van desarrollando, siendo muy importante la formación de las circunvoluciones cerebrales y la completa madurez de sus pulmones, que necesitará en el

²⁵ INEGI. SEED, *2006 Preliminar. ** Proyecciones de población CONAPO



momento de nacer. Sin embargo, desde la semana 37 el bebé podría sobrevivir sin problemas fuera del vientre materno. El embarazo puede culminar en parto eutócico, distócico o cesárea.

NIVELES DE PREVENCIÓN

El embarazo adolescente causa repercusiones médicas y psicosociales en la madre y en el hijo; la prevención primaria, secundaria y terciaria tiene la mayor importancia y debe intensificarse con la participación de todos y en todos los niveles²⁶.

En la prevención primaria, es importante actuar sobre los factores condicionantes como es la educación temprana tanto en el hogar y la escuela; impulsar los factores protectores, tales como: inculcar los valores y la autoestima, propiciar la estabilidad familiar, conocimiento sobre métodos anticonceptivos, promover estilos de vida donde se eviten el uso de drogas, violencia o sexualidad irresponsable.

En la prevención secundaria, que corresponde a cuando ya se produjo el embarazo, se recomienda una adecuada consejería personal y familiar; la atención "integral" médica y psicosocial de la madre adolescente; la motivación y preparación para la maternidad; la asistencia y apoyo al hijo y al padre.

En la prevención terciaria, después de haber dado a luz, para evitar otros embarazos ya que estos suelen repetirse a pesar del daño que causan, se recomienda: la guía para el vínculo madre/padre/hijo; apoyo a la reinserción educacional o laboral; una prevención eficaz para evitar nuevos embarazos.

Problemas Secundarios

El embarazo precoz puede provocar, entre muchas consecuencias adversas:²⁷ que pueden considerarse como problemas secundarios: Ver anexo 22.

- Preeclampsia o hipertensión inducida por la gestación, frecuentemente en primigestas de bajo nivel socioeconómico
- Prematuridad
- Retardo del crecimiento intrauterino (CIUR)
- Desprendimiento prematuro de la placenta
- En la primera mitad del embarazo son comunes la anemia, las infecciones urinarias y los abortos espontáneos; en la segunda: la hipertensión arterial, las hemorragias, la insuficiente ganancia de peso, asociada a una deficiente nutrición; síntomas de parto anticipado, rotura prematura de membranas y otros.
- Durante el período del parto predominan las malas posiciones y presentaciones fetales por la desproporción cefalopélvica; distocias que provocan mayor uso de fórceps y ejecución de cesáreas que predisponen a sepsis y otras complicaciones, desgarros, hemorragias e

²⁶ Freyre R.A Sexualidad del adolescente y problemas asociados

²⁷ Peláez Mendoza J. Consideraciones para el desarrollo de programas sobre salud sexual, reproductiva y planificación familiar.

Métodos anticonceptivos. Actualidades y perspectivas para el nuevo milenio La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2001.

MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.



infecciones secundarias por la difícil manipulación, debido a la estrechez de su “canal blando” y de la pelvis

- *En el producto de la concepción prevalecen el bajo peso al nacer, tanto por prematuridad como por deficiente desarrollo para la edad gestacional; por ende, es un recién nacido propenso a presentar sepsis y otras enfermedades, que constituyen un alto riesgo y se convierten en un problema biológico y social. Se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres mayores de 20 años.*

La adolescente embarazada, debe enfrentar una gran problemática que involucra múltiples aspectos, dentro de los cuales podemos mencionar²⁸: Ver anexo 24.

Aceptación o no del embarazo. Una gestación no deseada puede ser aceptada o rechazada. Si es aceptada, la madre adolescente puede presentar determinados factores socioeconómicos y culturales que empeoran su pronóstico obstétrico tales como: pobreza, inadecuada alimentación, tabaquismo, alcoholismo y otras drogas. Si la gestación es rechazada la mujer recurrirá al aborto como salida ante un embarazo no deseado, con las complicaciones médicas y psíquicas que la interrupción del embarazo puede condicionar (hemorragia, estrés, culpabilidad, arrepentimiento).

Riesgo de salud física (madre-hijo). Las jóvenes entre los 15 a 19 años de edad corren un riesgo dos veces mayor de morir en el parto que las mujeres de 20 a 29 años, y en las menores de 15 años el riesgo de morir es 5 veces mayor. Los niños de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de morir durante los primeros cinco años de vida que aquellos de las mujeres de 20 a 29 años de edad.

Rechazo de la paternidad. Los hombres suelen abandonar a sus familias o no se responsabilizan de aquella descendencia que procrearon en parejas extramaritales, y no proveen el sustento económico, el apoyo social y emocional que necesitan los hijos(as).

Dependencia creciente de la familia. Es muy común que los jóvenes en los que se presento un embarazo no planeado, se vayan a vivir a la casa de la familia, por lo que la satisfacción de sus necesidades va a depender de los recursos que sus padres le provean.

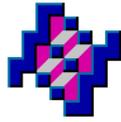
Angustia de la crianza (incluye maltrato del niño). Existe mayor riesgo de ser abandonado o maltratado los hijos producto de embarazos no deseados.

Desaprobación social. El embarazo trae a menudo graves problemas de tipo social para la adolescente, en algunos casos la adolescente es obligada a casarse con el padre del niño.

Bajo nivel educativo y económico. En la mayoría de estos casos, las adolescentes embarazadas, abandonan sus estudios para integrarse a su ‘nueva familia’, y los varones se integran al mercado laboral, pero en puestos donde la remuneración económica es mínima.

Recurrencia de embarazos subsecuentes no planeados. La adolescente que ha tenido un embarazo no planificado es más vulnerable a enfrentar subsecuentes embarazos no planificados por la falta de conocimiento o no utilización de los métodos anticonceptivos.

²⁸ Sáez G.Irene. Sexualidad y adolescencia. M.S.D.SUNICEFOMS,Caracas. Octubre / 92.



Causas del problema central y de los secundarios

Entre las causas del problema central se encuentran las de origen endógenas o biológicas entre las cuales destaca el proceso de maduración sexual de que es sujeto el adolescente así como los cambios de conducta propias de su edad. Las adolescentes adquieren su madurez física (fertilidad), unos cuatro o cinco años antes de alcanzar su madurez emocional, por lo que no están preparadas para manejar las urgencias del deseo sexual. Desde el punto de vista exógeno o ambiental una causa es la deficiencia en la educación sexual, así como las presiones de los amigos y la sociedad. La mayor parte de su “educación sexual” está a cargo compañeros, mal informados o desinformados, de su misma edad. La escuela provee a muchos estudiantes un sentido de nueva independencia, autodeterminación y fuertes presiones de sus compañeros para comprometerse en conductas de riesgo sexual, por lo que se requiere el entrenamiento intensivo de estrategias conductuales para ayudar a los estudiantes a adoptar prácticas preventivas, en tanto que se enfrentan con las presiones sociales propias de su grupo de edad²⁹. Ver anexo 22

La falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para las adolescentes y jóvenes contribuye en gran medida a los embarazos no planeados³⁰ siendo factores causantes propios de los sistemas y servicios de salud.

Es evidente el hecho que no se ofertan métodos de planificación familiar por parte de los proveedores de la salud en este grupo de edad, y aún cuando se cree que los adolescentes tienen información sobre métodos anticonceptivos y su forma de uso, el embarazo no planeado en jóvenes continúa en aumento, a pesar de las numerosas campañas de información general dirigidas a los jóvenes.

Checa, Erbaro y Schwartzman (2003: 178) mencionan que la información que reciben los adolescentes sobre su cuerpo, el ciclo reproductivo y los métodos anticonceptivos es generalmente escasa, en muchos casos confusa, distorsionada.

La edad que tenían cuando comenzaron a usar algún método anticonceptivo oscila entre los 17 y 20 años.....confirmar la diferencia de edades del inicio entre los sexos, nos permite asegurar que el cuidado que las mujeres tienen sobre su cuerpo es mucho más tardío que en los hombres, proceso que puede tener su explicación en la falta de información o bien en las posiciones axiológicas sobre su sexualidad³¹.

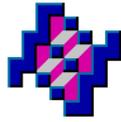
El uso de métodos anticonceptivos entre los adolescentes no es tan frecuente como se esperaría dado el alto grado de conocimiento ya que según datos de la encuesta Nacional de la juventud 2005 realizada en México el 92.5 por ciento de las y los adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, mientras que solamente alrededor del 60 por ciento de quienes ya tienen relaciones sexuales los usan.

Una condición previa para el uso de métodos anticonceptivos es su conocimiento. La mayoría de adolescentes mencionan el conocimiento de anticonceptivos, pero esto no es una condición suficiente, ya que existe una brecha entre su conocimiento y su uso. Aunado a esto se suma la ausencia de habilidades para exigir la utilización a la pareja de un método anticonceptivo.

²⁹ Weisse CS, Turbiasm AA y Whitney DJ. “Behavioral Training and AIDS Risk Reduction: Overcoming Barriers to Condom Use”. AIDS Education and Prevention, 1995, 7 (1), 50-59.

³⁰ Infogénero, comunicación con una visión diferente <http://www.infogenerosonora.com> Potenciado por Joomla Generado: 4 February, 2008, 21:49

³¹ Encuesta Nacional de la Juventud 2005
MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.



Otra situación que debe valorarse es la inequidad de géneros en los servicios de planificación familiar, haciendo responsable a la mujer y excluyendo la participación del varón en la reproducción, la sexualidad y crianza de los hijos.

Estudios han referido que diferentes factores han favorecido el inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes: la falta de confianza en sí mismos, en especial para las jovencitas, generalmente a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir, presentándose la maternidad como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad.

En cuanto a los derivados al estilo de vida se considera como origen la violencia intrafamiliar y/o por parte de la pareja. Otro factor que se debe de tomar en cuenta son las relaciones de poder dentro de la pareja y la distribución de responsabilidad, así como la equivocada percepción de riesgo de embarazo, ya que los adolescentes no creen que éste pueda producirse con una sola relación o desconocen los periodos en que este pueda realizarse. Además se añade una sensación de invulnerabilidad propia de la edad, existiendo diferencias significativas en las percepciones de los y las adolescentes sobre el momento ideal para comenzar las relaciones sexuales, los riesgos de un embarazo temprano y del aborto.

Consecuencias del problema central y secundario

Está bien establecido que el embarazo en edades tempranas implica un alto riesgo para la madre y su futuro hijo, en comparación con aquel que se produce en edades óptimas para la concepción³².

El embarazo y parto en las adolescentes registra un alto riesgo de morbimortalidad materna, fetal y neonatal. El embarazo y la maternidad durante la adolescencia están asociados a riesgos médicos y psicosociales significativos tanto en la madre como en el producto. Esto ha permitido identificar a la mujer adolescente embarazada como de alto riesgo, el cual se refleja en una mayor morbimortalidad tanto materna como perinatal, siendo las principales complicaciones maternas: Hipertensión arterial inducida por el embarazo, anemia, mayor frecuencia de Desproporción Céfalo-Pélvica (DCP), aborto, Trabajo de Parto Pretérmino (TPP), y pre-eclampsia. Hay mayores riesgos de tipo biológico, psicológico y social y Bajo Peso al Nacer (BPN). Ver anexo 23.

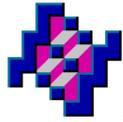
El aborto en las adolescentes es frecuente y con alta morbimortalidad materna. Las adolescentes son comúnmente estigmatizadas por embarazarse fuera del matrimonio, lo que puede llevarlas, en casos extremos, a interrumpir su gestación por cualquier medio, incluso induciéndose ellas mismas un aborto. Las más de las veces, los abortos se practican de manera clandestina y en condiciones que implican un elevado riesgo para la salud e inclusive la vida de las jóvenes.

La prosecución del embarazo conlleva el abandono de los estudios por parte de la adolescente y frecuentemente no los retoma luego del nacimiento, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de capacitación

El inicio temprano de la vida sexual activa como el uso inadecuado e inconsistente del condón representa factores de riesgo en los jóvenes para contraer ITS, incluyendo la infección por VIH. La práctica sexual sin preservativo es una situación que coloca a los jóvenes en alto riesgo de infección por ITS.

Es necesaria una mejor actitud de los proveedores de servicios de salud que no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten. Hasta ahora los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades de los

³² Issler Juan R. *Embarazo en la adolescencia*. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-23
MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.



adolescentes como grupo ya deberían facilitar a los adolescentes información y servicios que les ayudaran a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos.

Justificar la importancia del problema central

En el Municipio de Gómez Farías, Jalisco el embarazo en el adolescente representa un problema de salud pública debido al impacto que tiene a nivel familiar, social y económico.

El Sistema de Información en Salud del año 2006 de Gómez Farías, reportó que el 16% de los ingresos a control prenatal fue en mujeres menores de 19 años.

El aborto representa un problema social y de salud pública por las serias implicaciones que tiene para la salud materna. Una parte de los embarazos no planeados en los adolescentes, terminan en abortos, muchos de los cuales se realizan en condiciones insalubres, además de correr el riesgo que lo realicen en etapas avanzadas lo que aumenta la probabilidad de perder su salud e inclusive su vida.

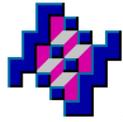
Las jóvenes embarazadas, tienen más probabilidades de ser pobres, abandonar los estudios, percibir bajos salarios y divorciarse. Las madres solteras también verán limitados sus derechos legales, el acceso a los servicios de salud y fácilmente pueden caer en la prostitución. Comúnmente enfrentan solas las obligaciones debido a que no cuentan con el apoyo económico ni afectivo del padre de su hijo.

Imagen Objetivo

Este proyecto de intervención permitió fortalecer el desarrollo de habilidades para que el adolescente identifique sus propios riesgos y sea capaz de solicitar y recibir servicios de salud. Esta inmerso dentro de las acciones de la política del Programa Nacional de Salud reproductiva de brindar información y servicios en salud reproductiva con el menor riesgo y mayor igualdad en las condiciones de salud, y del Plan Nacional de Salud que puntualiza como estrategia el de promover la salud sexual y reproductiva responsable, fortaleciendo la salud materna y perinatal.

En cuanto al Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia, el presente proyecto apoyó la estrategia de Promoción de la salud de este programa, al ofrecer información y capacitación a las y los adolescentes para que adopten conductas saludables en lo individual y lo colectiva, desarrollando el auto cuidado de la salud del adolescente. Dentro de los conceptos básicos de la Atención Integral Durante la línea de Vida, que se refiere a las diferentes etapas que recorre un individuo desde que nace hasta que muere, además de ciertos eventos que ocurren a lo largo de esta, una de las acciones de esta en el grupo de 10 a 19 años de edad es la de promover el uso de anticonceptivos y condón, así como la orientación-consejería sobre educación sexual y reproductiva.

La imagen objetivo de la presente intervención fue brindar información para mejorar los conocimientos, actitudes y valores sobre salud reproductiva a los adolescentes de Gómez Farías, Jalisco, para contribuir a disminuir los embarazos no planeados, promoviendo una salud sexual y reproductiva responsable.



IV.-ALTERNATIVAS DE SOLUCION

Existen diferentes estrategias educativas tales como folletos, talleres, intercambio de experiencias, charlas, charlas con familias, historia de vida, entrevistas grupales e individuales, lluvia de ideas, sociodramas, entre otros que sirven de herramienta para la promoción y educación para la salud. Una de las aspiraciones del Modelo Operativo de Promoción de la salud es que llegue de manera oportuna y con calidad, además de que la población en este caso los adolescentes, sea los coproductores de su salud. Además visualiza que los servicios de salud se oriente a proteger la salud en este caso de los adolescentes y no solo a restaurarla.

A continuación se presentan algunas de las alternativas identificadas que se plantearon para incidir en el embarazo en los adolescentes, sus beneficios potenciales, así como los elementos favorables y los obstáculos a enfrentar:

- ❖ *Facilitar el acceso de adolescentes a servicios integrales de salud reproductiva, mediante la sensibilización de los prestadores de servicios para que sean capaces de identificar las necesidades del adolescente, brindar servicios de planificación familiar, y lograr el involucramiento de la comunidad con dicho problema de salud.*

Beneficios potenciales:

Disminución de los embarazos en los adolescentes

Diminución de los abortos

Disminución de la mortalidad materna y fetal

Elementos favorables:

Voluntad institucional y política que asegure la disponibilidad de insumos para la prestación de servicios de salud de planificación familiar y una atención integral en salud sexual y reproductiva para la población adolescente

Obstáculos a enfrentar:

Limitaciones en el acceso a información, servicios y oportunidades

- ❖ *Formación de redes de apoyo entre los adolescentes*

Beneficios potenciales:

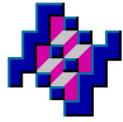
El adolescente encontrará apoyo entre su mismo grupo de edad para responder sus interrogantes de manera correcta y completa

Formación de educadores/asesores de pares en los adolescentes

Elementos favorables:

Se cuenta con el grupo adolescente beneficiario del programa de Oportunidades

Afinidad cultural de los promotores de pares ayuda a que el lenguaje y los mensajes utilizados sean pertinentes y apropiados



Obstáculos a enfrentar:

Apatía de los adolescentes

- ❖ *Implementación de un módulo de atención al adolescente en la cabecera Municipal*

Beneficios potenciales:

La atención al adolescente de manera integral, donde se complemente a su atención el enfoque sexual y reproductivo responsable.

Elementos favorables:

Fondo de proyectos federales de Comunidades Saludables

Obstáculos a enfrentar:

Tiempo de construcción y de funcionamiento del modulo

- ❖ *Promoción y educación para la salud dirigida a adolescentes mediante talleres vivenciales con simuladores de embarazo y bebés.*

Beneficios potenciales:

Sensibilizar al adolescente sobre la responsabilidad de ser madre/padre

Educar y sensibilizar a la comunidad sobre dicho problema de salud

Elementos favorables:

Modelo operativo de promoción a la salud

Voluntad institucional y política para promover la salud sexual y reproductiva responsable entre los adolescentes

Participación de la autoridad escolar en la intervención

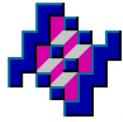
Obstáculos a enfrentar:

Apatía de los proveedores de salud y la falta de recursos humanos (promotores de salud)

Apatía de los adolescentes

Falta de participación

El Modelo de promoción a la salud esta aun iniciando en el estado de Jalisco.



V.-JUSTIFICACIÓN

Importancia relativa (impacto esperado)

A pesar de los esfuerzos realizados por el Sector Salud, la educación para la salud no ha tenido el impacto esperado. Durante el año 2006 el Centro de Salud de Gómez Farías reportó 43 sesiones con 1189 asistentes en apoyo al Programa de Planificación Familiar; 7 sesiones con 481 asistentes de ITS; y 3 sesiones de 64 asistentes de Arranque Parejo en la vida.

Fue urgente abandonar el tipo de intervenciones educativas dirigidas a los adolescentes, en donde únicamente se transmite información, planteándose la necesidad de llevar a cabo una intervención efectiva vivencial que involucre y comprometa a los jóvenes para lograr un comportamiento sexual responsable entre los/las jóvenes adolescentes, mediante talleres vivenciales con simuladores de embarazo y bebés.

Para la realización del proyecto se eligieron dos modalidades de intervención, una de ellas fue mediante talleres vivenciales con simuladores de embarazos y de bebés, que lograran sensibilizar al adolescente sobre el significado de ser padres; y la segunda la formación de una red de apoyo entre los adolescentes, que permitió la socialización, la integración, y la vinculación de los adolescentes y que propició la participación activa, informada entre adolescentes, mediante la formación de futuros promotores de pares.

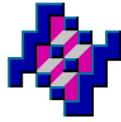
Ubicación sectorial y localización física

La ubicación sectorial de la presente intervención fue el sector educativo, realizada en las escuelas Secundaria No. 66 y por Cooperación que cuentan con un número de 361 matriculados en ambas escuelas y conforman la totalidad de planteles de enseñanza media de la localidad de Gómez Farías, Jalisco.

Relación con políticas, planes, programas y proyectos

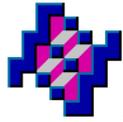
La presente intervención apoyó los siguientes programas, planes y políticas que a continuación se describen:

- *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.* Promueve la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, mediante una estrategia integral que identifique y privilegie a los grupos con mayor rezago, que asegure la disponibilidad de insumos de calidad para la prestación de los servicios de salud de planificación familiar y anticoncepción, que fortalezca la competencia técnica del personal de salud, que eduque a cada segmento de la población, que cuente con mecanismos de supervisión y evaluación sistemática, y que instrumente un modelo interinstitucional de atención básica en salud sexual y reproductiva para la población adolescente.
- *Programa de Acción de Salud Reproductiva.* La misión de este programa es la de brindar información y servicios de calidad en salud reproductiva para contribuir a que las mexicanas y los mexicanos disfruten de una vida sexual, reproductiva y post-reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión, con particular énfasis en las áreas rurales y urbano-marginadas, en la población adolescente y en las comunidades indígenas. La visión del Programa de Salud Reproductiva es hombres y mujeres que toman decisiones responsables y libres sobre su



sexualidad, vida reproductiva y postreproductiva con menores riesgos y mayor igualdad en las condiciones de salud.

- *Programa Nacional de Salud 2007-2012. En este documento se menciona como estrategias la de fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades, fortalecer las políticas de salud materna y perinatal, promover la salud sexual y reproductiva responsable.*



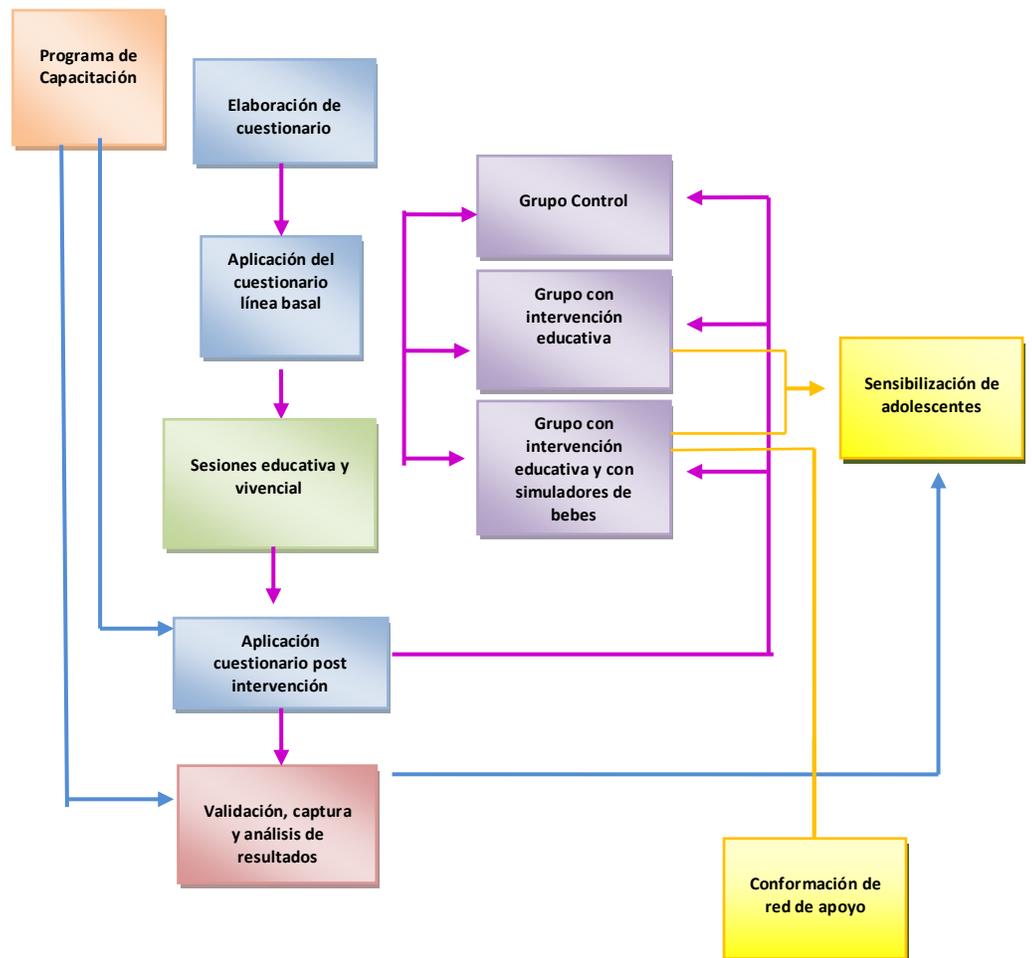
VI.-IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

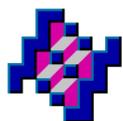
Mediante la ejecución del proyecto, entre los productos principales que se obtuvieron fueron los siguientes:

- ❖ Sensibilización de adolescentes sobre el significado de ser madres con la finalidad de evitar embarazos no planeados.
- ❖ Conformación de una red de apoyo de adolescentes sensibilizadas

El flujo del proceso para la obtención de los productos mencionados fue de la siguiente manera:

Flujo de Proceso para la obtención de los productos
ESQUEMA 1



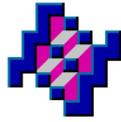


Ambos productos obtenidos fueron congruentes con las metas propuestas y con los productos esperados. Ver tabla 19.

TABLA 19. PRODUCTOS ESPERADOS VS. PRODUCTOS OBTENIDOS EN EL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

<i>Metas</i>	<i>Productos esperados</i>	<i>Productos obtenidos</i>
<i>Seleccionar y capacitar 68 adolescentes</i>	<i>Sensibilización de adolescentes mediante una intervención educativa vivencial</i>	<i>Sensibilización de adolescentes sobre el significado de ser madres con la finalidad de evitar embarazos no planeados.</i>
<i>Conformar una red de adolescentes</i>	<i>Conformación de una red de apoyo entre las adolescentes</i>	<i>Conformación de una red de apoyo entre las adolescentes sensibilizadas con la intervención educativa y vivencial.</i>

En la presente intervención se obtuvieron otros productos secundarios no esperados entre los cuales deben destacarse el involucramiento del personal de ambas escuelas intervenidas con el compromiso de continuar con la aplicación de las encuestas y referencia de los adolescentes de tercer año de manera continua durante cada ciclo escolar así como la construcción y equipamiento de un área destinada para el funcionamiento de un módulo en apoyo al adolescente del Municipio de Gómez Farías.



VII.-OBJETIVOS Y METAS:

Durante la revisión de los objetivos y metas del presente proyecto, se concluyó que los objetivos concordaban con las metas proyectadas.

A continuación se describen los objetivos así como las metas alcanzadas de acuerdo a las planteadas en la ejecución del presente proyecto:

OBJETIVOS

General:

Sensibilizar a los/las adolescentes sobre el significado de ser madres/padres en edad temprana mediante una intervención educativa vivencial con simuladores de bebés empoderándolos de su auto cuidado y sensibilizándolos en la modificación de sus conductas de riesgo.

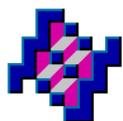
Específicos:

- Reforzar los conocimientos, actitudes y comportamientos sobre temas relativos a la salud sexual y reproductiva en los/las adolescentes.*
- Conformar una red de apoyo entre las adolescentes sensibilizadas con la intervención vivencial para la formación de educadores/asesores de pares, que sirva como enlace entre la Unidad de Salud y los adolescentes.*

METAS

Las metas planteadas al inicio de la intervención fueron las siguientes:

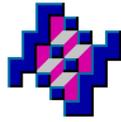
- *Conformar 3 grupos de adolescentes para la intervención.*
- *Elaborar 1 programa educativo.*
- *Elaborar 1 cuestionario para su aplicación como medición basal y como post-intervención.*
- *Realización de 3 sesiones educativas.*
- *Conformar 1 red de adolescentes al menos con el 50% de las adolescentes que participaron con la intervención educativa y vivencial.*
- *Disminuir la tasa de embarazo en dos años.*
- *Aumentar un 25% el conocimiento de los adolescentes intervenidos.*
- *Disminuir un 20% las actitudes negativas.*
- *Disminuir un 20% las creencias negativas.*



Los logros obtenidos en las metas planteadas se describen en la siguiente tabla 20.

TABLA 20. META PROGRAMADA, ALCANZADA Y PENDIENTE DE LA INTERVENCIÓN.

META PROGRAMADA	META ALCANZADA	META PENDIENTE
Conformar 3 grupos de adolescentes para la intervención	Conformación de 3 grupos de adolescentes: 2 intervenidos y 1 de control.	-----
Elaborar 1 programa educativo	Diseño de 1 programa educativo	-----
Elaborar 1 cuestionario para su aplicación como medición basal y como post-intervención	Diseño de 1 cuestionario	-----
Realización de 3 sesiones educativas	3 sesiones educativas	-----
Conformar 1 red de adolescentes al menos con el 50% de las adolescentes que participaron con la intervención educativa y vivencial.	Conformación de una red de adolescentes con el 53% de las adolescentes que fueron sujetas a intervención educativa y vivencial	-----
Disminuir la tasa de embarazo en dos años	-----	Pendiente en dos años
Aumentar un 25% el conocimiento de los adolescentes intervenidos	Aumento un 48% el conocimiento de los adolescentes intervenidos	-----
Disminuir un 20% las actitudes negativas	Disminuyeron un 20% las actitudes negativas	-----
Disminuir un 20% las creencias negativas	Disminución de un 32% las creencias negativas	-----



VIII.-ESTRATEGIAS

Las estrategias implementadas en la ejecución del presente proyecto fueron las siguientes:

I.- Diseño de un programa educativo que permitió la edificación de conocimientos, habilidades y actitudes en el adolescente.

1.1 diseño de un programa educativo que incluyan temas tales como planificación familiar, riesgo sobre embarazo y aborto, embarazo no planeado, mitos y falacias sobre la sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, violencia intrafamiliar y en pareja, autoestima, asertividad y cuidados generales de un recién nacido.

II.- Evaluación previa sobre conocimientos a los adolescentes a intervenir

2.1 Como parte de la evaluación y para contar con información sobre conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales de los participantes antes de la intervención, se diseñó un cuestionario autoaplicado y anónimo. Ver anexos 8, 9, 10 y 11.

2.2 Aplicación de cuestionario (línea basal). Se llevó a cabo la medición basal, de la que derivó un diagnóstico de los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales de la población objetivo.

2.3 Aplicación de cuestionario Post-intervención. Se aplicó un cuestionario post intervención, donde además de contar con los reactivos incluidos en el cuestionario basal se agregaron preguntas que tengan información sobre el grado de cumplimiento del programa académico por el grupo capacitador, así como la satisfacción de los adolescentes hacia el desempeño de los ponentes, de las instalaciones y material didáctico utilizado.

III. Gestionar la autorización de los padres de familia de los adolescentes que participaran en la intervención.

3.1 Reunión informativa con los padres de familia sobre el proyecto de intervención. Previa a la aplicación del cuestionario, se les solicitó a los padres y a los jóvenes del tercer año de ambas escuelas participantes su consentimiento para su participación, explicándoseles el objetivo del estudio como el contenido del cuestionario.

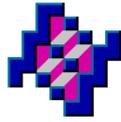
3.2 Autorización por escrito de los padres de familias y alumnos.

3.3 Selección de los alumnos que participaron tanto como en la intervención educativa, como en la intervención educativa y vivencial así como el grupo que fungieron como control.

IV.- Desarrollo de sesiones educativas

4.1 Sesión educativa sobre la preparación y práctica para la simulación de maternidad, así como cuidados de un bebé al grupo a intervenir.

4.2 Reforzamiento de conocimientos sobre planificación familiar, riesgo sobre el embarazo y aborto, embarazo no planeado, mitos y falacias sobre la sexualidad, infecciones de transmisión sexual, violencia intrafamiliar y en pareja, autoestima y asertividad.



4.3 Referencia de las adolescentes femeninas seleccionadas para la intervención vivencial. Inicialmente se refirieron 16 alumnas, pero se presentó una fractura de brazo de una de ellas que le impidió participar en la intervención vivencial con los simuladores de bebés.

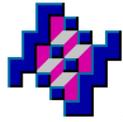
V.- Intervención educativa vivencial con simuladores de bebés

5.1 Realización de la intervención vivencial en adolescentes seleccionadas.

VI.-Formación de una red de apoyo

6.1 Conformación de un grupo de adolescentes que funcione como red de apoyo y enlace entre la unidad de salud y el grupo de adolescentes.

6.2 Reunión con las adolescentes intervenidas para organizar la red e integrar un plan de trabajo para la formación de educadores/asesores en pares. Se llevaron a cabo dos reuniones, acudiendo en la primera 4 de las 15 jóvenes intervenidas. La segunda reunión se llevo a cabo dos semanas después donde acudieron 8 de las 15 adolescentes esperadas.



IX.-LIMITES

Área geográfica

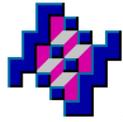
Localidad de Gómez Farías, Jalisco.

Temporalidad

De abril a agosto del 2008.

Mercado: Características de la población

Adolescentes que acuden a la Escuela Secundaria Técnica No. 66 y en la Escuela por Cooperativa de la localidad de Gómez Farías, Jalisco.



X.-METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

- *Diseño:* Se llevó a cabo un estudio experimental de tipo Ensayo Comunitario, donde un grupo recibió la intervención educativa, otro grupo además de la intervención educativa se vio sujeto a una intervención vivencial con simuladores de bebés y otro grupo fue el grupo control al cual no se le realizó ninguna intervención. Ver anexo 28..
- *Universo de trabajo:* Adolescentes del Municipio de Gómez Farías, Jalisco.
- *Unidad de observación:* Adolescentes de la Escuela Secundaria No. 66 y de la Escuela por Cooperación de la localidad de Gómez Farías, Jalisco.
- *Unidad de análisis:* Todo el proceso educativo que permitió las modificaciones y cambios en conductas, creencias y actitudes de los adolescentes intervenidos.
- *Hipótesis:*

Hipótesis nula: El cambio reflejado en los grupos intervenidos es menor o igual que la media del grupo de control.

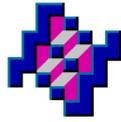
$$H_0: \mu_1 - \mu_2 \leq 0$$

Hipótesis alterna de conocimientos: El incremento en conocimientos en aspectos de la sexualidad y salud reproductiva en el grupo intervenido va del 10 al 30% respecto al grupo control.

Hipótesis alterna de actitudes: El incremento en actitudes positivas del grupo intervenido va del 15 al 30% respecto al grupo control.

$$H_A: \mu_1 - \mu_2 > 0$$

- *Tipo de muestreo:* polietápico, estratificado, probabilístico
- 1ra. etapa:* Censo de escuelas de educación media de la localidad de Gómez Farías, Jalisco.
- 2da. etapa:* Selección de alumnos de tercer grado de las escuelas mencionadas.
- 3ra. etapa:* Invitación al total de los alumnos de tercer grado de ambas escuelas y se incorporan aquellos que dieron su consentimiento por escrito.
- 4ta. etapa:* Se asigna de manera aleatoria a los adolescentes autorizados a uno de los 3 grupos que componen la intervención.
- *Tamaño de la muestra:*
- La muestra fue de 76 adolescentes autorizados.*



➤ *Grupo control*

Alumnos seleccionados de la Secundaria 66 y Secundaria por Cooperación que no recibieron intervención.

➤ *Criterio de inclusión*

Alumnos que acuden a las secundarias seleccionadas y que sus padres y alumnos dieron el consentimiento informado.

➤ *Criterios de exclusión*

Alumnos seleccionados que acudían a la secundaria y que los padres y alumnos no dieron su consentimiento informado.

➤ *Criterios de eliminación*

Todos aquellos alumnos que no cubrieron el proceso estipulado.

Alumnos que durante el desarrollo de la intervención abandonen o cubran las sesiones en su totalidad.

➤ *Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimiento de recolección de información.*

La información se obtendrá mediante la aplicación de cuestionarios, grabaciones de audio y observación.

➤ *Prueba piloto*

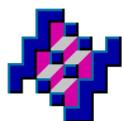
Se realizó una prueba piloto al 5% de la muestra para detectar inconsistencias u omisiones en el cuestionario que permitió probar la estructura del instrumento, el tiempo de aplicación y realizar las modificaciones requeridas.

➤ *Definición del plan de procesamiento y presentación de la información*

Se realizó el procesamiento de datos por medio manual inicialmente y posteriormente se capturó en equipo de cómputos, en una base de datos Epi Info. Se revisaron las bases para identificar información incompleta, realizándose correcciones en las bases, obtención de frecuencias y porcentajes, así como análisis estadístico mediante la chi cuadrada y comparación de porcentajes. La presentación de la información se realizó por medio de tablas y gráficas, así como la presentación de la misma.

➤ *Aspectos Éticos*

Se obtuvo el consentimiento del informador y de sus padres antes de la selección de las unidades muestrales y de la intervención, asegurándose la confidencialidad de los datos obtenidos.



➤ *Diseño de las sesiones educativas*

Se diseñaron dos sesiones educativas, organizadas en dos días, con una carga horaria de 4 horas cada una de ellas. Se construyeron con pláticas y talleres, donde se utilizó material didáctico disponible en la Unidad de Salud. Al finalizar la programación de las sesiones se aplicó la segunda medición además de un cuestionario para la evaluación del desempeño de los ponentes, de las instalaciones y del material didáctico utilizado. Se dio apertura a los jóvenes participantes al finalizar la jornada para que expresaran sus ideas, dudas y sentimientos de lo aprendido y de la experiencia vivida durante las sesiones.

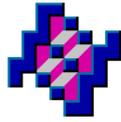
➤ *Instrumentos*

Para esta intervención se elaboró un cuestionario con 54 ítems; 4 de ellas de datos generales del participante, 9 dirigidas hacia el conocimiento, 14 a las actitudes, 15 a las creencias, 9 a las prácticas, 3 a los problemas y 2 a las valoraciones del adolescente participante en esta intervención. Dicho instrumento fue aplicado mediante una medición basal a todos los alumnos autorizados a participar y posteriormente al finalizar la última sesión educativa en el caso del grupo sujeto a intervención educativa; en el caso del grupo con intervención educativa y vivencial se aplicó al finalizar la vivencia y entrega del simulador de bebé; y en cuanto al grupo control se aplicó al mes de haberse aplicado el instrumento basal ya que como sabemos este grupo no fue sujeto a ninguna intervención. Ver anexo 29.

A continuación se muestra como estaban divididos los reactivos del instrumento de acuerdo a la categoría. Ver tabla 21.

TABLA 21. REACTIVOS DE ACUERDO A CATEGORIA DEL INSTRUMENTO UTILIZADO EN LA MEDICION BASAL Y POSTINTERVENCIÓN.

GENERALES	CONOCIMIENTO	ACTITUD	CREENCIA	PRACTICA	PROBLEMAS	VALORACIONES
1	8	6	5	17	42	16
2	19	9	10	20	45	36
3	22	11	12	33	47	
4	26	13	15	38		
	30	14	18	40		
	37	24	21	46		
	43	27	23	48		
	53	28	25	49		
	56	29	31	50		
		32	35			
		34	39			
		51	41			
		55	44			
		57	52			
			54			
TOTAL 4	TOTAL 9	TOTAL 14	TOTAL 15	TOTAL 9	TOTAL 3	TOTAL 2

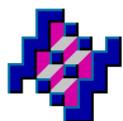


➤ *Elaboración del cuestionario*

Para la elaboración del cuestionario se utilizó el Programa Excel (ver anexo 8), con 52 preguntas cerradas que no abarcaron más de 5 opciones como respuesta. Se utilizaron dos preguntas abiertas únicamente. Los ítems se formularon y quedaron elaborados de acuerdo a 7 categorías: generales, conocimiento, actitud, creencia, práctica, problemas y valoraciones. Previo a su aplicación, este cuestionario se piloteo en el 5% de la muestra seleccionada, con alumnos de segundo grado de los planteles seleccionados para detectar inconsistencias, y realizar modificaciones en dos ítems antes de aplicarlo a los jóvenes seleccionados.

➤ *Captura, validación y análisis del cuestionario.*

Se utilizó el programa Epi Info para la captura de los cuestionarios, elaborándose una base de datos. Se validó la base de datos y se realizó el análisis de los datos obtenidos. Se obtuvieron frecuencias simples, para posteriormente aplicar la prueba estadística de comparación de proporciones y la chi cuadrada para conocer la significancia estadística con un intervalo de confianza (IC) del 95% en aquellos ítems que representaban las modificaciones en los conocimientos del grupo participante.

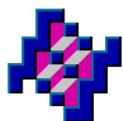


XI.-PROCESOS O ACTIVIDADES

Los componentes y actividades generales del proyecto que se realizaron se describen a continuación en la tabla 22.

TABLA 22. COMPONENTES Y ACTIVIDADES GENERALES DEL PROYECTO

Objetivo	Componentes	Actividades	Avances	
1.- Sensibilizar a la adolescente sobre el significado de ser padres en edad temprana mediante una intervención educativa vivencial con simuladores de embarazo y bebés	I.-Diseño una programa de capacitación vivencial.	Diseño de un programa de capacitación vivencial que incluyan temas tales como planificación familiar, riesgo sobre embarazo y aborto, embarazo no planeado, enfermedades de trasmisión sexual, violencia intrafamiliar y en pareja.	100%	
	II.-Evaluación sobre conocimientos a los adolescentes a intervenir Pre y post intervención		Elaboración de un cuestionario para evaluar los conocimientos , percepciones y actitudes en los adolescentes	100%
			Aplicación de cuestionario (línea basal) al grupo de la secundaria Técnica No. 66 de la localidad de Gómez Farías, Jalisco y al grupo control	100%
			Aplicación de cuestionario Post-intervención al grupo intervenido y al grupo control	100%
			Validación del cuestionario	100%
			Captura del cuestionario	100%
			Análisis de la base de datos	100%
	III.-Autorización de los padres y jóvenes que participaran en la intervención.		Autorización por escrito de los padres y jóvenes que participaron en la intervención..	100%
			Reunión informativa sobre el proyecto de intervención	100%
			Selección los grupos a intervenir y del grupo control	100%
2.- Reforzar los conocimientos sobre temas relativos a la salud sexual y reproductiva	IV.-Desarrollo de sesiones educativas	Sesión educativa sobre la preparación y practica para la simulación de maternidad , así como los cuidados de un bebe, al grupo a intervenir	100%	
		Reforzamiento de los conocimientos sobre planificación familiar, riesgo sobre el embarazo y aborto, embarazo no planeado, mitos y falacias sobre la sexualidad, enfermedades de trasmisión sexual, violencia intrafamiliar y en pareja, autoestima y asertividad al grupo intervenido	100%	
		Se llevo a cabo la referencia de adolescentes del sexo femenino seleccionadas para la realización de la intervención vivencial	100%	
	V.- Intervención educativa vivencial con simuladores de bebes	Realización de la intervención vivencial en adolescentes seleccionadas.	100%	
3.-Conformar una red de apoyo	VI.- Conformación de una red de apoyo	Reunión con las adolescentes intervenidas para organizar la formación de educadores/asesores en pares.	100%	



XII. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

Factibilidad de Mercado

La intervención propuesta en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco fue encaminado a los adolescentes, por ser el grupo de riesgo en la priorización de problemas de embarazo en el adolescente de este Municipio. Ver anexo 26.

Según la proyección de población 2006, CONAPO este Municipio contaba con una población total de 13380 habitantes de los cuales 6787 son mujeres (50.7%) y 6593 son hombres (49.3%). El 44.3% son menores de 19 años, de los cuales 22.07% de la población correspondía al grupo de 10 a 19 años de edad. Es precisamente en este grupo donde fue dirigida la intervención.

A través del tiempo, los adolescentes representan casi el 25% de la población total en dicho municipio³³. Ver tabla 23.

TABLA 23. NUMERO DE ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS ENTRE 1950 Y 2006.

año	Numero de adolescentes de 10 a 19 años de edad	Población total	porcentaje
1950	1567	7268	21.5%
1960	1966	8143	24.1%
1970	2128	8553	24.8%
1980	2542	9979	25.4%
1990	3040	11699	25.9%
2000	3180	12705	25.0%
2005	2928	12720	23.0%
2006	2953	13380	22.0%

Actualmente aunque existen programas de promoción y educación sobre la salud en adolescentes, tanto en el sector público, como en organismos no gubernamentales, estos no han impactado en este grupo de edad. Sin embargo el embarazo en el adolescente continúa en aumento. Si analizamos el incremento que ha surgido en los últimos 20 años, en el año 1985 ocurrieron 414 nacimientos en mujeres en edad fértil, de los cuales 28 de ellos sucedieron en adolescentes de 12 a 19 años que equivale al 6.7%. Entre tanto para el año 2005 el 14.9% de los nacimientos fue en adolescentes de 12 a 19 años aumentando la incidencia a más del 222.38%³⁴. Ver tabla 24.

³³ Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyección de la Población

³⁴ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Hechos vitales
MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.



TABLA 24. NACIMIENTOS OCURRIDOS DURANTE EL PERIODO 1985-2005 EN EL MUNICIPIO DE GOMEZ FARIAS, JALISCO

año	Nacimientos en mujeres de 12 a 19 años	Total de nacimientos en mujeres de 12 a 49 años	porcentaje
1985	28	414	6.7%
1990	54	418	12.9%
1995	45	365	12.7%
2000	43	292	14.7%
2005	44	294	14.9%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Hechos vitales

No se cuenta con servicios médicos orientados específicamente a la prevención de dicho problema de salud en el Municipio, más se planeo en un largo plazo ampliar la Unidad de Salud para contar con un área específica para la atención del adolescente, lográndose al final de intervención la construcción de un área exclusiva en apoyo al adolescente. En la Unidad de Salud de la localidad ya mencionada, la atención es gratuita, aún así la ocurrencia de los adolescentes a solicitar atención es muy escasa. Durante el año 2003 acudieron por primera vez 1626 adolescentes de 10 a 19 años, que corresponde al 17.3% del total de usuarios de primera vez en dicho año; 2286 adolescentes solicitaron consulta subsecuentes en el mencionado año que correspondió al 18.1% de la consulta subsecuente de dicha unidad de salud.³⁵

Existió la necesidad sentida y expresada por parte de la población en el taller de priorización la necesidad de intervenir en el problema que representa el embarazo a edad temprana.

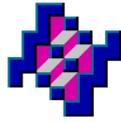
La intervención propuesta fue dirigida a adolescentes entre 12 a 16 años de edad de la localidad de Gómez Farías del estado de Jalisco, mediante talleres vivenciales innovadores, que permitieron que dicha estrategia fuera más atractiva y accesible para los adolescentes. De continuar el proyecto se pudiera extender al resto de adolescentes del Municipio mencionado, ya que el riesgo de presentar embarazo temprano durante el ejercicio de su sexualidad es elevado.

Factibilidad Técnica

La intervención se llevó a cabo los alumnos de tercer grado de la Secundaria No. 66 y en la Secundaria por Cooperativa de la localidad de Gómez Farías del estado de Jalisco; contemplándose en un futuro que se extienda dicha intervención al resto de la población estudiantil del mencionado plantel educativo. Es necesario mencionar que la unidad de salud disponía de las instalaciones adecuadas y el personal suficiente para implementar la intervención. Se gestiono el apoyo de un pasante de psicología y de nutrición del Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara como soporte a la intervención, pero aún no se ha tenido respuesta a dicha gestión.

El equipo de capacitación se conformó por un médico y una enfermera a nivel licenciatura, que se encargaron del reforzamiento de los conocimientos sobre los diversos temas planteados.

³⁵ Sistema Dinámico de Información Estadística en Salud. Sistema de Información en Salud 2003. MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.



Se utilizaron los recursos humanos, físicos y materiales existentes en la unidad de salud. Se dispone de los simuladores de bebés y de embarazo así como los manuales operativos del funcionamiento de los mismos. El proyecto de intervención se realizó en la Secundaria Técnica No. 66 y en la Secundaria por Cooperación de la localidad de Gómez Farías, Jalisco, en la cual acude alumnado de diferentes localidades del Municipio. Ver anexo 27.

Factibilidad Financiera

Para el presente proyecto de intervención se dispuso de 2 simuladores de bebés y un simulador de embarazo, así como material de difusión y publicidad propiedad del centro de salud de la localidad. La unidad de salud cuenta con proyector y laptop.

El coordinador del proyecto gestionó a la región sanitaria la compra de insumos de papelería. No se realizaron gastos de inversión de terrenos, obra física, equipo ni de vehículos.

Factibilidad Administrativa

La posición de las Autoridades respecto a la intervención fue positiva, ya que benefició a los adolescentes del Municipio a intervenir. No existió resistencia por parte de las autoridades, contando con el apoyo de ellos en cuanto a difusión del mismo así como en facilitar las gestiones pertinentes.

Se pretendió realizar una intervención que ayudara a hacer conciencia a los adolescentes sobre el riesgo del embarazo tempranamente, así como en la responsabilidad de la maternidad/paternidad, empoderándolos de su autocuidado y sensibilizándolos en la modificación de sus conductas de riesgo.

La intervención reforzó las estrategias planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo, Plan Nacional de Salud y Programa de Salud Reproductiva.

Las necesidades de recursos humanos fueron cubiertas por el mismo personal existente en la unidad de salud del Municipio. Solo fue necesario cubrir las necesidades de papelería, ya que el material de promoción y los simuladores de bebés y de embarazo fueron cubiertos por un fondo federal.

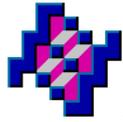
Factibilidad Política, Social y Legal

Se informó a los padres de familia sobre la intervención a realizar, para conocer el interés que estos tengan hacia dicha acción.

Se elaboraron cuestionarios para medir el nivel de conocimientos y actitudes del adolescente antes de iniciar la intervención y posterior a ésta se aplicaron nuevamente dicho cuestionario. Se dió a conocer a los maestros de los planteles y a las Autoridades Municipales los resultados de dicha intervención.

Los adolescentes representan más del 40% de la población, y tienen gran necesidad y demanda de información sobre temas de sexualidad, por lo que se considera que existió factibilidad social ya que la prevención es fundamental para atender posibles riesgos.

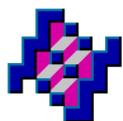
Una ventaja de la formación de educadores /asesores de pares es que la información que éstos proporcionen no solo llegue al grupo de pares, sino también a los vecinos y parientes de los



promotores de pares, además que se espera obtener de sus experiencias y beneficios a largo plazo.

Dicho intervención se sustentó en el Plan Nacional de Salud, plan nacional de desarrollo, así como en el programa de salud reproductiva.

En virtud de lo anterior se consideró que era factible la realización de este proyecto en la cabecera Municipal de Gómez Farías del Estado de Jalisco.



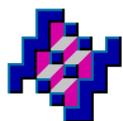
XIII.- PLAN DETALLADO DE EJECUCION

Programa de actividades

Una vez que definimos el diseño de la intervención a realizar, se llevo entonces el plan detallado de ejecución para llevar a cabo nuestra intervención. Se arrancó a partir de los objetivos trazados, mediante la definición de un número de estrategias y actividades planteadas para llevar a cabo los objetivos programados. A continuación se presenta las estrategias, actividades en base a los objetivos planteados. Ver tabla 25.

TABLA 25. OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES DE LA INTERVENCIÓN.

Objetivo	Componentes	Actividades
1.- Sensibilizar a la adolescente sobre el significado de ser padres en edad temprana mediante una intervención educativa vivencial con simuladores de embarazo y bebés	I.-Diseñar un programa de capacitación vivencial	Diseño de un programa que incluyan temas tales como planificación familiar, riesgo sobre embarazo y aborto, embarazo no planeado, mitos y falacias sobre la sexualidad, enfermedades de trasmisión sexual, violencia intrafamiliar y en pareja, autoestima y asertividad
	II.-Evaluación sobre conocimientos a los adolescentes a intervenir Pre y post intervención	Elaboración de un cuestionario para evaluar los conocimientos , percepciones y actitudes en los adolescentes
		Aplicación de cuestionario (línea basal) al grupo de la secundaria Técnica No. 66 de la localidad de Gómez Farías, Jalisco y al grupo control
		Aplicación de cuestionario Post-intervención al grupo intervenido y al grupo control
		Validación del cuestionario
		Captura del cuestionario
	Análisis de la base de datos	
	III.-Gestionar la autorización de los padres de familia de los adolescentes que participaran en la intervención.	Selección del grupo a intervenir y del grupo control
		Reunión informativa sobre el proyecto de intervención
		Autorización por escrito de los padres de familias de los jóvenes a intervenir
2.- Reforzar los conocimientos sobre temas relativos a la salud sexual y reproductiva	IV.-Desarrollo de sesiones educativas	Sesión educativa sobre la preparación y practica para la simulación de maternidad , así como los cuidados de un bebe, al grupo a intervenir
		Reforzar los conocimientos sobre planificación familiar, riesgo sobre el embarazo y aborto, embarazo no planeado, mitos y falacias sobre la sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, violencia intrafamiliar y en pareja, autoestima y asertividad al grupo intervenido
		Referencia de adolescentes del sexo femenino para la realización de la intervención vivencial
	V.- Intervención educativa vivencial con simuladores de bebes	Realización de la intervención vivencial en adolescentes seleccionadas.
3.- conformar una red de apoyo	VI.- Formación de una red de apoyo	Reunión con las adolescentes intervenidas para organizar la red e integrar un plan de trabajo para la formación de educadores/asesores en pares.



Se identificaron los recursos humanos, materiales y financieros para llevar a cabo la intervención.

Para el desarrollo de la intervención se requirieron de los siguientes recursos: humano, material y de apoyo. Ver tabla 26.

TABLA 26. RECURSO HUMANO, MATERIAL Y APOYOS REQUERIDOS EN LA INTERVENCIÓN.

RECURSO HUMANO	RECURSO MATERIAL	APOYOS
1 coordinador del proyecto	Folder carta caja con 100 Profile Folder oficio caja con 100 Profile	Fondo de Comunidades Saludables: Con los simuladores de bebés, y del embarazo, material publicitario para la promoción de dicha estrategia.
2 maestros docentes	Cartulina blanca con 10 pliegos Royal Cast	
1 asesor psicólogo	Cúter Metálico de uso rudo Office Depot	Secretaría de Educación: para la realización de las acciones en los planteles educativos.
1 enfermera	Engrapadora Pilot de Golpe Cromada Tira completa	Colegio de Bachilleres del Estado de Jalisco: Apoyo de un psicólogo para el instrumento a utilizar.
1 capturista	Grapa Estándar Pilot caja con 5000 Quita grapas Office Depot Lápiz Mirado No. 2 fajilla con 10 piezas Bolígrafo tinta azul punto mediano Bic con 50 Cinta adhesiva Scotch 24 mm x 65 M Hojas Blancas Papel All in One Printig tamaño carta 500 hojas Hp. Papel Mix 10 colores carta con 1000 Facia Chromatics Marcador permanente Foray con 24 piezas con surtidos Apuntador laser Apollo MP 1200 Cartucho Hp Q 26112A negro toner Caja transportadora plástico de 60 x 20 x 15	Secretaría de Salud: Con el apoyo y participación del personal de salud, así como facilidades para el uso de la laptop y proyector

Es importante señalar las fechas y responsabilidades de cada uno de los actores que intervinieron en la presente intervención e identificar el tipo de participación que realizó cada uno de ellos en las actividades señaladas. Hay que recordar que para el presente proyecto existieron tres tipos de participación: los que participaron únicamente como autoridad y se han marcado con la letra A en la tabla de parilla de responsabilidades que a continuación se presenta. Se marco con una letra I aquellos que son integrantes del equipo de trabajo y la R es el responsable directo de la intervención y del seguimiento de la misma. En el diseño de programa de capacitación, la investigadora principal fue la directamente responsable, el visto bueno fue dado por una autoridad que en este caso fue el Jefe Jurisdiccional; como apoyo a la intervención se contó con un equipo de trabajo conformado no solo por el equipo capacitador, sino además las autoridades municipales, las autoridades educativas, los adolescentes tanto intervenidos como no intervenidos, así como el capturista de la información. Ver tabla 27.

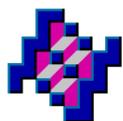


TABLA 27. PARILLA DE RESPONSABILIDADES DE LA INTERVENCIÓN

Actividad /actores	Autoridad Municipal	Autoridad Educativa	Autoridad Jurisdiccional	Equipos de capacitación	Investigador Principal	Adolescentes	Capturista
diseño programa de capacitación	I	I	A	I	R	I	I
Elaboración de cuestionario	I	I	A	I	R	I	I
Aplicación de cuestionario (línea basal)	I	A	I	R	I	I	I
Aplicación de cuestionario Post-intervención	I	A	I	R	I	I	I
Validación del cuestionario	I	I	I	I	A	I	R
Captura del cuestionario	I	I	I	I	A	I	R
Análisis de la base de datos	I	I	A	I	R	I	I
Selección del grupo a intervenir y del grupo control	I	I	A	I	R	I	I
Autorización por escrito de los padres de familias	I	I	I	I	R	I	A
reunión informativa	I	I	A	I	R	I	I
Sesiones educativas	I	I	A	I	R	I	I
Referencia de adolescentes	I	A	I	I	R	I	I
Organización de la red	I	I	I	I	R	I	A

Se utilizó la gráfica de Gantt para poder llevar a cabo la clasificación ordenada de las actividades y las fechas precisas en que se llevaron a cabo cada una de ellas, estableciéndose los tiempos y los responsables de cada una de las actividades. Ver tabla 28.

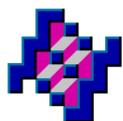
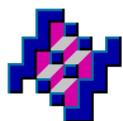


TABLA28. DIAGRAMA DE GANTT.

Actividad	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO		Responsable
	1ª.	2ª.	3ª.	4ª.	1ª.	2ª.	3ª.	4ª.	1ª.	2ª.	3ª.	4ª.	1ª.	2ª.	3ª.	4ª.	1ª.	2ª.	
Diseño de un programa educativo																			Investigador principal
Elaboración de cuestionario																			Investigador principal Capturista
Aplicación de cuestionario (línea basal)																			Equipo de capacitadores
Aplicación de cuestionario Post-intervención																			Equipo de capacitadores
Validación del cuestionario																			Capturista
Captura del cuestionario																			Capturista
Análisis de la base de datos																			Capturista Investigador principal
Selección del grupo a intervenir y del grupo control																			Investigador principal
Reunión informativa sobre el proyecto de intervención																			Investigador principal Autoridades educativas
Autorización por escrito de los padres de familias																			Padres de familia Investigador principal
Sesiones educativas																			Equipo de capacitación
Referencia de adolescentes																			Equipo de capacitación
Intervención con simuladores de bebés y embarazo																			Equipo de capacitación Investigador principal
Organización de red																			Investigador principal Adolescentes intervenidos
Conformación de la red de adolescentes																			Investigador principal Equipo capacitador
Evaluación de la intervención																			



RECURSOS MATERIALES

I.- Adquisición

No fue necesaria la licitación del material presupuestado, ya que ninguna de las partidas rebaso los 10,000.00. La compra de dicho material se llevo de acuerdo a los precios de menudeo. El mecanismo de pago fue al contado.

II.- Almacenamiento

Todos los materiales adquiridos se almacenaron en la Unidad de Salud de la localidad antes señalada, bajo el resguardo de la investigadora o coordinadora principal. Se contará con un espacio adecuado, accesible y en buenas condiciones para evitar el daño de estos.

III.- Distribución

No existió contratiempos para la distribución de los recursos materiales ya que se encontraran en la Unidad de Salud y el plantel que se pretende intervenir se encuentra muy cercano a él. Se contó con un listado de existencia de material, así como uno de material requerido para cada actividad. Fue responsabilidad del equipo capacitador llevar a cabo el llenado correcto de dichos formatos para una buena distribución de los insumos.

IV.- Utilización

Se planeó en cada actividad los recursos necesarios a utilizar evitando con esto un dispendio de estos.

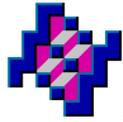
RECURSOS HUMANOS

En la intervención planteada participaron 1 enfermera, 1 coordinador general del proyecto, 1 psicólogo y 2 maestros docentes del plantel a intervenir.

Se pedio apoyo al Centro Universitario del Sur para un psicólogo en Servicio, está en trámite el proceso para que se incorporé en un futuro, más aún así se solicito el apoyo de un psicólogo del plante COBAEJ, para asesora sobre el instrumento a aplicar. Para el caso del capturista, se había contemplado pedir apoyo a la Jurisdicción Sanitaria, pero debido a la carga laboral de sus recursos, motivo por lo cual se optó por contratar a un capturista cuyo gasto fue cubierto por la investigadora principal. Ver tabla 29.

TABLA 29. RECURSO HUMANO REQUERIDO PARA LA INTERVENCIÓN.

RECURSO HUMANO	ADSCRIPCION
1 enfermeras	Unidad de Primer Nivel
1 coordinador del proyecto	Unidad de Primer Nivel
2 maestros docentes	Escuela Secundaria No. 66
1 psicólogo	Centro Universitario del Sur
1 capturista	Oficinas Jurisdiccionales



Reclutamiento

Se buscó e identificó al capacitado para apoyar en la intervención, que reuniera las condiciones o requisitos para llevar a cabo las acciones propuestas de manera eficiente, adecuada y profesional. El perfil del personal de apoyo consistió en la determinación de características personales, la función que actualmente desempeña, y la experiencia que tiene con los adolescentes, así como la integración con el grupo capacitador. No se llevó a cabo la contratación de nuevo personal, se dispuso del recurso de la Unidad de Salud para la selección del personal.

Inducción

Se llevó a cabo una inducción sobre la intervención para que conocieran los objetivos de él. Capacitación

Se habilitó al grupo capacitador sobre la dinámica de la intervención vivencial con simuladores de bebés y el manejo de los mismos. Además se orientó sobre las actividades de los educadores de pares, que consistiría en adolescentes que no son profesionales, pero que serían capacitados (mediante la intervención) para asistir a los jóvenes que necesitan información y servicios de salud reproductiva.

Evaluación del desempeño

Se realizó la evaluación periódica del desempeño del personal basándonos en las actividades realizadas y en los productos obtenidos.

Promoción

No se realizó en esta intervención promoción de puestos.

Vencimiento del contrato

Solo se contemplaron personal de base de la Unidad de Salud que depende de la Secretaría de Salud.

RECURSOS FINANCIEROS

Para la realización de la intervención se necesitaron \$3, 890.0000 pesos. Se recibió apoyo de la Dirección de área de Gómez Farías consistente en el préstamo de una impresora y dotación de un cartucho para la misma. Los recursos financieros provinieron del presupuesto del investigador principal. El gasto se clasifico de acuerdo al Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública 2008. Ver tabla 30.

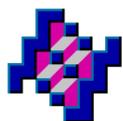


TABLA 30. PRESUPUESTO DESGLOSADO POR CONCEPTO DE GASTO Y CAPITULO.

Capítulo	Concepto	Partida	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	Unidad de medida	Volumen	Precio unitario	Total
2000	2100	2101	Folder carta caja con 100 Profile	Paquete	2	87.90	175.80
2000	2100	2101	Folder oficio caja con 100 Profile	Paquete	2	94.90	189.80
2000	2100	2101	Broches (clips) Acco Gótico No.1 caja con 100	Pieza	1	16.90	16.90
2000	2100	2101	Cartulina blanca con 10 pliegos Royal Cast	Pieza	3	10.90	37.90
2000	2100	2101	Cutter metálico de uso rudo Office Depot	Pieza	1	29.90	29.90
2000	2100	2101	Engrapadora Pilot de golpe cromada	Pieza	1	89.00	89.00
2000	2100	2101	Grapa estándar Pilot caja con 5000	Caja	1	22.50	22.50
2000	2100	2101	Quita grapas Office Depot	Pieza	1	4.90	4.90
2000	2100	2101	Lápiz Mirado No. 2 fajilla con 10 piezas	Caja	5	27.90	139.50
2000	2100	2101	Bolígrafo tinta azul punto mediano Bic con 50	Paquete	2	89.00	178.00
2000	2100	2101	Cinta adhesiva Scott 24mm x 65 m	Pieza	1	32.50	32.50
2000	2100	2101	Hojas blancas All In One Printing carta con 500 hojas	Paquete	2	69.90	139.80
2000	2100	2101	Papel Mix 10 colores carta con 1000 Facia Chromatics	Paquete	1	199.00	199.00
2000	2100	2101	Marcador Permanente Foray con 24 piezas colores surtidos	Paquete	3	119.00	357.00
2000	2100	2103	Apuntador Láser Apollo MP 1200	Pieza	1	449.00	449.00
2000	2100	2106	Cartucho Kiocera Mita F5-1020D Negro	Pieza	1	1699.00	1699.00
2000	2100	2101	Caja transportadora plastico 60 x20 x 15	Pieza	1	129.50	129.50
TOTAL							3890.00

La tabla siguiente muestra como se desgloso el presupuesto planeado, el presupuesto real y las razones de dicha diferencia. Ver tabla 31.

TABLA 31. PRESUPUESTO PLANEADO, PRESUPUESTO REAL Y RAZONES

Partida presupuestal (CAPITULO)	Presupuesto original	Presupuesto real	DIFERENCIA	RAZONES
2000	9399.80	3890.00	-7399.81	Se obtuvo apoyo por parte de las autoridades jurisdiccionales para la replicación de los encuestas, así como apoyo de una impresora por parte de la Dirección de área por lo que se disminuyeron los gastos en dicha partida
5000	3898.00	0	-3,898.00	Originalmente se considero la compra de una cámara y de una pantalla, pero dicho material fue prestado por la unidad de salud para reducir gastos



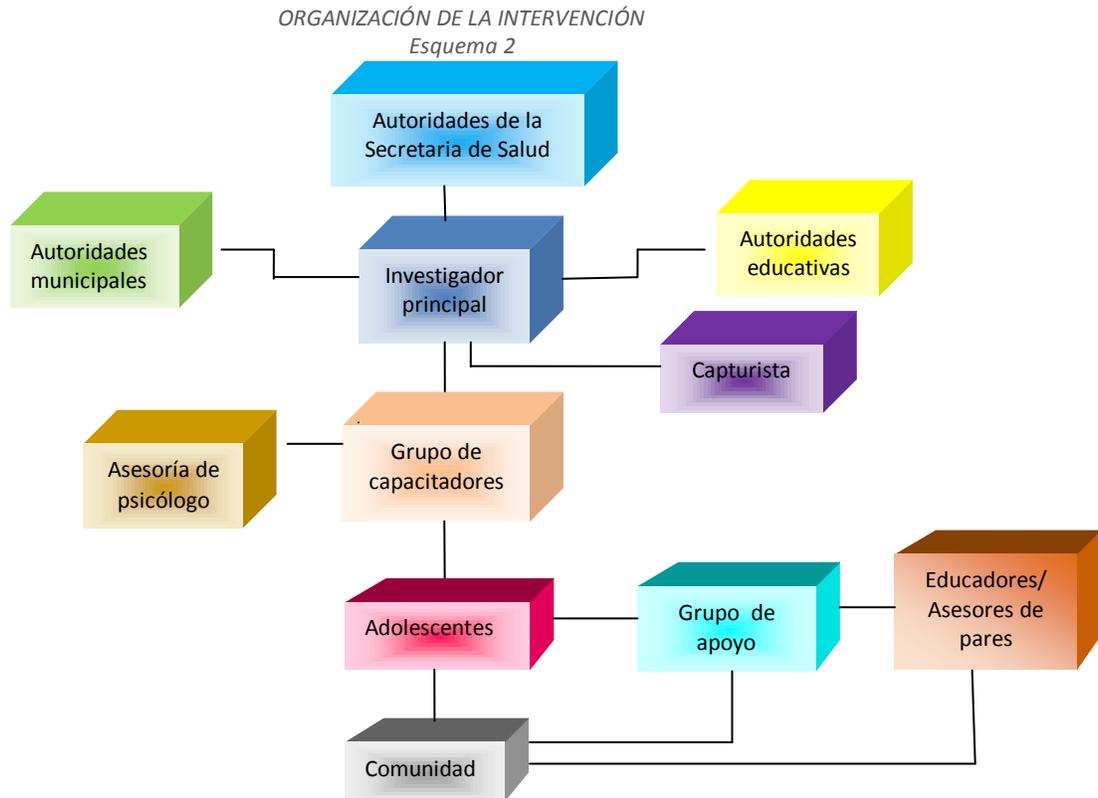
Los simuladores de bebés y embarazo, así como del material de promoción estuvieron bajo la responsabilidad del coordinador de la investigación y su adquisición se realizó a finales del año pasado, por lo que se encontraban disponibles para la intervención. En esta intervención no se contempló la planeación a mediano plazo la construcción de un área destinada exclusivamente para la atención al adolescente, más sin embargo como producto de las gestiones de la investigadora principal y como resultado de un proyecto de intervención realizado en el año 2007 por la misma investigadora, fue beneficiada con fondos de Comunidades Saludables lográndose a finalizar la presente intervención, la construcción del mismo así la dotación de mobiliario consistente en 2 mesas redondas para 5 personas cada una, 12 sillas, dos escritorios, 1 mesa de exploración, 1 vitrina, 1 escalonera, 1 estetoscopio, 1 esfigmomanómetro, y 1 balanza; todo lo anterior como resultado de un producto no esperado de esta intervención.

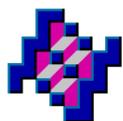
La Unidad de Salud dispone de laptop y proyector en buen estado.

No será necesaria la utilización de vehículo de transporte debido a la cercanía que el plante a intervenir tiene respecto a la Unidad de Salud que es de aproximadamente un kilómetro de distancia.

Organización interna para la ejecución

La organización interna para la ejecución de la intervención se muestra en el siguiente diagrama:





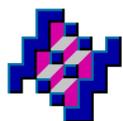
La investigadora principal obtuvo apoyo tanto de Autoridades educativas, municipales y de la misma Secretaría de salud, además de un capturista. La investigadora principal se organizó con el grupo de capacitadores para la ejecución de la intervención. Obtuvo asesoría de un psicólogo para la elaboración del instrumento a utilizar. Se realizó la intervención a los adolescentes seleccionados, que a su vez será beneficiada la propia comunidad. De los adolescentes intervenidos surgió la conformación de un grupo de apoyo para que en un futuro sirvan como educadores/asesores de pares que tendrá una participación activa con los mismos jóvenes y con la comunidad en general.

Sistema de control de la ejecución

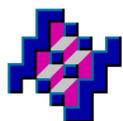
Mediante el sistema de control se llevó el seguimiento de actividades, el uso de los recursos y el logro que alcanzaron los objetivos para identificar desviaciones durante el proceso y corregir los errores y alcanzar los objetivos planteados. Se realizó de acuerdo a la siguiente tabla 32.

TABLA 32. SISTEMA DE CONTROL DE LA INTERVENCIÓN

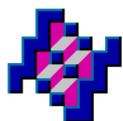
Área crítica	Variable a controlar	Instrumento o Fuente de verificación	Indicadores	Estándar de comparación	Logro
Diseño de un programa de capacitación	Procedimientos	Inspección visual	Programa de capacitación realizado/programa de capacitación programado x 100	100%	100%
	Tiempo	Cronograma de Gantt	Programa de capacitación realizado en tiempo/programa de capacitación programado en el tiempo proyectado x 100	100%	100%
	Cumplimiento	Tabla de responsabilidades	Programa de capacitación realizado por el investigador principal/ programa de capacitación programado x 100	100%	100%
Elaboración de un cuestionario para evaluar los conocimientos sobre la responsabilidad de ser padres en los adolescentes	Procedimientos	Inspección visual	Cuestionario realizado/ cuestionario programado x 100	100%	100%
	Tiempo	Cronograma de Gantt	Cuestionario realizado en tiempo/ cuestionario programado en el tiempo proyectado x 100	100%	100%
	cumplimiento	Tabla de responsabilidades	Cuestionario realizado por el investigador principal/ cuestionario programado x 100	100%	100%
Aplicación de cuestionario (línea basal)	Procedimiento	Inspección visual	Cuestionario basal aplicado/ cuestionario basal aplicado programado x 100	100%	100%
	Tiempo	Cronograma de Gantt	Cuestionario basal aplicado en tiempo/ cuestionario basal aplicado de acuerdo al tiempo proyectado x 100	100%	80%
	Cumplimiento	Tabla de responsabilidades	Cuestionario basal aplicado por el equipo encuestador/ cuestionario basal aplicado x 100	100%	100%
Aplicación de cuestionario Post-intervención	Procedimiento	Inspección visual	Cuestionario basal aplicado/ cuestionario basal aplicado programado x 100	100%	100%
	Tiempo	Cronograma de Gantt	Cuestionario basal aplicado en tiempo/ cuestionario basal aplicado de acuerdo al tiempo proyectado x 100	100%	80%
	Cumplimiento	Tabla de responsabilidades	Cuestionario basal aplicado por el equipo encuestador/ cuestionario basal aplicado x 100	100%	100%



Captura y validación del cuestionario	Procedimiento	Inspección visual	Captura y validación del cuestionario realizada/ captura y validación del cuestionario programado x 100	100%	100%
	Tiempo	Cronograma de Gantt	Captura y validación del cuestionario realizada en tiempo/ captura y validación del cuestionario programado de acuerdo a lo proyectado x 100	100%	100%
	Cumplimiento	Tabla de responsabilidades	Captura y validación del cuestionario realizada por capturista/ captura y validación del cuestionario x 100	100%	100%
Análisis de la base de datos	Procedimiento	Inspección visual	Análisis de la base de datos realizada/ Análisis de la base de datos de acuerdo a lo programado x 100	100%	100%
	Tiempo	Cronograma de Gantt	Análisis de la base de datos realizada en tiempo/ Análisis de la base de datos de acuerdo a lo proyectado x 100	100%	90%
	Cumplimiento	Tabla de responsabilidades	Análisis de la base de datos realizada por el investigador por el investigador principal/ Análisis de la base de datos de acuerdo a lo proyectado x 100	100%	100%
Reunión informativa sobre el proyecto de intervención	Procedimiento	Inspección visual de la minuta	Reunión informativa realizada/entre reunión informativa programada x 100	100%	100%
	Tiempo	Cronograma de Gantt	Reunión informativa realizada en tiempo/ reunión informativa de acuerdo a lo proyectado x 100	100%	100%
	Cumplimiento	Tabla de responsabilidades	Reunión informativa realizada por el investigador principal/ reunión informativa de acuerdo a lo proyectado x 100	100%	100%
Autorización de los padres y alumnos que participaran en la intervención	Procedimiento	Inspección visual de la autorización	Autorización por escrito de los padres de familia realizada/ autorización por escrito de los padres de familia programada x 100	100%	100%
	Tiempo	Cronograma de Gantt	Autorización por escrito de los padres y alumnos participantes en tiempo/ autorización por escrito de los padres de familia de acuerdo a lo proyectado x 100	100%	100%
	Cumplimiento	Tabla de responsabilidades	Autorización por escrito de los padres y alumnos por parte del investigador principal/ autorización por escrito de los padres de familia de acuerdo a lo proyectado x 100	100%	100%
Sesión educativa	Procedimiento	Inspección visual de las cartas descriptivas	Sesiones educativas realizadas/ sesiones educativas programadas x 100	100%	100%
Referencia de adolescentes del sexo femenino en pares para la realización de la intervención vivencial	Tiempo	Cronograma de Gantt	Sesiones educativas realizadas en tiempo/ sesiones educativas de acuerdo a lo programado x 100	100%	90%
	Cumplimiento	Tabla de responsabilidades	Sesiones educativas realizadas por el equipo capacitador/ sesiones educativas de acuerdo a lo proyectado x 100	100%	100%
	Procedimiento	Inspección visual del formato de referencia de los adolescentes a la intervención vivencial	Referencias realizadas a adolescentes/ referencia programadas a adolescentes x 100	100%	100%



Reunión con las adolescentes intervenidas para organizar la red	Tiempo	Cronograma de Gantt	Referencias realizadas a adolescentes en tiempo/ referencias realizadas a adolescentes de acuerdo a lo programado x 100	100%	100%
	Cumplimiento	Tabla de responsabilidades	Referencias realizadas a adolescentes por el equipo capacitador/ referencias a adolescentes de acuerdo a lo proyectado x 100	100%	100%
	Procedimiento	Inspección real de la minuta	Reunión con adolescentes realizada/ reunión de adolescentes programada x 100	100%	100%
RECURSOS HUMANOS Equipo encuestador	Tiempo	Cronograma de Gantt	Reunión de adolescentes realizada en tiempo/ reunión de adolescentes programa x 100	100%	100%
	Cumplimiento	Tabla de responsabilidades	Reunión de adolescentes realizada por el investigador principal/ reunión de adolescentes realizada de acuerdo a lo programado x 100	100%	100%
	Desempeño	Encuestas del desempeño	Número de adolescentes capacitados/numero de adolescentes programados x 100	80%	89%
RECURSOS FINANCIEROS	Utilización	Encuestas de opinión	Numero de cuestionarios de opinion favorable/ numero de cuestionarios de opinión realizados x 100	90%	95%
		Presupuesto	Monto presupuestado ejercido/ Monto presupuestado x 100	1005	30%
OBJETIVOS Y LOGROS Sensibilizar a la adolescente sobre el significado de ser padres en edad temprana	Efectividad	Índices de productividad	Número de adolescentes sensibilizadas/ número de adolescentes programadas x 100	80%	88%
Reforzar los conocimientos sobre temas relativos a la salud sexual y reproductiva	Efectividad	Índices de productividad	Número de sesiones educativas realizadas/ numero de sesiones educativas programadas x 100	100%	100%
	Eficiencia	Índices de productividad	Costo de sesiones educativas realizadas/ presupuesto ejercido	El costo de adolescentes capacitadas es de 123.00. Razón del gasto estimado de adolescente capacitada < de 1= eficiente >de 1= ineficiente	< de 1
Conformar una red de apoyo entre las adolescentes sensibilizadas	Efectividad	Índices de productividad	Numero de red de apoyo conformadas/ numero de red de apoyo programadas x 100	100%	100%
	Eficiencia	Índices de productividad	Numero de red de apoyo conformadas/ presupuesto ejercido	El costo de sesiones educativas es de 2,216.00. Razón del gasto estimado de sesión educativa < de 1= eficiente >de 1= ineficiente	< de 1



Tanto la investigadora principal como el grupo capacitador verificaron semanalmente el avance del proyecto de intervención con la finalidad de realizar los ajustes necesarios.

Estas acciones se realizaron de acuerdo al ejemplo de la siguiente tabla 33.

TABLA 33. AVANCES DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	DISCREPANCIA	AJUSTES NECESARIOS
Invitación a escuela Secundaria por Cooperación	Invitación a autoridades educativas	Negativa de participar solo como grupo control	Incluir a la Secundaria por Cooperación y a la Secundaria No. 66 en la intervención.

Durante el monitoreo de la intervención se detectaron errores o fallas, que nos permitieron realizar las siguientes medidas correctivas³⁶:

- *Ajustes a la ejecución.* Se llevo a cabo reuniones del grupo para hacer los ajustes necesarios. Inicialmente se visualizo que fuera los alumnos de la Secundaria No. 66 en la que se llevaría a cabo la intervención y los alumnos de la Escuela Secundaria por Cooperación los que fungieran como control sin ninguna intervención; pero debido a la negativa de la Escuela Secundaria por Cooperación de participar solo como control y la petición de que también se incluyera, se modifico la ejecución desde el inicio incluyendo a las dos escuelas en la intervención y teniendo la misma posibilidad de seleccionar sus alumnos en cualquiera de los tres grupos planteados.
- *Ajustes en la organización.* Fue necesario realizar un ajuste en la forma de trabajar del equipo, ya que debido a la reubicación de la investigadora en otro municipio, fue necesario trabajar en diferentes horarios de los programados inicialmente.
- *Ajustes al personal.* Se realizaron ajustes al número de personal que iba a participar, debido a que la carga laboral de la Unidad de Salud no permitió más que disponer de un recurso de enfermería en lugar de los dos que inicialmente se habían contemplado. Además se contó con la asesoría de un psicólogo que labora en el plantel de bachillerato (COBAEJ) para conocer su opinión del instrumento que se usaría en la intervención.
- *Ajustes a los métodos.* Fue necesario vigilar la metodología aplicada.
- *Ajustes a la estrategia.* Fue necesario revisar nuevamente el proyecto de intervención antes de ejecutarlo, identificando la necesidad de ajustar la estrategia de la selección de los grupos a intervenir, procediendo a seleccionar tres grupos entre los alumnos autorizados por sus padres de tercer año de ambas secundarias, en lugar de dos como se había proyectado.

³⁶ Martin de la Rosa, M. Guía practica para el diseño, administración y evaluación de proyectos sociales. MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.



- *Ajustes al presupuesto. Debido a la falta de recursos fue necesario realizar ajustes al presupuesto y prescindir de algunos recursos materiales, pero a pesar de esto los resultados obtenidos no se vieron afectados por esta causa.*
- *Ajustes al plan. No fue necesario realizar un plan de contingencia, ya que con los ajustes antes mencionados fue suficiente.*

El Sistema de Control se apoyo en un sistema de información que proporciono la evidencia documental de la realización de la intervención.

Las evidencias documentales son las siguientes:

Actividad 1: Diseño de un programa de capacitación.

Evidencia documental: Existencia del programa de capacitación.

Actividad 2: Elaboración de un cuestionario para evaluar los conocimientos de los adolescentes

Evidencia documental: Existencia del cuestionario. Ver anexos 8, 9,10, y 11

Actividad 3: Aplicación del cuestionario línea basal y post-intervención.

Evidencia documental: Existencia Cuestionarios aplicados en ambas fases.

Actividad 4: Captura y validación del cuestionario.

Evidencia documental: Existencia de cuestionarios debidamente validados y capturados.

Actividad 5: Análisis de la base de datos.

Evidencia documental: Existencia de Bases de datos de los cuestionarios en epi-info.

Actividad 6. Reunión informativa sobre el proyecto de intervención

Evidencia documental: Existencia de la minuta de la Reunión. Ver anexo 13.

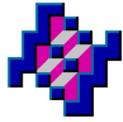
Actividad 7. Autorización por escrito de los padres de familia de los adolescentes a intervenir.

Evidencia documental: Existencia de la autorización debidamente firmada por el padre de familia. Ver anexo 15.

Actividad 8. Sesiones educativa sobre diversos temas.

Evidencia documental: Existencia de Carta descriptiva de las Sesiones. Ver anexo 16 y 17.

Existencia de Lista de Asistencia al curso. Ver anexo 14.



Actividad 9. Referencia de adolescentes para la realización de la intervención vivencial

Evidencia documental: Existencia de formato de referencia para la intervención vivencial

Actividad 10. Intervención educativa vivencial con simuladores de embarazo y bebés

Evidencia documental: Existencia de listado de adolescentes a intervenir

Existencia de tarjetas de control de bebés. Ver anexo 18.

Actividad 11. Reunión con las adolescentes intervenidas para organizar la red

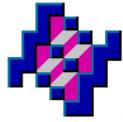
Evidencia documental: Minuta de reunión

Grabaciones de la organización de las reuniones

Actividad 12: Conformar una red de apoyo entre adolescentes y de promotores de pares

Evidencia documental: Existencia de lista de asistencia

Grabaciones de la dinámica de las reuniones donde expresan la aprobación y opinión sobre la conformación de una red de apoyo entre ellos.



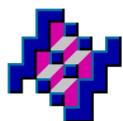
XIV.- REPORTE DE EJECUCION

Comparativo con lo planeado

La elaboración del proyecto inicio por el mes de marzo del presente año, diseñándose la ejecución de un proyecto de intervención que duraría a partir de abril a julio del 2008.

Debido a que los alumnos sujetos a intervenir estarían cautivos en los planteles educativos hasta principios de julio, fue necesario respetar la planeación original e iniciar con el desarrollo del proyecto a la brevedad.

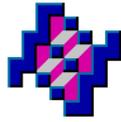
Durante el mes de abril se diseño un programa que contemplara temas relativos a la salud sexual y reproductiva del adolescentes, tal y como se programó. A finales del mes de abril se llevó a cabo la elaboración de un cuestionario para evaluar los conocimientos, percepciones y actitudes en los adolescentes. Se citaron a todos los padres de los alumnos de tercer grado. Posteriormente se solicitó la autorización tanto de los alumnos como de los padres una vez habiéndole explicado el objetivo de la intervención y las estrategias a utilizar. Cabe mencionar que los padres de familia de los alumnos seleccionaron solo autorizaron a 76 alumnos a participar, pero señalando que de manera escrita que sus hijos varones solo participarían en caso de ser seleccionados en la intervención educativa, pero no en la vivencial. Una vez obtenida la autorización se procedió a aplicar la encuesta basal a los alumnos autorizados con la finalidad de obtener un diagnóstico de los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales de la población objetivo. Se seleccionaron los 3 grupos a mediante selección aleatoria de acuerdo al programa epi info. El primer grupo consistió en el grupo control, al cual no se le iba a realizar intervención alguna. El segundo grupo fue seleccionado para la realización de una intervención educativa; y el tercer grupo que sería sujeto de tanto de intervención educativa como de una intervención vivencial con simuladores de bebés. Vale la pena volver a mencionar que en este último grupo solo se seleccionaron alumnas del sexo femenino, por no haber obtenido la autorización de los padres de familia para sus hijos varones para participar en dicho grupo. Las capacitaciones se realizaron durante el mes de Mayo, siendo dos capacitaciones por escuela y dentro del horario de clases en las instalaciones del aula del Centro de Salud de dicha localidad. Finalizada la última sesión de capacitación se le solicito a los participantes que contestarán el cuestionario postintervención con el objeto de conocer los cambios o modificaciones de actitudes, conocimiento y comportamiento. Aunado a esto se les pedía de manera general expresaran como se sintieron durante la capacitación y externaran sus dudas, inquietudes e ideas. En el caso del grupo control, se les aplico el cuestionario de la segunda medición al día siguiente de haber finalizado las sesiones educativas en el grupo elegido para la intervención educativa. Durante el mes de junio se refirieron aquellos alumnos que fueron seleccionados para participar en la intervención vivencial, siendo inicialmente 16 jóvenes, pero, debido a una fractura de una de las jóvenes seleccionadas, la intervención vivencial se realizó solo en 15 jóvenes. La intervención vivencial con simuladores de bebés se realizo durante el mes de Julio, en el cual se organizo en 8 grupos compuestos por dos alumnas. El tiempo de la intervención vivencial fue de 36 horas, en la cual se les capacitó sobre el manejo del simulador de bebé, así como los cuidados y la fecha y hora de entrega. A cada grupo que finalizaba la intervención educativa fue sujeto de la aplicación de la medición postintervención al momento de finalizar la entrega del simulador de bebé. De igual forma se le pidió su autorización para llevar a cabo grabaciones de audio donde se le solicitaba externara la experiencia vivida y el significado de ser madre y de ser mujer, así como la forma en que cambio su vida los días que simulo ser madre de un bebé. A finales del mes de Julio y principios de Agosto se realizaron 2 reuniones informativas para al conformación de una red de adolescente. Ver anexos 30, 31 y 32.



A continuación se muestra la fecha programada y la fecha realizada de todas las actividades contempladas en la intervención. Ver tabla 34.

TABLA 34. ACTIVIDADES REALIZADAS VS. ACTIVIDADES PLANEADAS.

Objetivo	Componentes	Actividades	Avances	Fecha programada	Fecha realizada	
1.- Sensibilizar a la adolescente sobre el significado de ser padres en edad temprana mediante una intervención educativa vivencial con simuladores de embarazo y bebés	I.-Diseñar un programa de capacitación vivencial	Diseño de un programa que incluyan temas tales como planificación familiar, riesgo sobre embarazo y aborto, embarazo no planeado, mitos y falacias sobre la sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, violencia intrafamiliar y en pareja, autoestima y asertividad	100%	Primera quincena de abril 2008	Abril del 2008	
	II.-Evaluación sobre conocimientos a los adolescentes a intervenir	Elaboración de un cuestionario para evaluar los conocimientos , percepciones y actitudes en los adolescentes		100%	Tercera semana de abril 2008	Abril 2008
		Aplicación de cuestionario (línea basal) al grupo de la secundaria Técnica No. 66 de la localidad de Gómez Farías, Jalisco y al grupo control		100%	Cuarta semana de abril 2008	Mayo 2008
		Aplicación de cuestionario Post-intervención al grupo intervenido y al grupo control		100%	tercera semana de junio 2008	Junio 2008
		Validación del cuestionario		100%	Primera semana de mayo 2008	Junio 2008
	Pre y post intervención	Captura del cuestionario		100%	Primera semana de mayo 2008	Junio 2008
		Análisis de la base de datos		100%	Primera semana de mayo 2008	Junio 2008
		Selección del grupo a intervenir y del grupo control		100%	Segunda semana de abril 2008	Abril 2008
	III.-Gestionar la autorización de los padres de familia de los adolescentes que participaran en la intervención.	Reunión informativa sobre el proyecto de intervención		100%	Segunda semana de abril 2008	Abril 2008
		Autorización por escrito de los padres de familias de los jóvenes a intervenir		100%	Segunda semana de abril 2008	Mayo 2008
2.- Reforzar los conocimientos sobre temas relativos a la salud sexual y reproductiva		IV.-Desarrollo de sesiones educativas	Sesión educativa sobre la preparación y practica para la simulación de maternidad , así como los cuidados de un bebe, al grupo a intervenir	100%	Segunda y tercera quincena de mayo 2008 Primera semana de junio 2008	Mayo 2008
	Reforzar los conocimientos sobre planificación familiar, riesgo sobre el embarazo y aborto, embarazo no planeado, mitos y falacias sobre la sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, violencia intrafamiliar y en pareja, autoestima y asertividad al grupo intervenido		100%	Segunda y tercera quincena de mayo 2008 Primera semana de Junio 2008	Mayo 2008	
	Referencia de adolescentes del sexo femenino para la realización de la intervención vivencial		100%	segunda semana de junio 2008	Junio 2008	
	V.- Intervención educativa vivencial con simuladores de bebés	Realización de la intervención vivencial en adolescentes seleccionadas.	100%	Tercera semana de junio 2008	Julio 2008	
3.- conformar una red de apoyo	VI.- Formación de una red de apoyo	Reunión con las adolescentes intervenidas para organizar la red e integrar un plan de trabajo para la formación de educadores/asesores en pares.	100%	Mes de julio 2008	Julio-Agosto 2008	

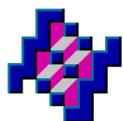


Durante el presente proyecto existieron condiciones que favorecieron su ejecución, siendo estas de gran relevancia para sus logros.

- *Vinculación con autoridades municipales*
- *Apoyo del DIF municipal y coordinación con el mismo*
- *Disponibilidad de las autoridades y del personal de ambos planteles educativos*
- *Sensibilización previa al Presidente Municipal sobre el problema de salud que representa el embarazo en el adolescente en su Municipio*
- *Infraestructura disponible de la Unidad de Salud de la localidad*
- *Material didáctico (simuladores de bebés) disponible en la Unidad de salud*
- *Interés de los alumnos seleccionados*
- *Motivación del personal de salud de la localidad para involucrarse en el proyecto*
- *Utilización de material didáctico diseñado por la Secretaria de Salud Estatal para apoyar el Programa de Arranque Parejo en la Vida*
- *Material de promoción del fondo de Comunidades Saludables que sirvió como incentivo a los participantes, ya que se les dotó de a todos los participantes de un pequeño presente que contenía mensaje alusivos a la espaciar el embarazo en el adolescente. En el caso de los integrantes de la intervención educativa y vivencial, se les obsequio un paquete que constituido por una playera para su padre, un mandil para su madre, una playera para el adolescente, 1 estuche de manicure o 1 radio con audífonos y una pluma, todos y cada uno de ellos con mensajes alusivos a la intervención en la que participaron.*

Limitaciones y problemas

- *El tiempo limitado para el ejercicio de la intervención. Se tuvo que someter al tiempo estipulado por el Instituto Nacional de Salud Pública para lograr terminar en tiempo y de acuerdo a lo planeado sin demeritar la intervención y con la visión de lograr los mejores resultados.*
- *Los adolescentes que se intervinieron acudían a planteles educativos cuyo ciclo escolar finalizo a finales del mes de Junio. En este punto fue necesario trabajar más organizadamente para lograr realizar todas las actividades planeadas antes de finalizar el ciclo escolar de ambas secundarias sujetas a intervención.*
- *El desarrollo del proyecto implico un esfuerzo adicional en la investigadora principal de la intervención ya que por movimientos laborales dejo de laboral en la localidad a intervenir para dirigirse a otro municipio. Además del cambio de adscripción, también existió cambio en las funciones que exigió un mayor esfuerzo para la ejecución del presente. Mediante la organización, voluntad y actitud de cumplir a lo estipulado, fue necesario disponer de los tiempos destinados para otras actividades personales para poder concluir satisfactoriamente con lo programado.*



XV.-RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos durante esta intervención en los grupos seleccionados son los siguientes:

El sexo, estado civil y ocupación de los participantes se muestra en la tabla 35. Referente a la ocupación el 87% de los alumnos del grupo de intervención educativa y vivencial (BB) solo estudiaban, el resto además trabajaba. En el caso del grupo control (CC) la población que solo estudiaba correspondía al 73% y 48% en el grupo con intervención educativa (IE) respectivamente.

TABLA 35. SEXO, ESTADO CIVIL Y OCUPACION DE LOS PARTICIPANTES

Grupo	n	%	n	%	Total
Sexo					
Femenino			Masculino		
BB	15	100	0	0	15
CC	16	70	7	30	23
IE	18	60	12	40	30
total	49	72	19	28	68
Estado civil					
Soltero			Unión libre		
BB	15	100	0	0	15
CC	22	96	1	4	23
IE	30	100	0	0	30
TOTAL	67	98.5	1	1.5	68
Ocupación					
Estudia			Estudia y trabaja		
BB	13	87	2	13	15
CC	22	73	8	27	30
IE	11	48	12	52	23

Con respecto a la creencia sobre la edad más propicia para iniciar la vida sexual activa, en la pre evaluación el grupo que presentó las mayores creencias para que ésta se inicie a mayor edad es el grupo con intervención educativa y vivencial (93%), respecto al grupo de intervención educativa (83%) y aún del grupo control (87%).

En la post evaluación en el grupo BB conservó el alto porcentaje de creencias de la edad de inicio de vida sexual activa; el grupo IE incrementó en 10% esta creencia; mientras que el grupo CC disminuyó en 13% la misma creencia, pero sin diferencia significativa en la post evaluación entre los grupos BB y CC y los grupos IC y CC. Ver tabla 36.

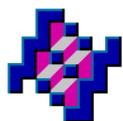


TABLA 36. ¿A QUE EDAD CREES QUE LAS PERSONAS DEBEN INICIAR SU VIDA SEXUAL ACTIVA?

MEDICIÓN										
BASAL				POST INTERVENCIÓN						
GRUPO	MENOR 19 AÑOS		MAYOR DE 19 AÑOS		MENOR DE 19 AÑOS	MAYOR DE 19 AÑOS	p	TOTAL		
	No.	%	No.	%					No.	%
BB	1	7	14	93	1	7	14	93	0.279511	15
CC	3	13	20	87	6	26	17	74		23
IE	5	17	25	83	2	7	28	93	0.116355	30
CC	3	13	20	87	6	26	17	74		23

En las consideraciones respecto a la iniciación temprana de la actividad sexual, en el grupo con intervención y vivencial (BB) el total en la medición basal consideraron que no debiera ser tempranamente. En el grupo control el total con la misma consideración en la medición basal, modificando discretamente en forma desfavorable sus consideraciones.

El 100% en la medición basal del grupo de intervención educativa tiene consideraciones favorables y en la medición post intervención se siguió conservando igual, a diferencia del grupo control, pero sin significancia. Ver tabla 37.

Tabla 37. ¿Consideras que la actividad sexual debe iniciarse a temprana edad?

MEDICIÓN										
BASAL				POST INTERVENCIÓN						
GRUPO	NO		SI		NO	SI	p	TOTAL		
	No.	%	No.	%					No.	%
BB	15	100	0	0	15	100	0	0	0.82723	15
CC	23	100	0	0	22	96	1	4		23
IE	30	100	0	0	30	100	0	0	0.89299	30
CC	23	100	0	0	22	96	1	4		23

En el grupo BB en la basal 8 de cada 10 tienen los conocimientos adecuados como se lleva a cabo el proceso de embarazo, y posterior a la intervención este conocimiento se modifica favorablemente. En el grupo control (CC) este conocimiento en la medición basal supera al grupo de Intervención Educativa y Vivencial (BB) y en la segunda medición se incrementa aun más.

En el grupo con intervención educativa (IE) tenemos que en la medición basal casi el 100% tienen los conocimientos acordes, los que disminuyen en 7 puntos porcentuales en la medición post intervención, quedando por debajo del grupo control. Sin diferencias significativas. Ver tabla 38.



TABLA 38. ¿PARA QUE PUEDA OCURRIR UN EMBARAZO SE REQUIERE?

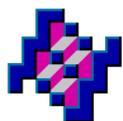
MEDICIÓN										
BASAL				POST INTERVENCIÓN						
GRUPO	Ovulo fecundado por espermatozoi de		Hombre introduzca pene en cualquier orificio/hombre y mujer desnudos		Ovulo fecundado por espermatozoi de	Hombre introduzca pene en cualquier orificio/hombre y mujer desnudos		p	TOTAL	
	No.	%	No.	%		No.	%			
BB	13	87	2	13	14	93	1	7	0.66702	15
CC	21	91	2	9	22	96	1	4		23
IE	29	97	1	3	27	90	3	10	0.80455	30
CC	21	91	2	9	22	96	1	4		23

En la consideración respecto a los conocimientos para evitar un embarazo el comportamiento en el grupo con intervención educativa y vivencial un poco más del 50% por ciento consideraron que no tenían los conocimientos, reduciéndose a la quinta parte después de la intervención. Comportamiento diferente a lo sucedido en el grupo control en el que un poco menos del 50% consideró en la medición basal no tener los conocimientos, y se incrementa al 70% en la segunda medición, con diferencia significativa.

En el grupo sujeto a intervención educativa apenas la tercera parte en la medición basal consideró tener los conocimientos apropiados, incrementándose al 87% en la post intervención, sin diferencia significativa respecto al grupo control. Ver tabla 39.

TABLA 39. ¿CONSIDERAS QUE CUENTAS CON LA INFORMACIÓN SUFICIENTE PARA EVITAR UN EMBARAZO?

MEDICIÓN										
BASAL					POST INTERVENCIÓN					
GRUPO	NO		SI		NO	SI		p	TOTAL	
	No.	%	No.	%		No.	%			
BB	9	60	6	40	3	20	12	80	0.007929	15
CC	10	43	13	57	16	70	7	30		23
IE	9	30	21	70	26	87	4	13	0.2380743	30
CC	10	43	13	57	16	70	7	30		23



En la pregunta sobre la creencia que el retirar el pene de la vagina antes de eyacular evita un embarazo; el grupo de intervención educativa y vivencial (BB) más del 50% tenía creencia errónea en la medición basal, posterior a la intervención solo el 13% continuaba con consideraciones erróneas. En cambio en el grupo control (CC) en el que un poco más del 50% tuvieron creencias erróneas en la medición basal, continuó con el mismo comportamiento en la segunda medición, con diferencias significativas entre un grupo y otro. En el grupo con intervención educativa (IE) en la medición basal el 80% presentaba creencias erróneas, las que se redujeron al 13% en la medición post intervención, con diferencias significativas respecto al grupo control. Ver tabla 40.

TABLA 40. ¿CREES QUE EL RETIRAR EL PENE DE LA VAGINA ANTES DE EYACULAR EVITA UN EMBARAZO?

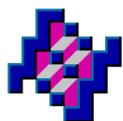
		MEDICIÓN									
		BASAL				POST INTERVENCIÓN					
GRUPO	NO		SI		NO		SI		p	TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			
BB	9	60	6	40	2	13	13	87	0.0049480	15	
CC	15	65	8	35	15	65	8	35		23	
IE	24	80	6	20	4	13	26	87	0.0003006	30	
CC	15	65	8	35	15	65	8	35		23	

En la primera medición sobre el 53% del grupo BB consideró la probabilidad de embarazo en la primera relación sexual, 78% del CC y 83% del IE. Durante la segunda medición reflejó un aumento en los tres grupos sobresaliendo el grupo BB con un 87%; el grupo CC presentó un 83% y el IE un 87%. A pesar del aumento no existió relación significativa entre los grupos. Ver tabla 41.

TABLA 41. ¿CONSIDERAS QUE EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL ES PROBABLE QUE UNA MUJER SE EMBARACE?

		MEDICIÓN									
		BASAL				POST INTERVENCIÓN					
GRUPO	SI	NO/SOLOSÍ DURA MUCHO LA RELACION SEXUAL		NO/SOLOSÍ DURA MUCHO LA RELACION SEXUAL	SI	NO/SOLOSÍ DURA MUCHO LA RELACION SEXUAL		NO/SOLOSÍ DURA MUCHO LA RELACION SEXUAL	p	TOTAL	
		No.	%			No.	%				No.
BB	8	53	7	47	13	87	2	13	0.9046755	15	
CC	18	78	5	22	19	83	4	17		23	
IE	25	83	5	17	26	87	4	13	0.9825193	30	
CC	18	78	5	22	19	86	4	17		23	

La creencia en la medición basal respecto a que la menstruación es protectora para evitar un embarazo en todos los grupos es mínima. El grupo de intervención educativa y vivencial (BB) reflejó una mejoría en sus creencias pasando del 13% al 27% en la post intervención, en cuanto al grupo control (CC) se modificaron del 9% al 13% en la segunda medición, sin presentar una diferencia significativa entre ambos grupos.



Referente al grupo de Intervención Educativa (IE) su percepción sobre este tema mejoró con un notable incremento, y aunque en el grupo control fue menor, no existió significancia estadísticas entre ambos grupos. Ver tabla 42.

TABLA 42. ¿CREE QUE SI UNA MUJER TIENE RELACIONES SEXUALES DURANTE LA MENSTRUACIÓN EVITARA QUE SE EMBARACE?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN					
	NO/SOLO SI LO HACE EN LOS ULTIMOS DIAS		SI		NO/ SOLO SI LO HACE EN LOS ULTIMOS DIAS		SI		p	TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	13	87	2	13	11	73	4	27	0.9319627	15
CC	21	91	2	9	20	87	3	13		23
IE	25	83	5	17	18	60	12	40	0.5281535	30
CC	21	91	2	9	20	87	3	13		23

Durante la medición inicial, en los tres grupos el mayor porcentaje consideraron que la primera relación sexual de una mujer deberá realizarse con quien este asignado como esposo aunque el novio aparece con alguna importancia sobre todo para el CC. En la segunda medición los dos grupos donde se modifica la consideración son en el grupo de intervención educativa (IE) y el de control (CC) donde cerca de la cuarta parte mencionan que la primera relación sexual de una mujer deberá ser con el novio. Ver tabla 43.

TABLA 43. ¿CON QUIÉN CONSIDERAS QUE DEBE REALIZAR SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL UNA MUJER?

MEDICIÓN																	
GRUPO	BASAL								POST INTERVENCIÓN								
	ESPOSO		NOVIO		AMIGOS		DESCONOCIDO		ESPOSO		NOVIO		AMIGOS		DESCONOCIDO		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
BB	14	93	1	7	-	-	-	-	15	100	-	-	-	-	-	-	15
CC	17	74	5	22	-	-	1	4	18	78	5	22	-	-	-	-	23
IE	28	93	2	7	-	-	-	-	25	78	5	22	-	-	-	-	30
CC	17	74	5	22	-	-	1	4	18	78	5	22	-	-	-	-	23

En la primera medición sobre la consideración de quien es la persona con la que el hombre debe realizar su primera relación sexual, 7 de 10 adolescentes del grupo BB asignó el papel protagonista en primer lugar a la esposa, 65% en el CC y 77 en el IE. El segundo lugar la novia con porcentaje menor en los tres grupos. En la segunda medición se presentó un aumento en los porcentajes en todos los grupos continuando la esposa como protagonista principal. Ver tabla 44.

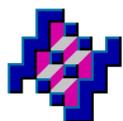


TABLA. 44 ¿CON QUIEN CONSIDERAS QUE DEBE REALIZAR SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL UN HOMBRE?

MEDICIÓN																	
GRUPO	BASAL								POST INTERVENCIÓN								
	ESPOSA		NOVIA		AMIGA		DESCONOCIDA		ESPOSA		NOVIA		AMIGA		DESCONOCIDA		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			
BB	11	73	3	20	1	4	-	-	14	93	1	7	-	-	-	-	
CC	15	65	7	30	-	-	-	-	17	74	5	22	-	-	1	4	23
IE	23	77	6	20	-	-	-	-	26	87	4	13	-	-	-	-	30
CC	15	65	7	30	-	-	-	-	17	74	5	22	-	-	1	4	23

En la primera medición los tres grupos considera apropiado que los jóvenes tengan su primer hijo después de los 19 años; 93% en el grupo BB, 87% en el CC y 90% en el IE. Posterior a la intervención el porcentaje aumenta a 100% en el BB, 96% en el CC y 93% en el IE. A pesar del incremento en ambos grupos la muestra resultó insuficiente como para encontrar diferencias significativas. Ver tabla 45.

TABLA 45. ¿CUAL ES LA EDAD IDEAL PARA QUE LOS JOVENES TENGAN SU PRIMER HIJO?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				p	TOTAL
	DESPUES DE LOS 19 AÑOS		ANTES DE LOS 19 AÑOS		DESPUES DE LOS 19 AÑOS		ANTES DE LOS 19 AÑOS			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	14	93	1	7	15	100	-	-	0.8772399	15
CC	20	87	3	13	22	96	1	4		23
IE	27	90	3	10	28	93	2	7	0.8121868	30
CC	20	87	3	13	22	96	1	4		23

Durante la medición basal el 67% del grupo BB consideró no tener la información suficiente para evitar un embarazo no deseado; 65% el grupo CC y 57% el grupo IE. Posterior a la intervención se redujo este porcentaje en los grupos BB y IE a un 60% y 74% respectivamente; en el grupo CC aumento el porcentaje en un 74%. No existió diferencia significativa entre los grupos BB y CC. Entre los grupos IE y CC si existió diferencia significativa. Ver tabla 46.

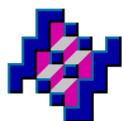


TABLA 46. ¿CONSIDERAS QUE LOS JOVENES TIENEN LA INFORMACION SUFICIENTE PARA EVITAR UN EMBARAZO NO DESEADO?

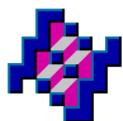
MEDICIÓN										
BASAL					POST INTERVENCIÓN					
GRUPO	NO		SI		NO	SI		p	TOTAL	
	No.	%	No.	%		No.	%			
BB	10	67	5	33	9	60	6	40	0.5858343	15
CC	15	65	8	35	17	74	6	26		23
IE	17	57	13	43	8	27	22	73	0.0017049	30
CC	15	65	8	35	17	74	6	26		23

Los jóvenes obtienen información generalmente sobre su sexualidad en diferentes fuentes. Durante la medición basal, el grupo de intervención educativa y vivencial menciona que son varias, más del 50% son el padre y la madre, cerca del 50% los libros y los maestros respectivamente y una cuarta parte los hermanos. En el grupo control el padre y madre, los libros y los maestros ocupan más del 50% respectivamente, el internet juega un papel importante este grupo con un 22% como fuente de información. Muy similar a este último es el grupo intervención educativa donde se agrega como fuente de mayor porcentaje los amigos, encabezando el listado el papa o mamá, libros, maestros e internet respectivamente. Ver tabla 47.

TABLA 47. ¿DE DONDE OBTIENE GENERALMENTE LOS JOVENES INFORMACIÓN SOBRE SU SEXUALIDAD?

MEDICION BASAL						
	GRUPO BB		GRUPO CC		GRUPO IE	
	No	%	No	%	No.	%
PAPA O MAMA	10	67	14	61	20	67
LIBROS	7	47	15	65	15	50
MAESTROS	6	40	14	61	14	47
HERMANOS	4	27	2	9	2	7
REVISTAS	2	13	1	4	2	7
INTERNET	2	13	5	22	7	23
AMIGOS	1	7	2	9	7	23
DESCONOCIDO	0	-	0		0	
TV	0		3	13	5	17
TOTAL	15	*213	23	*243	30	*240

*el porcentaje fue superior a 100% por tener la posibilidad de contestar mas de una respuesta.



En la segunda medición el grupo BB hay una modificación importante ampliándose las fuentes de información, en donde pasan a tener un papel importante el internet, pero además los medios masivos de comunicación (TV). El internet juega un papel reconocible en todos los grupos. Ver tabla 48.

TABLA 48. ¿DE DONDE OBTIENEN GENERALMENTE LOS JOVENES INFORMACIÓN SOBRE SU SEXUALIDAD?

POST INTERVENCION						
	GRUPO BB		GRUPO CC		GRUPO IE	
	No	%	No	%	No.	%
PAPA O MAMA	8	53	16	70	19	63
LIBROS	3	20	12	52	5	17
MAESTROS	7	47	14	61	11	37
HERMANOS	2	13	0		2	7
REVISTAS	2	13	0		4	13
INTERNET	4	27	7	30	9	30
AMIGOS	2	13	4	17	3	10
DESCONOCIDO	1	7	0		1	3
TV	2	13	1	4	4	13
TOTAL	15	*207	23	*235	30	*193

*EL PORCENTAJE FUE SUPERIOR A 100% POR TENER LA POSIBILIDAD DE CONTESTAR MAS DE UNA RESPUESTA.

Durante la primera medición el 100% de los alumnos que participaron en el grupo BB consideraron que en la escuela se deberían impartir cursos y charlas sobre educación sexual, un 97% de ellos en el grupo IE y en el grupo control un 96%. Observamos en la post intervención que el grupo BB disminuyo su creencia a un 87%, conservándose igual en el grupo IE y aumentando a un 100% en el grupo CC. No se observo diferencia significativa entre el grupo BB y el CC, así como en el grupo IE y CC. Ver tabla 49.

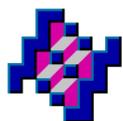


TABLA 49. ¿CREES QUE EN LA ESCUELA SE DEBERIAN IMPARTIR CURSOS Y CHARLAS SOBRE EDUCACION SEXUAL?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				p	TOTAL
	SI		NO/NO ES NECESARIO		SI		NO/NO ES NECESARIO			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	15	100	0	-	13	87	2	13	0.2909506	15
CC	22	96	1	4	23	100	0	-		23
IE	29	97	1	3	29	97	1	3	0.892993	30
CC	22	96	1	4	23	100	0	-		23

Durante la primera medición, el 53% del grupo con intervención educativa y vivencial refiere que son interesantes las platicas o charlas que han recibidos sobre los diferentes temas de sexualidad, 61% el grupo control y 57% el grupo de intervención educativa. En la post intervención este porcentaje se modifica favorablemente en los tres grupos, en 67% en el BB, 87% en el CC y 83% en el IE. Ver tabla 50.

TABLA 50. ¿COMO SON GENERALMENTE LAS PLATICAS O CHARLAS QUE HAS RECIBIDO SOBRE DIFERENTES TEMAS DE SEXUALIDAD?

MEDICIÓN																	
GRUPO	BASAL								POST INTERVENCIÓN								
	INTERESANTES		AMENAS		REALISTAS		ABURRIDAS		INTERESANTES		AMENAS		REALISTAS		ABURRIDAS		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			
BB	10	53	4	27	2	13	0	-	10	67	2	13	3	20	0	-	
CC	14	61	3	13	6	26	0	-	20	87	1	4	2	9	0	-	23
IE	17	57	2	7	4	13	3	10	24	83	2	7	2	7	1	3	30
CC	14	61	3	13	6	26	0	-	20	87	1	4	2	9	0	-	23

Durante la medición basal se observa la creencia que la efectividad de los métodos anticonceptivos depende del método (más del 50%) en todos los grupos. Posterior a la intervención dicho porcentaje permanece sin modificación en el grupo BB, aumentando en el grupo CC y mostrando una disminución en el grupo IE. Ver tabla 51.

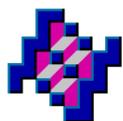


TABLA 51. ¿CREES QUE SON EFECTIVOS LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

MEDICIÓN																	
GRUPO	BASAL								POST INTERVENCIÓN								
	DEPENDE DEL METODO		A VECES		SI		NO		DEPENDE DEL METODO		A VECES		SI		NO		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			
BB	9	60	4	27	2	13	0	-	9	60	3	20	3	20	0	-	
CC	13	57	4	17	6	26	0	-	15	65	2	9	4	17	2	9	23
IE	17	57	5	17	8	27	0	-	10	34	5	17	13	45	1	3	30
CC	13	57	4	17	6	26	0	-	15	65	2	9	4	17	2	9	23

Durante la primera medición un 100% del grupo BB menciona conocer el condón como método de planificación familiar, en segundo lugar los hormonales orales. En el CC el 74% mencionan los hormonales orales y el condón en segundo lugar y el grupo IE el 28% el condón y en segundo lugar el Diu. Posterior a la intervención el conocimiento del condón es desplazado en segundo lugar incorporándose el conocimiento del DIU al primer lugar, en el grupo CC se desplaza el conocimiento de los hormonales orales en segundo lugar ocupando el primer lugar el condón. En el grupo IE continúa el condón en primer lugar, incorporándose los hormonales orales en segundo lugar. Ver tabla 52.

TABLA 52. ¿QUÉ MÉTODOS DE P.F. CONOCES?

MEDICIÓN												
	MEDICION BASAL						POST INTERVENCIÓN					
	GRUPO BB		GRUPO CC		GRUPO IE		GRUPO BB		GRUPO CC		GRUPO IE	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CONDON	15	100	4	17	28	93	0		21	91	29	97
H.ORALES	13	87	17	74	0		10	67	19	83	25	83
DIU	2	13	2	9	5	17	5	33	0		4	13
QUIRURGICO	1	7	3	13	2	7	0		1	4	0	0
IMPLANATE	0		0		0		3	20	2	9	0	
INYECTABLES	0		3	13	3	10	0		2	9	15	50
OTROS	0		0		0		1	7	0		0	
TOTAL	15	*207	23	*126	30	*127	15	*127	23	*196	30	*243

*el porcentaje fue superior a 100% por tener la posibilidad de contestar mas de una respuesta.

En la medición basal el grupo de intervención educativa y vivencia refirió un 40% de respuestas desfavorables sobre el momento en que el condón debe usarse en una relación sexual, 13% el grupo CC y 10% el IE. En la segunda medición dicho porcentaje disminuyo en el grupo BB, se mantuvo sin cambios en el grupo CC y aumento en el grupo IE. Ver tabla 53.

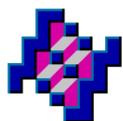


TABLA 53. ¿EN QUE MOMENTO DE LA RELACIÓN SEXUAL EL CONDÓN DEBE DE USARSE?

MEDICIÓN										
BASAL					POST INTERVENCIÓN					
GRUPO	AL INICIO DE UNA RELACION SEXUAL		CUANDO SE VA A EYACULAR/ANTES DE LA ERECCION DEL PENE		p	AL INICIO DE UNA RELACION SEXUAL		CUANDO SE VA A EYACULAR/ANTES DE LA ERECCION DEL PENE		TOTAL
	No.	%	No.	%		No.	%	No.	%	
BB	9	60	6	40	0.9046755	12	80	3	20	15
CC	20	87	3	13		20	87	3	13	23
IE	27	90	3	10	0.7646073	24	80	6	20	30
CC	20	87	3	13		20	87	3	13	23

En la primera medición, todos los grupos consideraron que ambos son los que deben de tomar la iniciativa de usar algún método anticonceptivo, presentando el mayor porcentaje. Durante la segunda medición disminuye el porcentaje en los grupos BB y IE, aumentando en el grupo CC dicho porcentaje. Ver tabla 54.

TABLA 54. QUIEN CONSIDERAS QUE DEBE TOMAR LA INICIATIVA DE USAR ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO.

MEDICIÓN																	
BASAL								POST INTERVENCIÓN									
GRUPO	AMBOS		LA MUJER		EL HOMBRE		CUALQUIERA		AMBOS	LA MUJER		EL HOMBRE		CUALQUIERA	TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		No.	%	No.	%				
BB	11	73	2	13	2	13	0	-	10	67	1	7	3	20	1	7	15
CC	15	65	1	4	2	9	5	22	19	83	0	-	3	13	1	4	23
IE	24	80	1	3	4	13	1	3	19	66	0	-	6	21	4	14	30
CC	15	65	1	4	2	9	5	22	19	83	0	-	3	13	1	4	23

Sobre la creencia de quién sería generalmente el más indicado para informar sobre los métodos anticonceptivos a los jóvenes, la opción los padres presentó el mayor porcentaje en los tres grupos el grupo BB un 93%, el grupo CC un 74% y el IE un 93%. Posterior a la intervención los padres siguen ocupando el mayor porcentaje observando una disminución de éste en el grupo BB con un 87%, el IE con un 86% y conservándose sin cambios el grupo CC. Ver tabla 55.

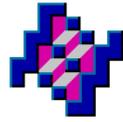


TABLA 55. ¿QUIÉN CREES QUE SERIE EL MAS INDICADO PARA INFORMAR SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS A LOS JÓVENES?

MEDICIÓN																	
GRUPO	BASAL								POST INTERVENCIÓN								
	LOS PADRES		MAESTROS		AMIGO		PAREJA		LOS PADRES		MAESTROS		AMIGO		PAREJA		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			
BB	14	93	1	7	0	-	0	-	13	87	1	7	0	-	1	7	15
CC	17	74	3	13	0	-	3	13	19	83	3	13	0	-	1	4	23
IE	28	93	1	3	0	-	1	3	25	86	2	7	0	-	2	7	30
CC	17	74	3	13	0	-	3	13	19	83	3	13	0	-	1	4	23

El 67% de los participantes del grupo de Intervención educativa y vivencial refieren conocer que existe un lugar en la comunidad donde informen sobre el uso de métodos anticonceptivos durante la primera medición y un 74% de los participantes del grupo control; el grupo con intervención educativa refiere un 67%. Posterior a la intervención aumenta considerablemente el conocimiento en el grupo con intervención educativa y vivencial a un 100%; el grupo CC un 96% y un 93% el grupo con intervención educativa. No existió diferencia significativa entre el grupo BB y CC; ni entre el grupo IE y CC. Ver tabla 56.

TABLA 56. ¿CONOCES SI EXISTE UN LUGAR EN TU COMUNIDAD DONDE INFORMEN SOBRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				p	TOTAL
	SI		NO		SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	10	67	5	33	15	100	0	-	0.8272394	15
CC	17	74	6	26	22	96	1	4		23
IE	20	67	10	33	27	93	2	7	0.8358042	30
CC	17	74	6	26	22	96	1	4		23

Todos los grupos durante la primera medición consideran que es necesario exigir condón en una relación sexual, dicha aseveración se incrementó aún de manera favorable en todos los grupos en la segunda medición. A pesar de esto no existió significación estadística. Ver tabla 57.

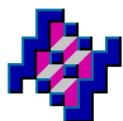


TABLA 57. ¿CONSIDERAS QUE ES NECESARIO EXIGIR EL USO DE CONDÓN EN UNA RELACIÓN SEXUAL?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				TOTAL	
	SI		NO/DEPENDE DE LA PERSONA		SI		NO/DEPENDE DE LA PERSONA			p
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	13	87	5	13	14	93	1	7	0.66702	15
CC	19	83	4	17	22	96	1	4		23
IE	23	79	6	21	29	97	1	3	0.592569	30
CC	19	83	4	17	22	96	1	4		23

Durante la primera medición el 87% de los participantes del grupo BB refirieron no llevar a cabo una relación sexual casual si no tienen condón, el grupo CC y el IE 83% respectivamente.

Durante la post intervención se incrementa dicho porcentaje en los tres grupos, presentando un 100% en el grupo BB, un 87% en el grupo CC y un 100% en el grupo IE. No existió diferencia significativa entre los grupos BB y CC y los grupos IE y CC. Ver tabla 58.

TABLA 58. ¿SI TUVIERAS OPORTUNIDAD DE TENER UNA RELACIÓN SEXUAL CASUAL PERO NO TIENES CONDÓN, LO HARÍAS?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				TOTAL	
	NO		SOLO SI LA PERSONA SE VE SANA		NO		SOLO SI LA PERSONA SE VE SANA			p
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	13	87	2	13	15	100	0	-	0.3997349	15
CC	19	83	4	17	20	87	3	13		23
IE	25	83	5	17	30	100	0	-	0.1507324	30
CC	19	83	4	17	20	100	3	13		23

Sobre la disposición de usar el condón en una relación sexual, los grupos se comportaron de la siguiente manera. El 93% del grupo BB refirieron si estar dispuestos, el CC el 91% y el IE el 87%. Posterior a la intervención dicho porcentaje mostró un disminución del 87% en el grupo BB, en el CC un 78% y el grupo IE un 93%. Ver tabla 59.

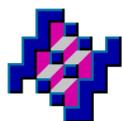


TABLA 59. ¿ESTARÍAS DISPUESTO A USAR EL CONDÓN, SI LA PERSONA CON QUIÉN VAS A TENER UNA RELACIÓN SEXUAL TE PIDIESE QUE LO USARAS?

MEDICIÓN										
BASAL					POST INTERVENCIÓN					
GRUPO	SI		NO		p	TOTAL	SI		NO	
	No.	%	No.	%			No.	%	No.	%
BB	14	93	1	7	0.82174	15	13	87	2	13
CC	21	91	2	9			18	78	5	22
IE	26	87	4	13	0.23131	30	28	93	2	7
CC	21	91	2	9			18	78	5	22

Durante la primera medición los alumnos participantes en los tres grupos tenían el conocimiento correcto sobre que es una infección de transmisión sexual. En la segunda medición se modifica de manera favorable en el grupo IE, sin modificación en el grupo BB y en el grupo CC se observa una disminución desfavorable del porcentaje. Ver tabla 60.

TABLA 60. ¿QUÉ CREES QUE ES UNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

MEDICIÓN										
BASAL					POST INTERVENCIÓN					
GRUPO	ENFERMEDAD QUE SE CONTRAE POR RELACIONES SEXUALES		ENFERMEDAD QUE SE CONTRAE POR PICADURA DE MOSQUITO/ ENFERMEDAD QUE SE CONTRAE POR COMER COMIDA CONTAMINADA		p	TOTAL	ENFERMEDAD QUE SE CONTRAE POR RELACIONES SEXUALES		ENFERMEDAD QUE SE CONTRAE POR PICADURA DE MOSQUITO/ ENFERMEDAD QUE SE CONTRAE POR COMER COMIDA CONTAMINADA	
	No.	%	No.	%			No.	%	No.	%
BB	15	100	0	-	0.827239	23	15	100	0	-
CC	23	100	0	-			22	96	1	4
IE	29	97	1	3	0.892993	30	30	100	0	-
CC	23	100	0	-			22	100	1	4

Durante la primera medición el 40% de los jóvenes del grupo BB contestaron que una medida para prevenir una infección de transmisión sexual es evitando las relaciones sexuales, 40% usando condón, 13% con fidelidad; en el grupo CC 30%, 65% y 4% respectivamente. En el caso del grupo IE con un 23% refirieron no teniendo relaciones, 77% usando condón, en la opción de fidelidad ningún participante la eligió. Durante la segunda medición el grupo BB aumenta su creencia en que el uso de condón es una manera de prevenir una ITS pasando del 40% inicial al 87%, el grupo CC conservo el mismo porcentaje; en lo que respecta al grupo IE aumenta el porcentaje para llegar a un 80%. No existe diferencia significativa en ambos grupos. Ver tabla 61.



TABLA 61. ¿COMO CREES QUE LOS JOVENES PUEDEN PREVENIR UNA INFECCION TRANSMISIÓN SEXUAL?

MEDICIÓN										
BASAL									POST INTERVENCIÓN	
GRUPO	NO TENIENDO RELACIONES SEXUALES		USANDO CONDÓN		FIDELIDAD		LO DESCONOZCO		Valor de p	TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	6	40	6	40	2	13	1	7	0.27533	15
CC	7	30	15	65	1	4	0	-		23
IE	7	23	23	77	0	-	0	-	0.37052	30
CC	7	30	15	65	1	4	0	-		23

Durante la medición basal, los adolescentes en los tres grupos conocen la forma de protegerte de una ITS, siendo inclusive más baja la percepción en los grupos de intervención educativa y vivencial (BB) y en el grupo de intervención educativa (IE) presentando un 87% respectivamente y que comparado con el grupo control (CC) donde el 100% de ellos mencionan el uso del condón. Existe mejoría en el grupo BB hasta lograr un 100% en la segunda medición así como el mismo porcentaje para el grupo control (CC), no existiendo diferencia significativa entre ambos.

También en el grupo de intervención educativa existe una mejoría posterior a la intervención de 10 puntos porcentuales logrando que el 97% de los adolescentes consideren el uso de condón como un medio de protección contra las ITS, conservándose el grupo control sin modificaciones con el 100%, entre ambos no existe diferencia significativa. Ver tabla 62.

TABLA 62. ¿SI TUVIERAS QUE PROTEGERTE DE UNA ITS COMO LO HARÍAS?

MEDICIÓN														
BASAL							POST INTERVENCIÓN							
GRUPO	USO DE CONDÓN		QUE RETIRE EL PENE RAPIDAMENTE		LO DESCONOZCO		USO DE CONDÓN	QUE RETIRE EL PENE RAPIDAMENTE		LO DESCONOZCO	p	TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%		No.	%				No.	%
BB	13	87	0	-	2	13	15	100	0	-	0	-	15	
CC	23	100	0	-	0	-	23	100	0	-	0	-	23	
IE	26	87	1	3	3	10	29	97	1	3	0	-	0.8929931	30
CC	23	100	0	-	0	-	23	100	0	-	0	-	23	

Sobre el conocimiento si alguno de sus amigos o amigas se han contagiado de una infección de transmisión sexual durante la primera medición los adolescentes del grupo BB refirieron no conocer si alguno de sus amigos ha pasado por dicha situación, el grupo CC el 96% y el IE un 90%.



Durante la medición de la post intervención el grupo BB y CC sostienen su postura; mas sin embargo el grupo IE aumenta su porcentaje 10 puntos porcentuales. Sin diferencia significativa entre los grupos. Ver tabla 63.

TABLA 63. ¿SE HA CONTAGIADO DE UNA ITS ALGUNO DE TUS AMIGOS O AMIGAS?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				TOTAL	
	NO/LO DESCONOZCO		SI		NO/LO DESCONOZCO		SI			p
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	15	100	0	-	15	100	0	-	0.8272394	15
CC	22	96	1	4	22	96	1	4		23
IE	27	90	3	10	30	100	0	-	0.8929931	30
CC	22	96	1	4	22	100	1	4		23

Al iniciar la intervención el 73% del grupo de intervención educativa y vivencial están de acuerdo con su apariencia física; 86% del grupo control y 67% del grupo de intervención educativa. Posterior a la intervención, sr presento un incremento en todos los grupos, siendo más elevado en el grupo BB y modificándose a un 93%, en el grupo control un 87% y en el IE un 83%. Entre los grupos no existe diferencia significativa. Ver tabla 64.

TABLA 64. ¿ESTÁS DE ACUERDO CON TU APARIENCIA FISICA?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				TOTAL	
	SI		NO		SI		NO			p
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	11	73	4	27	14	93	1	7	0.9319627	15
CC	19	86	4	18	20	87	3	13		23
IE	20	67	10	33	25	83	5	17	0.9825193	30
CC	19	86	4	18	20	87	3	13		23

Durante la medición basal, el 53% de los participantes del grupo BB señalan que si pudieran cambiar su apariencia física lo harían; un 65% el grupo CC y el 47% el grupo IE. Al realizarse la segunda medición se observa una modificación en aumento en el porcentaje; en el grupo BB aumenta 14 puntos porcentuales, el grupo CC 5 puntos porcentuales y el grupo IE 13 puntos porcentuales. Entre los grupos BB y CC; así como entre el grupo IE y CC no existe diferencia significativa. Ver tabla 65.

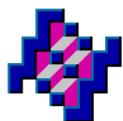


TABLA 65. ¿SI PUDIERAS CAMBIAR TU APARIENCIA FÍSICA LO HARÍAS?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				p	TOTAL
	NO		SI		NO		SI			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	8	53	7	47	10	67	5	33	0.8657168	15
CC	15	65	8	35	16	70	7	30		23
IE	14	47	16	53	18	60	12	40	0.6666726	30
CC	15	65	8	35	16	70	7	30		23

Durante la primera medición el 73% de los participantes del grupo BB se consideran más feliz que los demás; 74% en el grupo CC y 90% en el grupo IE. Se realizó la segunda medición modificándose favorablemente estas cifras a 80% al grupo BB; 96% el grupo CC y 97% el grupo IE. No existe diferencia significativa entre los grupos IE y CC. Ver tabla 66.

TABLA 66. ¿TE CONSIDERAS MÁS FELIZ O MENOS FELIZ QUE LOS DÉMAS?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				p	TOTAL
	MAS FELIZ		MENOS FELIZ		MAS FELIZ		MENOS FELIZ			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	11	73	4	27	12	80	3	20	0.3192262	15
CC	17	74	6	26	22	96	1	4		23
IE	27	90	3	10	29	97	1	3	0.5925697	30
CC	17	74	6	26	22	96	1	4		23

El significado del noviazgo en los grupos participantes fue como se describe a continuación: en la primera medición el grupo BB señala con un 67% al noviazgo como una forma de relación social y como segunda opción con un 33% como un paso para llegar al matrimonio; el grupo CC presentó 43% en ambas opciones respectivamente; en el grupo IE 57% y 33%. En la post intervención el grupo BB se conserva sin cambio, el grupo CC un 52% y 43% para la primera y segunda opción. En el caso del grupo IE se modifica a 53% y 40% respectivamente. Ver tabla 67.

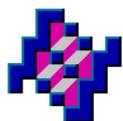


TABLA 67. ¿QUÉ SIGNIFICA PARA TÍ EL NOVIASGO?

MEDICIÓN																	
GRUPO	BASAL								POST INTERVENCIÓN								
	UNA FORMA DE RELACIONARME SOCIALMENTE		UN PASO PARA LLEGAR AL MATRIMONIO		UNA FORMA PARA TENER UN HIJO SIN CASARSE		UN MEDIO PARA TENER RELACIONES SEXUALES		UNA FORMA DE RELACIONARME SOCIALMENTE		UN PASO PARA LLEGAR AL MATRIMONIO		UNA FORMA PARA TENER UN HIJO SIN CASARSE		UN MEDIO PARA TENER RELACIONES SEXUALES		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
BB	10	67	5	33	0	-	0	-	10	67	5	33	0	-	0	-	
CC	10	43	10	43	2	9	1	4	12	52	10	43	1	4	0	-	23
IE	17	57	10	33	2	7	1	3	16	53	12	40	1	3	1	3	30
CC	10	43	10	43	2	9	1	4	12	52	10	43	1	4	0	-	23

Se observa que al menos el 46% de los adolescentes participantes en la primera medición del grupo de intervención educativa y vivencial han intercambiado de manera frecuente u ocasional besos y/o caricias con su pareja; 60% del grupo control; y 50% del grupo de intervención educativa. Posterior a la intervención los porcentajes bajan a un 27% en el grupo BB; 56% del grupo CC; con leve aumento en el grupo de intervención educativa de un 63%. Ver tabla 68.

TABLA 68. ¿ALGUNA VEZ HAS INTERCAMBIADO BESOS Y/O CARICIAS CON TU PAREJA, NOVIO, ETC.?

MEDICIÓN																	
GRUPO	BASAL								POST INTERVENCIÓN								
	NO TENGO NOVIO		RARA VEZ		NUNCA		MUY FRECUENTEMENTE		NO TENGO NOVIO		RARA VEZ		NUNCA		MUY FRECUENTEMENTE		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
BB	6	40	5	33	2	13	2	13	6	40	4	27	5	33	0	-	
CC	7	30	10	43	2	9	4	17	4	17	9	39	6	26	4	17	23
IE	9	30	12	40	6	20	3	10	6	20	13	43	8	27	3	20	30
CC	7	30	10	43	2	9	4	17	4	17	9	39	6	26	4	17	23

Durante la medición basal 9 de cada 10 de los adolescentes participantes en el grupo BB tienen la creencia de que no se debe mantener relaciones sexuales para reforzar un noviazgo; 7 de cada 10 en el grupo CC y 6 de cada 10 en el grupo de IE. En la segunda medición dicho porcentaje se eleva satisfactoriamente en todos los grupos alcanzando el 100% de los participantes en el grupo de intervención educativa y vivencial, el 83% del grupo control y 97% del grupo de intervención educativa. Ver tabla 69.

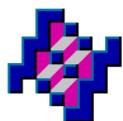


TABLA 69. ¿CREÉS QUE LOS JOVENES QUE HAN TENIDO NOVIO/A POR MUCHO TIEMPO DEBEN MANTENER RELACIONES SEXUALES PARA REFORZAR SU NOVIAZGO?

MEDICIÓN																	
GRUPO	BASAL								POST INTERVENCIÓN								
	NO		SI		SOLO SI LA PAREJA TE LO PIDE		SOLO SI PELIGRA EL NOVIAZGO		NO		SI		SOLO SI LA PAREJA TE LO PIDE		SOLO SI PELIGRA EL NOVIAZGO		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			
BB	14	93	1	7	0	-	0	-	15	100	0	-	0	-	0	-	
CC	17	74	0	-	5	22	1	4	19	83	1	4	3	13	0	-	23
IE	19	63	3	10	8	27	0	-	29	97	1	3	0	-	0	-	30
CC	17	74	0	-	5	22	1	4	19	83	1	4	0	-	0	-	23

Sobre el cuestionamiento durante la medición basal sobre el consumo de bebidas embriagantes por algún integrante en la familia de los participantes, el grupo BB señaló que es positivo un 60%, el grupo CC un 39% y el grupo IE un 43%. Es importante señalar que durante la segunda medición mostró una disminución del porcentaje en todos los grupos hasta de 20 puntos porcentuales en el grupo BB; 9 puntos en el grupo CC y 19 puntos en el grupo IE. No se observó significancia estadística entre los grupos. Ver tabla 70.

TABLA 70. ¿ALGUNA PERSONA QUE VIVE EN TU CASA CONSUME BEBIDAS EMBRIAGANTES?

MEDICIÓN														
GRUPO	BASAL						POST INTERVENCIÓN						p	TOTAL
	SI		NO		LO DESCONOZCO		SI		NO		LO DESCONOZCO			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	9	60	6	40	0	0	6	40	9	60	0	-	0.7749655	15
CC	9	39	13	57	1	4	7	30	14	61	2	9		23
IE	13	43	15	50	2	7	7	23	23	77	0	-	0.3473523	30
CC	9	39	13	57	1	4	7	30	14	61	2	9		23

El 60% de los adolescentes participantes en el grupo BB refieren la creencia que el consumo de bebidas embriagantes provoca que puedan tener relaciones sexuales sin planearlos durante la primera medición; 39% en el grupo control y 43% del grupo con intervención educativa. Posterior a la intervención, la segunda medición reflejó una disminución del porcentaje en todos los grupos. No existe diferencia significativa entre los grupos. Ver tabla 71.

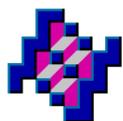


TABLA 71. ¿CREÉS QUE EL CONSUMO DE CUALQUIER BEBIDA EMBRIAGANTE PROVOCA QUE PUEDAS TENER RELACIONES SEXUALES SIN PLANEARLO?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				TOTAL	
	SI		NO		SI		NO			p
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	9	60	6	40	6	40	9	60	0.7749655	15
CC	9	39	13	57	7	30	14	61		23
IE	13	43	15	50	7	23	23	77	0.3473523	30
CC	9	39	13	57	7	30	14	61		23

Uno de cada 3 participantes del grupo BB refiere la convivencia con algún joven maltratado por un familiar durante la medición basal; en el caso del grupo CC también fue uno de cada 3 y en el caso del grupo de intervención educativa fue uno de cada 10. Posterior a la intervención, el grupo BB disminuye su porcentaje a 2 de cada 10; el grupo CC sin modificaciones al igual que el grupo IE. No se existe diferencia significativa entre los grupos BB y CC y los grupos IE y CC. Ver tabla 72.

TABLA 72. ¿SABES DE ALGUN JOVEN CON LOS QUE CONVIVES QUE HAYA SIDO MALTRATADO POR SU FAMILIA?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				TOTAL	
	NO		SI		NO		SI			p
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	10	67	5	33	11	73	4	27	0.9080123	15
CC	15	65	8	35	16	70	7	30		23
IE	25	83	5	17	25	83	5	17	0.3920549	30
CC	15	65	8	35	16	70	7	30		23

En la primera medición el 100% de los adolescentes del grupo BB señalan que no debe ser humillada por su pareja una mujer, 96% del grupo CC y el 100% del grupo con IE. En la segunda medición todos los grupos se comportan igual sin ningún cambio. No existe significancia estadística entre grupos. Ver tabla 73.

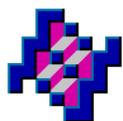


TABLA 73. ¿CREÉS QUE UNA MUJER DEBE SER HUMILLADA POR SU PAREJA SI TUVO LA CULPA DE PROVOCAR SU IRA?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				p	TOTAL
	NO		SI		NO		SI			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	15	100	0	-	15	100	0	-	0.8272394	15
CC	22	96	1	4	22	96	1	4		23
IE	30	100	0	-	30	100	0	-	0.8929931	30
CC	22	96	1	4	22	96	1	4		23

Durante la primera medición el 13% del grupo BB menciona que a alguna de sus amigas fue insultada, humillada por su pareja, en el grupo control el 30% y 23% en el grupo IE. Durante la segunda medición disminuye el porcentaje en todos los grupos, a 7% en el grupo BB; un 22% en el grupo control y un 10% en el grupo con intervención educativa. Ver tabla 74.

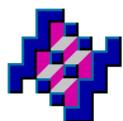
TABLA 74. ¿ALGUNA VEZ LA PREJA DE ALGUNA DE TUS AMIGAS LA HAN INSULTADO, HUMILLADO?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				p	TOTAL
	NO		SI		NO		SI			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	13	87	2	13	13	93	1	7	0.4787143	15
CC	16	70	7	30	18	78	5	22		23
IE	23	77	7	23	27	90	3	10	0.4259835	30
CC	16	70	7	30	18	78	5	22		23

En la primera medición, 4 de cada 10 participantes del grupo BB y del IE dedican de 1 a 3 horas a platicar con sus padres durante la medición basal; cerca de 4 de 10 en el grupo CC. En la post evaluación dicho porcentaje disminuye levemente en el grupo BB, aumenta en el grupo control y en el grupo de IE. Ver tabla 75.

TABLA 75. ¿CUANTAS HORAS AL DIA DEDICAS A PLATICAR CON TUS PADRES?

MEDICIÓN																	
GRUPO	BASAL								POST INTERVENCIÓN								
	Nunca lo hago		Rara vez lo hago		Menos de una hora		De una a tres horas		Nunca lo hago		Rara vez lo hago		Menos de una hora		De una a tres horas		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
BB	0	-	5	33	4	27	6	40	0	-	2	14	7	50	5	36	
CC	1	4	9	39	4	17	9	39	1	4	9	39	3	13	10	43	23
IE	3	10	8	27	7	23	12	40	0	-	6	20	10	33	14	47	30
CC	3	10	8	27	7	23	12	40	1	4	9	39	3	13	10	43	23



El 27% de los participantes del grupo BB en la primera medición mencionan no tener problemas de comunicación con los padres, un 57% el grupo CC y un 40% el grupo IE. En la segunda medición este porcentaje se modifica favorablemente en el grupo BB alcanzando un 57%, en el grupo IE un 67%; en el caso del grupo CC queda sin modificaciones. Ver tabla 76.

TABLA 76. ¿CONSIDERAS QUE TIENES PROBLEMAS DE COMUNICACION CON TUS PADRES?

MEDICIÓN													
GRUPO	BASAL						POST INTERVENCIÓN						
	SI		A VECES		NO		SI		A VECES		NO		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
BB	2	13	9	60	4	27	2	14	4	29	8	57	15
CC	3	13	7	30	13	57	1	4	9	39	13	57	23
IE	2	7	16	53	12	40	1	3	9	30	20	67	30
CC	3	13	7	30	13	57	1	4	9	39	13	57	23

Sobre la consideración de la falta de comunicación con sus padres, el 13% del grupo BB presenta al inicio de la intervención carencia de comunicación inmediata, abierta y clara; el 13% del grupo CC y el 10% del grupo IE. Durante la segunda medición este porcentaje disminuyó favorablemente un 7% en los participantes del grupo BB, se mantuvo sin cambios en el grupo CC y se incrementó desfavorablemente en el grupo IE. Ver tabla 77.

TABLA 77. ¿CUANDO TIENES UN PROBLEMA, LA COMUNICACION CON TUS PADRES ES INMEDIATA, ABIERTA Y CLARA?

MEDICIÓN													
GRUPO	BASAL						POST INTERVENCIÓN						
	SI		A VECES		NO		SI		A VECES		NO		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
BB	2	13	11	73	2	13	1	7	10	71	3	21	15
CC	3	13	8	35	12	52	3	13	8	35	12	52	23
IE	3	10	16	53	11	37	4	13	16	53	10	33	30
CC	3	13	8	35	12	52	3	13	8	35	12	52	23

En la primera medición la referencia de pláticas sobre sexualidad en el hogar, en el grupo BB el 80% refirió que solo a veces o nunca, en el CC 69% y en el IC el 53%. En la medición post intervención se modifica desfavorablemente esta situación en los tres grupos, incrementándose a un 85% en el grupo BB, al 78% en el CC y 74% en el IE. No existe diferencia significativa entre el grupo BB y CC y entre el IE y CC. Ver tabla 78.

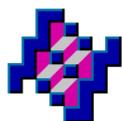


TABLA 78. ¿EN TU CASA SE PLATICA SOBRE SEXUALIDAD?

MEDICIÓN														
GRUPO	BASAL						POST INTERVENCIÓN						p	TOTAL
	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		SIEMPRE		A VECES		NUNCA			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	3	20	10	67	2	13	2	14	9	64	3	21	0.8217495	15
CC	7	30	12	52	4	17	5	22	12	52	6	26		23
IE	14	47	15	50	1	3	8	27	20	67	2	7	0.9273707	30
CC	7	30	12	52	4	17	5	22	12	52	6	26		23

En la medición basal respecto a los temas sobre los cuales platican los jóvenes, se identifico lo siguiente: en el grupo BB en el 60% sobre embarazo, sexo/sexualidad el 60%, problemas de la vida diaria 53% y noviazgo 33%. En cambio en el grupo CC el 35% de ellos hablan sobre problemas de la vida diaria, el 30% sobre el tema de noviazgo y el 17% sobre música, tv y cine; en el caso del grupo IE su tema principal son los problemas de la vida diaria un 30%, en segundo lugar el 27% sobre noviazgo y 20% sobre sexo/sexualidad. Ver tabla 79.

TABLA 79. ¿SOBRE QUÉ TEMAS PLATICAN LOS JÓVENES?

MEDICIÓN						
	GRUPO BB	%	GRUPO CC	%	GRUPO IE	%
ALCOHOL	0		0		0	
AMIGOS	0		0		2	7
AUTOS	0		0		0	
CHICAS/CHICOS	0		2	9	2	7
COSAS GRACIOSAS	0		0		1	3
DEPORTES	1	7	2	9	2	7
EMBARAZO	9	60	0		1	3
ESCUELA	1	7	2	9	1	3
ETS	0		0		1	3
FIESTA	0		1	4	0	
HOGAR/FAMILIA	2	13	0		1	3
MODA	0		1	4	0	
MUSICA/TV/CINE	2	13	4	17	1	3
MUSICA/TV/CINE	0		1	4	2	7
NOVIOS/NOVIASGO	5	33	7	30	8	27
PAREJA	0		0		0	
PLANIF. FAMILIAR	0		0		1	3
PROBLEMAS/VIDA DIARIA	8	53	8	35	9	30
SEXO/SEXUALIDAD	9	60	3	13	6	20
TAREAS	2	13	0		0	
TEMA ALEATORIO/TOPICOS GENERALES	1	7	3	13	0	
TOTAL	15	*267	23	*148	30	127



En la segunda medición, en el grupo BB la problemática de la vida diaria pasa del segundo al primer lugar y se incorpora al segundo lugar el tema de chico/chicas; en el grupo CC continúa en primer lugar los problemas de la vida diaria y en segundo el noviazgo, para el grupo IE queda en primer lugar los problemas de la vida diaria y se incorpora en segundo el tema de las ITS. Ver tabla 80.

TABLA 80. ¿SOBRE QUÉ TEMAS PLATICAN LOS JÓVENES?

POST-INTERVENCIÓN						
	GRUPO BB	%	GRUPO CC	%	GRUPO IE	%
ALCOHOL	0		0		0	
AMIGOS	1	7	0		1	3
AUTOS	0		0		2	7
CHICAS/CHICOS	2	13	1	4	4	13
COSAS GRACIOSAS	0		0		1	3
DEPORTES	0		0		2	7
EMBARAZO	0		0		0	
ESCUELA	0		4	17	2	7
ETS	0		2	9	5	17
FIESTA	0		0		0	
HOGAR/FAMILIA	0		1	4	3	10
MODA	0		0		0	
MUSICA/TV/CINE	0		3	13	3	10
MUSICA/TV/CINE	0		0		0	
NOVIOS/NOVIASGO	1	7	6	26	2	7
PAREJA	0		0		2	7
PLANIF. FAMILIAR	0		0		0	
PROBLEMAS/VIDA DIARIA	7	47	8	35	6	20
SEXO/SEXUALIDAD	0		2	9	2	7
TAREAS	0		0		0	
TEMA ALEATORIO/TEMAS GENERALES	0		1	4	1	3
TOTAL	15	73	23	122	30	120

Sobre la consideración de la persona de la familia más indicada para hablar sobre sexualidad, en la primera medición, los chicos de los tres grupos refieren que la madre. del grupo BB refieren que la madre. En la segunda medición este personaje continuó con los mayores porcentaje en los tres grupos de edad. Ver tabla 81.

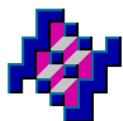


TABLA 81. ¿QUIÉN SERIA LA PERSONA DE LA FAMILIA MAS INDICADA PARA HABLAR DE SEXUALIDAD?

MEDICIÓN														
GRUPO	BASAL						POST INTERVENCIÓN							
	MADRE		PADRE		HERMANOS		MADRE		PADRE		HERMANOS		p	TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	12	80	2	13	1	7	14	93	0	-	1	7	0.422956	15
CC	18	78	4	17	1	4	18	78	5	22	0	-		23
IE	17	57	10	33	3	10	22	73	5	17	3	10	0.927370	30
CC	18	78	4	17	1	4	18	78	5	22	0	-		23

En la primera medición el personaje que los participantes de los tres grupos consideran que es la persona con quien consideran más difícil comunicarse es el padre, 60% en el grupo BB, 52% en el grupo CC y un 47% en el grupo de IE.

En la segunda medición ese porcentaje disminuyó en dos grupos 64% en el grupo BB, 43% en el grupo CC; mientras 7% en el grupo IE. Ver tabla 82.

TABLA 82. ¿CON QUIEN CREES QUE ES MAS DIFICIL COMUNICARTE?

MEDICIÓN																					
GRUPO	BASAL										POST INTERVENCIÓN										
	PADRE		MADRE		HERMANOS		AMIGOS		MAESTROS		PADRE		MADRE		HERMANOS		AMIGOS		MAESTROS		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
BB	9	60	1	7	1	7	1	7	3	20	9	64	1	7	1	7	0	0	3	21	15
CC	12	52	1	9	5	22	2	9	2	9	10	43	3	13	5	22	2	9	3	13	23
IE	14	47	5	17	4	13	2	7	5	17	14	7	12	40	2	7	0	0	2	7	30
CC	12	52	1	9	5	22	2	9	2	9	10	43	3	13	5	22	2	9	3	13	23

En la primera medición los jóvenes refirieron sentirse presionados por los amigos para que inicien una relación sexual, 60% del grupo BB, 65% del CC y 44% del IE. Posterior a la intervención, el porcentaje aumenta en los tres grupos a 80% del grupo BB, 91% del grupo CC y 66 % del IE. Aumento que no alcanza la diferencia significativa entre los grupos. Ver tabla 83.

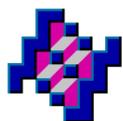


TABLA 83. ¿CREES QUE LOS JOVENES SON PRESIONADOS POR LOS AMIGOS PARA QUE INICIEN UNA RELACIÓN SEXUAL?

MEDICIÓN														
GRUPO	BASAL						POST INTERVENCIÓN							
	NUNCA		A VECES		SI		NUNCA		A VECES		SI		p	TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	6	40	6	40	3	20	3	20	9	60	3	20	0.6053392	15
CC	8	35	12	52	3	13	2	9	11	48	10	43		23
IE	17	57	8	27	5	17	10	33	13	43	7	23	0.0729713	30
CC	8	35	12	52	3	13	2	9	11	48	10	43		23

La persona que mas presiona a los jóvenes para que eviten tener relaciones sexuales en la primera medición en los tres grupos fue la madre; 87% en el grupo BB, 78% en el grupo CC y 77% en el grupo IE. Presión que es reconocida en la post evaluación en los tres grupos, reduciéndose el porcentaje de su participación. No existe diferencia significativa entre los grupos BB y CC y en el grupo IE y CC. Ver tabla 84.

TABLA 84. ¿QUIÉN CREES QUE ES LA PERSONA QUE PRESIONA MAS A LOS JÓVENES PARA QUE EVITEN TENER RELACIONES SEXUALES?

MEDICIÓN																	
GRUPO	BASAL								POST INTERVENCIÓN								
	MADRE		PADRE		AMIGOS		MAESTROS		MADRE		PADRE		AMIGOS		MAESTROS		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
BB	13	87	2	7	1	7	0	0	9	64	1	7	4	29	0	0	15
CC	18	78	2	9	2	9	1	4	17	74	2	9	3	13	1	4	23
IE	23	77	0	0	6	20	1	3	16	53	4	13	10	33	0	0	30
CC	18	78	2	9	2	9	1	4	17	74	2	9	3	13	1	4	23

En la medición basal el 33% del grupo BB refirieron que la mujer es la responsable de usar métodos anticonceptivos para no resultar embarazada y evitar la deshonra de la familia, en el grupo CC el 9% y en el grupo IE el 17%. Posterior a la intervención el porcentaje en el grupo BB se reduce a 13%, quedando sin modificaciones en los grupos CC y IE. Reducción que no alcanza diferencia significativa entre los grupos. Ver tabla 85.

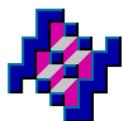


TABLA 85. ¿CONSIDERAS QUE LA MUJER ES LA RESPONSABILIDAD DE USAR METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA NO RESULTAR EMBARAZADA Y EVITAR LA DESHONRA DE LA FAMILIA?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				p	TOTAL
	SI		NO		SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	5	33	10	67	2	13	13	87	0.9319627	15
CC	2	9	21	91	2	9	21	91		23
IE	5	17	25	83	5	17	25	83	0.6598067	30
CC	2	9	21	91	2	9	21	91		23

El desconocimiento sobre programas de apoyo al adolescente en el área reproductiva, en la medición basal, en el grupo BB fue de 47%, en el CC de 13% y en el grupo IE de 50%. Posterior a la intervención dicho porcentaje disminuyó tanto en el grupo BB y en el grupo IE a un 7% y 20% respectivamente, desconocimiento que se incremento en el grupo CC a un 26%. Ver tabla 86.

TABLA 86. ¿CONOCES SI EXISTE PROGRAMAS EN APOYO AL ADOLESCENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA REPRODUCTIVO?

MEDICIÓN										
GRUPO	BASAL				POST INTERVENCIÓN				p	TOTAL
	SI		NO		SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	8	53	7	47	13	93	1	7	0.3457786	15
CC	20	87	3	13	17	74	6	26		23
IE	15	50	15	50	24	80	6	20	0.3464342	30
CC	20	87	3	13	17	74	6	26		23

En la primera medición, el 47% de los adolescentes del grupo BB consideraron que no existía impedimento para acudir al centro de salud a solicitar condones u otro método de planificación; el 70% en el grupo CC y un 60% en el grupo IE. Posterior a la intervención estos porcentajes aumentaron en los tres grupos, a un 71% en el grupo BB, a un 78% en el grupo CC y a un 57% en el grupo IE. Incremento que no alcanzo diferencia significativa entre los tres grupos estudiados. Ver tabla 87.

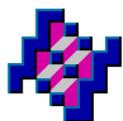
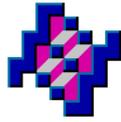


TABLA 87. ¿CONSIDERAS QUE NO HAY IMPEDIMIENTO PARA ACUDIR AL CENTRO DE SALUD A SOLICITAR CONDONES O ALGÚN OTRO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

MEDICIÓN														
GRUPO	BASAL						POST INTERVENCIÓN							
	NO		A VECES		SI		NO		A VECES		SI		p	TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
BB	7	47	6	40	2	13	11	73	2	13	2	14	0.9672225	15
CC	16	70	2	9	5	22	18	78	3	13	2	9		23
IE	18	60	4	13	8	27	17	57	2	7	11	37	0.1761737	30
CC	16	70	2	9	5	22	18	78	3	13	2	9		23



Discusión y Análisis

En distintos trabajos se ha demostrado que la información que reciben los adolescentes sobre su cuerpo, su sexualidad y los métodos anticonceptivos es escasa, confusa y distorsionada³⁷

La realidad que se muestra en estos planteamientos es la que se identificó en el diagnóstico en la población adolescente de la localidad de Gómez Farías, Jalisco.

Lo que se modifica en este contexto a través de la intervención llevada a cabo y sustentada en el empoderamiento, mediante procesos que permiten el reconocimiento de la situación individual de la realidad, la reflexión, la confianza para aclarar dudas, expresar sentimientos, temores, y emociones.

El proceso de empoderamiento fue llevado a cabo de manera individual y colectiva e implicó dar seguridad, confianza, libertad de expresión y respuesta a las necesidades propias del adolescente, que posibilitó la capacidad de reflexión, e incremento en conocimiento.

El aprendizaje para el empoderamiento favorece cambios positivos, es decir disminución de los comportamientos de riesgo, así como el incremento de actitudes y habilidades de protección.³⁸

Empoderar a los adolescentes no sólo cumple el objetivo de permitir su autocuidado y protección mutua, sino que contribuye a potenciar el desarrollo colectivo al tornarse en agentes de cambio que influyen en los adultos y en sus comunidades. Al empoderarse hacen valer su decisión de tener o no relaciones sexuales o usar condones o anticonceptivos, podrán comunicarse con un adulto y evitar situaciones riesgosas y además evitar sucumbir a las presiones de los amigos para que inicien vida sexual activa.

La experiencia de los simuladores de bebés dieron a los estudiantes una oportunidad realista y seria para ejemplificar activamente los roles y responsabilidades de la paternidad/maternidad. La actividad vivencial sola no fue suficiente para asegurar que el aprendizaje tuviera lugar; fue necesario disponer de tiempo para la reflexión acerca de lo vivido, donde los adolescentes examinaron lo que vivieron, sintieron y pensaron durante la experiencia de ser padres de un simulador de bebe.

Los (as) adolescentes poseen una serie de conocimientos, creencias y actitudes, así como realidades que se ven reflejados en conductas y expresiones. El mejoramiento del nivel de conocimiento a través de una intervención educativa y vivencial en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco, permitió cambiar a muy corto plazo una serie de desconocimientos, actitudes, creencias y consideraciones que el adolescente poseía.

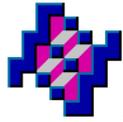
Además la presente intervención nos permitió elaborar un perfil del adolescente propio de Gómez Farías, donde se vertieron y expresaron mediante un cuestionario autoaplicado y anónimo información sobre los adolescentes, conocimientos, actitudes, creencias, prácticas, valoraciones y poder definir una serie de elementos favorables y desfavorables en él como se muestra a continuación:

³⁷ Checa, Erbaro y Schwartzman

³⁸ Castro M.Elena. Empoderamiento: un proceso que se logra mediante el desarrollo de competencias y de la autoevaluación.

www.liberaddictus.org/Pdf/0885-87.pdf

MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.



1. *Un porcentaje cercano a la totalidad manifestó conocer el proceso de la fecundación requerido para un embarazo.*
2. *Los adolescentes no cuentan con la suficiente información para evitar un embarazo.*
3. *El conocimiento sobre la probabilidad de embarazo en la primera relación sexual es errónea, así como el proceso de eyaculación y menstruación con relación al embarazo.*
4. *Nueve de cada diez adolescentes manifiestan que la edad para tener el primer hijo deberá ser después de los 18 años.*
5. *Manifiestan sentirse mas felices que los demás; pero a pesar de esto externan la necesidad de cambiar su apariencia física.*
6. *La mayoría de los jóvenes han tenido conductas sexuales riesgosas.*
7. *La información que los jóvenes reciben sobre sexualidad proviene en primer lugar de la los padres, en segundo lugar de la escuela y en tercer lugar de los libros.*
8. *Mencionan conocer sobre métodos anticonceptivos de manera general, pero ignoran el uso correcto.*
9. *Desconocen los lugares donde se provea de métodos anticonceptivos de manera gratuita.*
10. *Algunos padres no están informados y no saben cómo explicar a sus hijos sobre la sexualidad.*
11. *No disponen de tiempo para comunicarse con sus padres.*
12. *los padres ejercen una reconocida autoridad sobre sus hijos y la madre constituye el principal apoyo moral.*
13. *La madre es la persona que además de tenerle mas confianza, es la que más presiona para que eviten relaciones sexuales que condicionen un embarazo no planeado.*
14. *El padre es el personaje con quien se les dificulta comunicarse.*
15. *Reconocen la presión que ejercen los amigos para que inicien vida sexual.*

En la tabla 88 se muestra el perfil basal de los adolescentes que participaron en la intervención.

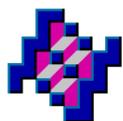
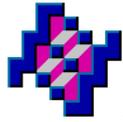


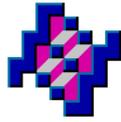
TABLA 88. PERFIL BASAL DE LOS ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN LA INTERVENCIÓN.

PERFIL BASAL DE LOS ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN LA INTERVENCIÓN	
ELEMENTOS	
FAVORABLES	DESFAVORABLES
1. Creencia de inicio vida sexual posterior a los 19 años	1. No cuentan con la suficiente información para evitar un embarazo de manera individual
2. Actividad sexual tardía	2. Creencias erróneas respecto al proceso eyaculación para evitar un embarazo
3. Conocimiento sobre el proceso de la fecundación	3. Creencias errónea sobre la probabilidad de embarazo en la primera relación sexual
4. Consideración sobre el personaje con que deciden iniciar su vida sexual activa la mujer (esposo)	4. Creencias erróneas sobre la menstruación como factor protector para evitar un embarazo
5. Consideración sobre el personaje con quien deciden iniciar su vida sexual activa el hombre (esposa)	5. Consideran que los jóvenes en general, no cuentan con la información suficiente para evitar un embarazo
6. Edad ideal para embarazarse posterior a 19 años	6. Desconocimiento sobre los métodos de planificación familiar
7. Practicas sexuales no riesgosas (uso de condón en una relación sexual casual)	7. Desconocimiento sobre el uso de los métodos de planificación familiar
8. Aceptación del uso del condón en una relación sexual	8. Desconocimiento sobre la efectividad de los métodos de planificación familiar
9. Fuentes de información sobre la sexualidad (padres, maestros, libros)	9. Desconocimiento sobre el momento del uso del condón
10. Creencia de que en la escuela debieran impartirse platicas sobre sexualidad	10. Desconocimiento sobre un lugar donde informen sobre el uso de métodos anticonceptivos
11. Charlas /platicas les parecen interesantes	11. Necesidad de cambiar su apariencia física
12. Padres indicados para hablar de sexualidad	12. Conductas de riesgo (besos, caricias)
13. Creencia de exigir uso de condón	13. Consumo de alcohol en la familia
14. Conocimiento sobre ITS	14. Desconocimiento de que el alcohol condiciona una relación sexual no planeada
15. Conocimiento sobre como prevenir las ITS	15. No disponen de tiempo para comunicarse con los padres
16. Conocimiento como protegerte de las ITS	16. Falta de comunicación con los padres
17. Están de acuerdo sobre su apariencia física	17. Creencia de que existe un impedimento para acudir a solicitar métodos de planificación familiar a una Institución de salud
18. Son felices	18. La madre es la persona que mas presiona al adolescente para que evite las relaciones sexuales
19. Noviazgo como una relación social	19. La madre es el personaje a quien mas confianza le tiene el adolescente para hablar de sexualidad
20. Noviazgo como proceso para llegar al matrimonio	20. El padre es el personaje con quien es mas difícil la comunicación
21. Creencia de evitar relaciones sexuales como refuerzo del noviazgo	21. Reconocen la presión de los amigos para que inicien vida sexual
22. Reconocimiento del concepto de maltrato femenino	22. Problemas de comunicación con los padres
23. Creencia de no humillar a la mujer	23. Externan que no existen espacios familiares para realizar comunicación sobre sexualidad
24. Temas que platican sexualidad/sexo, noviazgo, chicas/chicos	
25. Padres mas indicados para hablar de sexualidad	
26. Responsabilidad disminuida en la mujer del uso de métodos anticonceptivos	



Los adolescentes intervenidos mostraron un cambio positivo en conocimientos, actitudes y creencias que se describen a continuación:

1. Nueve de cada diez alumnos tienen la creencia de que se debe iniciar la vida sexual posterior a los 19 años, por lo que consideran la totalidad de ellos, que el inicio de vida sexual activa se debe postergar.
2. Conocen casi en su totalidad el proceso teórico de cómo se lleva a cabo un embarazo.
3. El 80% refiere que tiene los conocimientos adecuados para evitar un embarazo
4. Elevación del nivel de conocimiento técnico sobre el proceso de eyaculación y menstruación y su relación con el embarazo no planeado.
5. Gran porcentaje visualiza el personaje de esposo/esposa con quien debe tener su primera relación sexual.
6. Los padres son la primera fuente donde los jóvenes obtienen información sobre sexualidad.
7. Mejoro el conocimiento sobre métodos anticonceptivos.
8. Avance en el conocimiento sobre el uso correcto del condón.
9. La totalidad mencionan conocer lugares donde se provea de información y de métodos anticonceptivos de manera gratuita.
10. En su totalidad mencionan la exigencia de exigir a su pareja el uso del condón.
11. Mencionan en su totalidad no tener relaciones sexuales si no tuvieran condón.
12. Ocho de cada diez estarían dispuestos a usar el condón si su pareja se lo pidiese.
13. Conocen lo que es una infecciones de transmisión sexual.
14. Conocen como protegerse de una infección de trasmisión sexual.
15. Manifiestan sentirse más felices que los demás, externando la necesidad de cambiar su apariencia física.
16. Se duplica del conocimiento del uso del condón como medio para protegerse de una ITS.
17. El noviazgo adquiere dos significados principales: como una forma de relación social y como un paso para el matrimonio. Rechazan en su totalidad la visión del matrimonio como una forma de tener un hijo y/o de tener relaciones sexuales.
18. La totalidad tienen la creencia de que no se debería tener relaciones sexuales para reforzar su noviazgo.
19. En su totalidad rechazan la creencia de tener relaciones sexuales en el caso de noviazgo de largo tiempo.



20. *La creencia de que una mujer debe ser humillada por su pareja es descartada en su totalidad.*
21. *Exteman mejora en la comunicación con sus padres y reconocen que la comunicación con ellos no es clara, inmediata y directa.*
22. *La madre es la persona a la que más confianza le tienen para platicar sobre sexualidad.*
23. *Aumenta el reconocimiento de la presión que ejercen los amigos para que inicien vida sexual activa.*
24. *Incrementa el deslinde de que sea la mujer la responsable de usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo.*
25. *Conocen la existencia de lugares de apoyo al adolescente desde el punto de vista reproductivo.*
26. *Aumenta la consideración de que no hay impedimento para acudir a un centro de salud a solicitar condones o algún método de planificación familiar.*

En la tabla 89 se muestran los elementos favorables y desfavorables del perfil de los y las adolescentes posterior a la intervención.

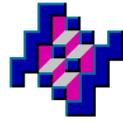


TABLA 89. PERFIL DEL ADOLESCENTE INTERVENIDO.

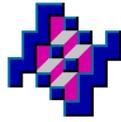
PERFIL DEL ADOLESCENTE INTERVENIDO	
ELEMENTOS	
FAVORABLES	DESFAVORABLES
1. Creencia de inicio vida sexual posterior a los 19 años	1. No están de acuerdo que en las escuelas se den pláticas sobre sexualidad
2. Actividad sexual tardía	2. Desconocimiento sobre la efectividad de los métodos de planificación familiar
3. Conocimiento sobre el proceso de la fecundación	3. Disminuye la iniciativa de la decisión en pareja para el uso de anticonceptivos, agregándole una responsabilidad al hombre
4. cuentan con la suficiente información para evitar un embarazo de manera individual	4. Disminuye la aceptación del uso del condón en una relación sexual
5. Creencias acertadas respecto al proceso eyaculación para evitar un embarazo	5. Desconocimiento de que el alcohol condiciona una relación sexual no planeada
6. Creencias acertada sobre la probabilidad de embarazo en la primera relación sexual	6. No disponen de tiempo suficiente para comunicarse con los padres
7. Creencias acertadas sobre la menstruación como factor protector para evitar un embarazo	7. Falta de comunicación con los padres abierta, rápida y clara
8. Consideración sobre el personaje con que deciden iniciar su vida sexual activa la mujer (esposo)	8. Reconocen que no existe espacio para hablar de sexualidad en el hogar
9. Consideración sobre el personaje con quien deciden iniciar su vida sexual activa el hombre (esposa)	9. Reconocen y aumenta la dificultad de comunicación con el padre
10. Edad ideal para embarazarse posterior a 19 años	
11. Cuentan con la información suficiente para evitar un embarazo en general los jóvenes	
12. Fuentes de información sobre la sexualidad los padres, maestros y libros, agregándose a esta el internet	
13. Charlas /pláticas les parecen interesantes	
14. Conocimiento sobre los métodos de planificación familiar	
15. Conocimiento sobre el uso de los métodos de planificación familiar	
16. Conocimiento sobre el momento del uso del condón	
17. Los padres son los mas indicados para informar sobre métodos anticonceptivos agregando a otro personaje el maestro	
18. Creencia de exigir uso de condón	
19. Practicas sexuales no riesgosas (uso de condón en una relación sexual casual)	
20. Conocimiento sobre ITS	
21. Conocimiento sobre como prevenir las ITS	
22. Conocimiento como protegerte de las ITS	
23. Conocimiento sobre el contagio de ITS en los jóvenes	
24. Están de acuerdo sobre su apariencia física	
25. Están de acuerdo con cambiar su apariencia física si fuera posible	
26. Se consideran felices	
27. Noviazgo como una relación social	
28. Noviazgo como proceso para llegar al matrimonio	
29. Disminuyen conductas de riesgo (besos, caricias)	
30. Creencia de evitar relaciones sexuales como refuerzo del noviazgo	
31. Disminución de ingesta de alcohol en la familiar	



32. Reconocimiento del concepto de maltrato femenino
33. Creencia de no humillar a la mujer
34. conocimiento de amigos maltratado/humillados
35. reconocen la disminución de problemas de comunicación en los padres
36. Temas que platican sexualidad/sexo, noviazgo, chicas/chicos
37. Los padres en especial la madre la mas indicados para hablar de sexualidad
38. Reconocen la presión que ejercen los amigos para iniciar actividad sexual
39. Reconocen a la madre como un personaje que ejerce presión para evitar relaciones sexuales, incorporando a los amigos a dicha presión.
40. Responsabilidad disminuida en la mujer del uso de métodos anticonceptivos
41. Reconocen que existen programas de apoyo al adolescente desde el punto de vista reproductivo
42. Disminuye la creencia que existe impedimento para acudir a solicitar métodos de planificación familiar en un centro de salud

Aunque no se tiene la certeza si dichos cambios permanecerán con el tiempo; si es posible pensar que la intervención vivencial les permitió resignificarlos, consintiendo reflexionar sobre lo acontecido e incorporar lo aprendido a través de un cambio en la forma de pensar o comportarse.

También la intervención educativa, contribuyo a la conformación de un grupo de jóvenes multiplicadores, que se convertirán en referentes autóctonos para sus pares en la promoción de la salud sexual y reproductiva. El grupo de pares será visualizado como un apoyo importante que escuchara, ofrecerá confidencialidad, confianza y aportara nuevas alternativas de solución.



XVI. MODELO DE EVALUACION

El sistema de Evaluación de la intervención estuvo basado en la verificación de tres tipos de indicadores: indicadores de proceso o gestión, de impacto y de producto o resultado. Ver anexo 9.

□ Evaluación del proceso o gestión

Se llevó a cabo mediante indicadores de dimensión técnica y de dimensión interpersonal, que midieron:

- Grado de cumplimiento del programa académico por el grupo capacitador.
- Satisfacción de los adolescentes hacia el desempeño de los ponentes, de las instalaciones y material didáctico utilizado. Se cuenta con un registro grabado con audio.
- Grado de Conformación de la red de apoyo entre adolescentes.

□ Evaluación del impacto

Las variables que se utilizaron para la evaluación del impacto son las siguientes:

- ✓ Variables para la medición del conocimiento.
- ✓ Variables para la medición de creencias.
- ✓ Variables para la medición de actitudes.

□ Evaluación de resultado o producto

Para la evaluación de resultados o del producto, se utilizaron los siguientes indicadores y se evaluarán a los 2 años de terminada la intervención. La prueba estadística para determinar la eficiencia de esta intervención es el riesgo relativo.

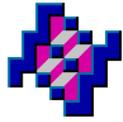
Porcentaje de ingresos a control prenatal en el grupo de 10 a 19 años.

Número de ingresos de control prenatal en adolescentes de 10 a 19 años en el año 2008/ total de ingresos de control prenatal en el año 2008 x 100.

Partos por cada 1000 mujeres de entre 10 a 19 años.

Partos atendidos en mujeres de 10 a 19 años durante el año 2008/partos atendidos en el año 2008 x 100.

Número de mujeres adolescentes embarazadas/ Total de mujeres en este grupo de edad del Municipio del año a evaluar x 100,000



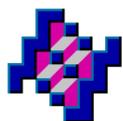
XVII.-RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA INTERVENCIÓN

Recomendaciones generales

- *Es necesario diseñar o implementar propuestas que permitan confrontar conocimientos así como modificaciones específicas y culturales que proporcionen herramientas de afrontamiento para que los y las adolescentes coadyuven a la modificación de conductas de otros, mediante intervenciones horizontales que permitan la libertad de expresiones, y construyan o propicien diálogos.*
- *Coordinar acciones en el sector educativo para incluir herramientas de comunicación dentro de la currícula de enseñanza media y básica.*
- *Incluir a los padres en el proceso educativo sobre comunicación.*
- *Reforzar la cultura del uso correcto del condón.*

Recomendaciones para mejorar la intervención

- *Dar continuidad a las estrategias y actividades del presente proyecto con el objeto de incorporarlo a las acciones emprendidas por la unidad de salud de la comunidad sujeta a intervención.*
- *Es inevitable el involucramiento y sensibilización de los proveedores de salud para el análisis de las necesidades de la población y la implementación de proyectos de mejora.*
- *Es necesario que se realice el seguimiento de dicha intervención y crear una expectativa más amplia que nos permita el fortalecimiento del grupo de adolescentes en todo el Municipio.*
- *La formación de la red de adolescentes permitirá acercar a otros adolescentes del Municipio y sensibilizarlos en el ejercicio de su responsabilidad, de igual forma permitirá a los integrantes de esta red adoptar el sentimiento de pertenencia de grupo y aumentar su autoestima*
- *Es preciso que se conceda más tiempo para la ejecución y replicación de la intervención para poder reforzar los conocimientos de manera mas definitiva y lograr la sensibilización del adolescente.*
- *Es necesario que dentro de las instituciones escolares del Municipio se aborden los temas de sexualidad de una manera holista.*
- *Impulsar la participación social en el autocuidado.*
- *Llevar a cabo la evaluación de resultados o del producto de la intervención en dos años.*



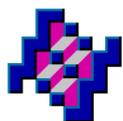
ANEXOS

DIAGNOSTICO INTEGRAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GOMEZ FARIAS, JALISCO

Operacionalización de Variables para describir la población de estudio

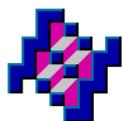
ANEXO 1

Variable	Conceptualización	Escala de medición	Tipo de variable	Operacionalización (INDICADOR)	Fuente de información
Población total	Total de personas que residen habitualmente en el Municipio al momento censal.	RAZONES Número de personas que residen habitualmente en el Municipio al momento censal.	Cuantitativa Discreta	Total de personas que residen en el Municipio de Gómez Farías	Proyección de Población CONAPO 2006
Material predominante en techos	Tipo de material predominante en techo de la vivienda que reside	NOMINAL -lamina de cartón -palma, tejamanil o madera -lamina de asbesto o metálica -teja -losa de concreto, tabique o ladrillo -otros materiales	Cualitativa Nominal	-total de viviendas con determinado tipo de material predominante en techo/ total de viviendas encuestadas	INEGI conteo 2005 Encuesta
Material predominante en pisos	Tipo de material predominante en el piso de la vivienda que reside	NOMINAL -tierra -cemento o firme -madera, mosaico y otros recubrimientos -no especificado	Cualitativa Nominal	-total de viviendas con determinado tipo de material predominante en piso/ total de viviendas encuestadas	INEGI conteo 2005 Encuesta
Material predominante en paredes	Tipo de material predominante en paredes de la vivienda donde reside	NOMINAL -ladrillo -adobe -madera -lamina -cartón -otro	Cualitativa Nominal	-total de viviendas con determinado material predominante en paredes/total de viviendas encuestadas	INEGI conteo 2005 Encuesta
Agua entubada en vivienda	Disposición de agua entubada dentro o fuera de la vivienda	NOMINAL -dentro de la vivienda -fuera de la vivienda	Cualitativa nominal	-total de viviendas con disposición de agua entubada dentro o fuera de la vivienda/total de viviendas encuestadas	INEGI conteo 2005 Encuesta
Eliminación de aguas servidas	Sistema de eliminación del agua que esta contaminada sustancias fecales y orina, procedentes de vertidos orgánicos humanos o animales	NOMINAL -drenaje -fosa séptica -a la calle/arroyo -otro	Cualitativa nominal	-total de viviendas con determinado sistema de eliminación de aguas servidas/ total de viviendas encuestadas	INEGI conteo 2005 Encuesta
Eliminación de desechos sólidos	Sistema de eliminación de cualquier producto residual o resto sólido o semisólido procedente de actividades humanas o animales que se considera de insuficiente valor, inútil o indeseable en un momento dado.	NOMINAL -camión recolector -entierra -quema -tiradero -otro	Cualitativa nominal	-Eliminación de desechos sólidos por determinado sistema/total de viviendas encuestadas	INEGI conteo 2005 Encuesta



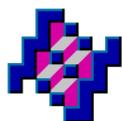
DIAGNOSTICO INTEGRAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GOMEZ FARIAS, JALISCO
Operacionalización de Variables para describir los daños a la salud (Mortalidad)
ANEXO 2

Variable	Conceptualización	Escala de medición	Tipo de variable	Operacionalización (INDICADOR)	Fuente de información
Mortalidad general	Defunciones ocurridas en un periodo de 12 meses en la población en estudio	RAZONES Número de defunciones entre la población total expresada en tasas	Cuantitativa Continua	El número total de defunciones estimadas en una población total, dividido por el total de la población de Gómez Farias, expresada por 100.000 habitantes, en el año 2005	Sistema Epidemiológico Estadístico de Defunciones INEGI conteo 2005
Mortalidad general por sexo	Defunciones ocurridas en un periodo de 12 meses por sexo en la población en estudio	RAZONES Número de defunciones en hombres y mujeres Expresada en tasa	Cuantitativa Continua	El número total de defunciones estimadas en una población total por determinado sexo y/o edad, dividido por el total de la población de Gómez Farias, expresada por 100.000 habitantes, en el año 2005	Sistema Epidemiológico Estadístico de Defunciones INEGI conteo 2005
Mortalidad perinatal	Defunciones ocurridas en un periodo de 12 meses dentro de los primer mes de vida en la población en estudio	RAZONES Número de defunciones en menores de 1 mes de edad Expresada en tasa	Cuantitativa Continua	Cociente entre el número de muertes de niños menores de un mes de nacido y el Número de nacidos vivos en el mismo año, en Gómez Farias, expresado por 1.000 nacidos vivos.	Sistema Epidemiológico Estadístico de Defunciones INEGI conteo 2005
Mortalidad en menores de 5 años	Defunciones ocurridas en un periodo de 12 meses en menores de 5 años en la población en estudio	RAZONES Número de defunciones en menores de 5 años Expresada en tasas	Cuantitativa Continua	Cociente entre el número de muertes de niños menores de 5 años y el Número de nacidos vivos en el mismo año, en Gómez Farias, expresado por 1.000 nacidos vivos.	Sistema Epidemiológico Estadístico de Defunciones INEGI conteo 2005
Mortalidad adolescentes	Defunciones ocurridas en un periodo de 12 meses en habitantes de 10 a 19 años en la población en estudio	RAZONES Número de defunciones en el grupo de edad de 10 a 19 años expresada en tasas	Cuantitativa Continua	Cociente entre el número de muertes de adolescentes entre 10 y 19 años de edad y el número de nacidos vivos en el mismo año, en Gómez Farias, expresado por 1.000 nacidos vivos.	Sistema Epidemiológico Estadístico de Defunciones INEGI conteo 2005
Mortalidad materna	Muerte materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.	RAZONES Número de muertes maternas Expresadas en tasas	Cuantitativa Continua	Cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el Total de la población de Gómez Farias	Sistema Epidemiológico Estadístico de Defunciones INEGI conteo 2005
Mortalidad Infantil	Defunciones de niños menores de un año de edad	RAZONES Número de defunciones en menores de un año expresadas en tasas	Cuantitativa Continua	Cociente entre el número de muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, en el Municipio de Gómez Farias, expresado por 1.000 nacidos vivos	Sistema Epidemiológico Estadístico de Defunciones INEGI conteo 2005



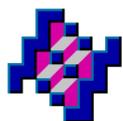
DIAGNOSTICO INTEGRAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GOMEZ FARIAS, JALISCO
Operacionalización de Variables para describir los daños a la salud (Morbilidad)
ANEXO 3

VARIABLE	CONCEPTUALI-ZACION	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACION (INDICADOR)	FUENTE DE INFORMACION
Morbilidad general	Personas que enferman en una población y un tiempo determinado	RAZONES Numero de atenciones que otorgadas en Unidades de Salud (fijas y móviles).	Cuantitativa Discreta	Número de atenciones de consulta registradas en la hoja de diaria del medico y de Salud Bucal durante enero a Diciembre del 2006 en Unidades de Salud (fijas y móviles).	Indirecta Hoja diaria del medico y de Salud Bucal
Morbilidad sentida aguda	Percepción de síntomas referidas por el individuo	RAZONES Síntoma referido en el momento de encuestar	Cualitativa Nominal	Malestar referido en los últimos 15 días por el encuestado	Encuesta
Morbilidad por grupo de edad	Atenciones otorgadas por Unidad de Salud por grupo de edad	RAZONES Numero de atenciones otorgadas por grupo de edad menor de un año de 1 a 4 años de 5 a 9 años de 10 a 14 años 15 a 19 años 20- 59 años 60 y mas años	Cuantitativa Discreta	Número total de atenciones otorgadas por grupo de edad/total de atenciones otorgadas por Unidad de Salud durante el 2005 en el Municipio de Gómez Farías.	Hoja diaria del medico y Salud Bucal
Hipertensión y/o diabetes	Presencia de diabetes y/o hipertensión	NOMINAL -si -no -no lo sé	Cualitativa Nominal	Presencia de diabetes y/o hipertensión en el entrevistado/total de población encuestada	Encuestas



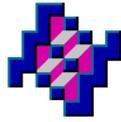
DIAGNOSTICO INTEGRAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GOMEZ FARIAS, JALISCO
Operacionalización de Variables para describir factores condicionantes
ANEXO 4

VARIABLE	CONCEPTUALI-ZACION	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACION (INDICADOR)	FUENTE DE INFORMACION
Actividad física	Hábito de realizar cualquier tipo ejercicio físico al menos tres veces a la semana.	NOMINAL -si -no -a veces	Cualitativa Nominal	Habito de realizar cualquier tipo de ejercicio físico al menos tres veces por semana/total de la población encuestada del municipio	Encuesta
Sexo	Condición orgánica que distingue a las personas en hombre y mujeres	NOMINAL Hombre Mujer	cualitativa dicotómica	Numero de individuos del Municipio de Gómez Farias según sexo	Encuesta
Edad	Años cumplidos	RAZONES menos de un año de 1 a 4 años 5 a 9 años 10 a 14 años 15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años 35 a 39 años 40 a 44 años 45 a 49 años 50 a 54 años 55 a 59 años 60 a 64 años 65 a 69 años 70 y mas años	Cuantitativa Discreta	Edad de acuerdo al ultimo cumpleaños	INEGI conteo 2005 Encuesta
Estado civil	Situación de hecho de la población de 12 años y mas, en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país	NOMINAL Casado (a) Soltero (a) divorciado (a) unión libre viudo (a)	Cualitativa Nominal	Numero de individuos que refieren un estado civil/ población de Gómez Farias	Encuesta
Consumo de drogas	Consumo de toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas	NOMINAL -si -no -no lo se	Cualitativa Nominal	Consumo de drogas en entrevistados/total de la población encuestada	Encuesta
Presencia de lesiones o accidentes debida al abuso del alcohol	Daño físico por lesiones o accidentes desencadenados por el consumo de alcohol	NOMINAL -si -no -no lo se	Cualitativa Nominal	Presencia de lesiones o accidentes por el consumo de alcohol/total de población encuestada	Encuesta
Tabaquismo	Hábito de fumar Dentro o fuera del hogar	NOMINAL -si -no -no lo se	Cualitativa Nominal	Habito de fumar dentro o fuera del hogar/total de población encuestada	Encuesta
Embarazo en adolescente	Gestación en mujeres menor de 19 años	NOMINAL -si -no	Cualitativa Dicotómica	Antecedentes en embarazo en menores de 19 años/población femenina encuestada	Encuesta
Detección Oportuna de Cáncer	Toma de papanicolao durante 2006	NOMINAL -si -no - no sé	Cualitativa Nominal	Antecedentes de toma de papanicolao en mujeres durante el 2006/7 población femenina encuestada	Encuesta



DIAGNOSTICO INTEGRAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GOMEZ FARIAS, JALISCO
Operacionalización de Variables para identificar Recursos y Servicios
ANEXO 5

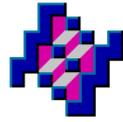
VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACION (INDICADOR)	FUENTE DE INFORMACION
Recursos médicos	Médicos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, expresada en razón	RAZÓN Número de médicos disponibles	Cuantitativa Discreta	Número de médicos disponibles en Gómez Farías/total de población de Gómez Farías	Servicios de Salud Jalisco
Recursos de enfermería	Enfermeras disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, expresada en razón	RAZON Número de enfermeras disponibles	Cuantitativa Discreta	Número de enfermeras disponibles en Gómez Farías/total de población de Gómez Farías	Servicios de Salud Jalisco
Recursos de odontólogos	Odontólogos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, expresada en razón	RAZON Número de odontólogos disponibles	Cuantitativa Discreta	Número de odontólogos disponibles en Gómez Farías/total de población de Gómez Farías	Servicios de Salud Jalisco
Consultorios médicos	Número de consultorios médicos de toda afiliación institucional expresada en razón	RAZON Numero de consultorios médicos disponibles	Cuantitativa Discreta	Número de consultorios médicos disponibles en Gómez Farías/total de población de Gómez Farías	Servicios de Salud Jalisco
Establecimientos de atención ambulatoria	Establecimientos de atención ambulatoria de salud, de toda afiliación institucional expresado	RAZON Número de establecimientos de atención ambulatoria de salud, de toda afiliación institucional	Cuantitativa Discreta	Número de establecimientos de atención ambulatoria	Servicios de Salud Jalisco
Derechohabiencia	Derecho de las personas a recibir atención médica en instituciones de salud públicas y/o privadas, como resultado de una prestación laboral o por haber adquirido un seguro facultativo (voluntario).	NOMINAL -IMSS -ISSSTE -PEMEX -SEDENA -Seguro Popular -otro -ninguno	Cualitativa Nominal	Tipo de derechohabiencia con que se cuenta/total de población encuestada	Encuesta
Atención Dental	Visita a consultorio dental en alguna ocasión	NOMINAL -sí -no	Cualitativa Dicotómica	Población que ha acudido alguna vez a atención dental/total de población encuestada	Encuesta
Atención prenatal	atención por un personal de salud para el control prenatal	NOMINAL -sí -no	Cualitativa Dicotómica	Población gestante que ha acudido al menos una vez a su control prenatal para su atención	Encuesta
Cartilla de Salud	Disposición de Cartilla de Salud de cada uno de los integrantes de la familia	NOMINAL -sí -no -desconoce	Cualitativa Nominal	Disposición de cartilla de salud de los miembros de la familia/total de población encuestada	Encuesta



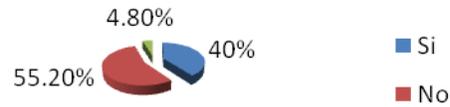
DIAGNOSTICO INTEGRAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GOMEZ FARIAS, JALISCO
Encuesta aplicada
ANEXO 6

Instituto Nacional de Salud Pública											
FECHA DE APLICACION		ENCUESTADOR									
I IDENTIFICACION											
1	NOMBRE					3	0 7 9				
2	DOMICILIO					3	Municipio Gomez Farias				
4	REGION	5	ESTADO	6	TELEFONO	7					
7	Tiempo de residencia		8 LUGAR DE ORIGEN		ESTADO		8				
II DATOS DE LA VIVIENDA E IDENTIFICACION DE FACTORES CONDICIONANTES Y DANOS A LA SALUD											
9	cuantas personas viven en esta casa					9					
10	El piso es de:					#					
11	Las paredes son de:					#					
12	Los techos son de:					#					
13	Tiene agua:					#					
14	Como elimina las aguas servidas					#					
15	Como elimina los desechos solidos					#					
16	Su familia cuenta con					#					
17	Padece Usted diabetes o hipertension?					#					
18	Ha tenido problemas Ud., su esposo o alguno de sus hijos por consumir drogas o alcohol?					#					
19	Ha habido accidentes o lesiones relacionadas con el consumo de alcohol?					#					
20	Alguna de las personas que viven en su casa fuman ?					#					
21	Durante el ultimo año (2006) ha acudido Usted al Centro de salud/casa de salud?					#					
22	Si ha acudido, que le parecio el servicio que le prestaron					#					
23	Tiene Usted alguna queja sobre el servicio del Centro de Salud/Casa de salud					#					
LLENE EL ESPACIO CORRECTAMENTE Comenzando por el de mayor edad, dígame los nombres de las personas que habitan en esta casa: Anote solamente el nombre sin apellidos, cuando los haya completado pregunte, uno por uno, los demás datos hasta completar el renglón											
No	Nombre	24	sexo	25	Edad	26	Estado civil	27	si es menor de 19 años estuvo embarazada ANTES	28	a que edad fue su primer embarazo
H1											
H2											
H3											
H4											
H5											
H6											
H7											
H8											
H9											
H10											
H11											
H12											
Sexo: 1= femenino 2= masculino Edad: años cumplidos Estado civil: 1= soltero 2= casado 3) divorciado 4= union libre 5= viudo Si es menor de 19 años ha estado embarazada antes 1=si 2= no A que edad tuvo su primer embarazo? Poner la edad que tenia.											
No	29	30	31	32	33	34	35	36	36 le piden la cartilla y le hacen anotaciones cuando acude al C.S.I		
	realiza ejercicio por semana	si es mujer se ha tomado un pap en el 2006	ha acudido a visitar un dentista en el 2006	esta embarazada ACTUALMENTE	acude a medico o enfermera esa embarazada	de que se ha enfermado en los ultimos 15 dias?	cuenta con cartilla de salud				
H1											
H2											
H3											
H4											
H5											
H6											
H7											
H8											
H9											
H10											
H11											
H12											
Ejercicio: 1= si 2= no 3= a veces Se ha tomado pap: 1= si 2= no 3= no sé Ha acudido a dentista 1= si 2= no 3= no sé Embarazada: 1) si esta 2) no esta 3) lo desconoce Embarazo atendido por medico/enfermera: 1= si 2=no 3= no sé De que se ha enfermado: Escriba textualmente lo que refiera Cuenta con Cartilla de Salud 1=si 2= no 3= desconoce Le piden la Cartilla y le hacen anotaciones cuando acude al Centro de Salud/Casa de salud 1= si 2=no 3=no contesta											

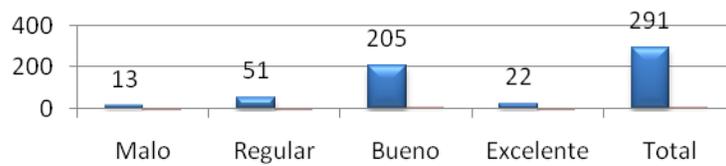
DIAGNOSTICO INTEGRAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GOMEZ FARIAS, JALISCO



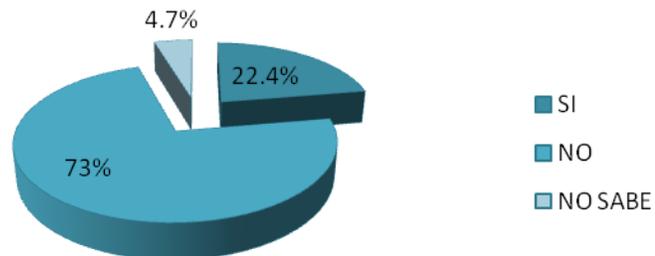
Población que realiza ejercicio

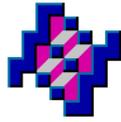


Percepción de la calidad de atención

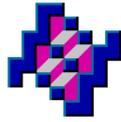


Diabetes e Hipertensión

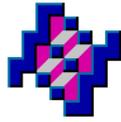




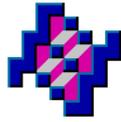
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA	
fecha de aplicación	<input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año
encuestador	<input type="text"/>
fecha de nacimiento	<input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año
hoja 1/4	
1.- edad:	<input type="text"/> años
2.- sexo	femenino <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/>
3.- estado civil:	soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/>
5.- ocupacion:	estudia y trabaja <input type="checkbox"/> solo trabaja <input type="checkbox"/> solo estudia <input type="checkbox"/>
6.- ¿A que edad crees que las personas deben iniciar su vida sexual?	antes de los 19 años <input type="checkbox"/> después de los 19 años <input type="checkbox"/>
7.- ¿Consideras que la act. Sexual debe iniciarse a temprana edad?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
8.- ¿Para que pueda haber un embarazo se requiere?	besos y caricias apasionados entre un hombre y mujer <input type="checkbox"/> que el hombre introduzca su pene en cualquier orificio de la mujer <input type="checkbox"/> que el ovulo de la mujer haya sido fecundado por el espermatozoide del hombre <input type="checkbox"/> que el hombre y la mujer se acuesten desnudos <input type="checkbox"/>
9.- ¿Consideras que cuentas con la información suficiente para evitar un embarazo ?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10.- ¿Crees que el retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación evita el embarazo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> solo si lo retira a tiempo <input type="checkbox"/>
11. ¿Consideras que en la primera relación sexual es probable que una persona se embarace?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> solo si dura mucho la relación sexual <input type="checkbox"/>
12. ¿Crees que si una mujer tiene relaciones sexuales durante la menstruación evitara el embarazo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> solo si lo hace en los ultimos días <input type="checkbox"/>
13.- ¿Con quien consideras que debe realizar su primera relación sexual una mujer?	novio <input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/>
14. ¿Con quien consideras que debe realizar su primera relación sexual un hombre?	novia <input type="checkbox"/> esposa <input type="checkbox"/> amiga <input type="checkbox"/> desconocida <input type="checkbox"/> sexo servidora <input type="checkbox"/>
15. ¿Cuál crees que es la edad ideal para que los adolescentes tengan su primer hijo?	<input type="text"/> años
16. ¿Consideras que los jóvenes tienen la información suficiente para evitar un embarazo no deseado?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>



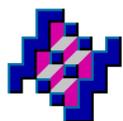
fecha de nacimiento		dia	mes	año	hoja 2/4
17.- ¿Donde obtienen generalmente los jóvenes información sobre su sexualidad?					17
papá <input type="checkbox"/> 1	mama <input type="checkbox"/> 2	amigos <input type="checkbox"/> 3	revistas <input type="checkbox"/> 4	libros <input type="checkbox"/> 5	desconocido <input type="checkbox"/> 6
	televisión <input type="checkbox"/> 7	maestros <input type="checkbox"/> 8		hermanos <input type="checkbox"/> 9	
18.- ¿Crees que en la escuela se debería impartir cursos y charlas sobre educación sexual?					18
no es necesario <input type="checkbox"/> 1	si <input type="checkbox"/> 2	no <input type="checkbox"/> 3			
19.- ¿Como son generalmente las platicas o charlas que has recibido sobre los diferentes temas de sexualidad?					19
aburridas <input type="checkbox"/> 1	interesantes <input type="checkbox"/> 2	no se entienden <input type="checkbox"/> 3		amenas <input type="checkbox"/> 4	
	realistas, van de acuerdo a lo que esta pasando <input type="checkbox"/> 5				
	no tienen que ver con lo que vivimos los adolescentes <input type="checkbox"/> 6			nunca he recibido alguna <input type="checkbox"/> 7	
20.- ¿Alguna vez has utilizado algún método de planificación familiar?					20
si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2				
21.- ¿Crees que son efectivos los métodos anticonceptivos para evitar un embarazo?					21
si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2	a veces <input type="checkbox"/> 3		depende del método <input type="checkbox"/> 4	
22.- ¿Que métodos anticonceptivos conoces?					22
<input type="text"/>					
23.- ¿En que momento de una relación sexual crees que el condón debe usarse?					23
cuando se va a eyacular <input type="checkbox"/> 1	al inicio de la relación sexual <input type="checkbox"/> 2				
	antes de la erección del pene <input type="checkbox"/> 3			no debe de usarse <input type="checkbox"/> 4	
24.- ¿Quien consideras que debe tomar la iniciativa de usar algún método anticonceptivo?					24
la mujer <input type="checkbox"/> 1	el hombre <input type="checkbox"/> 2	ambos <input type="checkbox"/> 3		ninguno de los dos <input type="checkbox"/> 4	cualquiera <input type="checkbox"/> 5
25.- ¿Quien crees que seria generalmente el mas indicado para informar sobre los métodos anticonceptivos a los jóvenes?					25
los padres <input type="checkbox"/> 1	los maestros <input type="checkbox"/> 2	los amigos <input type="checkbox"/> 3		la pareja <input type="checkbox"/> 4	la iglesia <input type="checkbox"/> 5
26.- ¿Conoces si existe un lugar en tu comunidad donde informen sobre el uso de métodos anticonceptivos?					26
si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2				
27.- ¿Consideras que es necesario exigir el uso de condón en una relación sexual?					27
si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2	depende la persona <input type="checkbox"/> 3		no es necesario <input type="checkbox"/> 4	
28.- ¿Si tuvieras oportunidad de tener una relación sexual casual pero no tienes condón lo harías?					28
si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2			solo si la persona se ve sana <input type="checkbox"/> 3	
29.- ¿Estarías dispuesto a usar el condón, si la persona con quien vas a tener relaciones sexuales te pidiese que lo usaras?					29
si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2				



fecha de nacimiento		dia	mes	año	hoja 3/4
30.-	¿Qué crees que es una infección de transmisión sexual?				30
	<i>enfermedad que se contrae por la picadura de un mosquito</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>enfermedad que se contrae por comer comida contaminada</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>enfermedad que se contrae por tener relaciones sexuales</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>enfermedad que se presenta con vómito y diarrea</i>	<input type="checkbox"/>			
31.-	¿Cómo crees que los jóvenes pueden prevenir una Infección de transmisión sexual?				31
	<i>no teniendo relaciones sexuales</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>usando condón</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>siendo fiel</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>evitando comer comida contaminada</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>lo desconozco</i>	<input type="checkbox"/>			
32.-	¿Si tuvieras que protegerte de una Infección de transmisión sexual como lo harías?				32
	<i>usando condón</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>que se retire el pene rápidamente</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>lo desconozco</i>	<input type="checkbox"/>			
33.-	¿Se ha contagiado de una Infección de transmisión sexual alguno de tus amigos o amigas?				33
	<i>si</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>no</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>lo desconozco</i>	<input type="checkbox"/>			
34.-	¿Estas de acuerdo con tu apariencia física?				34
	<i>si</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>no</i>	<input type="checkbox"/>			
35.-	¿Si pudieras cambiar tu apariencia física lo harías?				35
	<i>si</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>no</i>	<input type="checkbox"/>			
36.-	¿Te consideras mas feliz o menos que los demás?				36
	<i>más feliz que los demas</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>menos feliz que los demás</i>	<input type="checkbox"/>			
37.-	¿Qué significa para ti el noviazgo?				37
	<i>un paso para llegar al matrimonio</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>un medio para tener relaciones sexuales seguras</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>una forma para tener un hijo sin tener que casarse</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>una forma de relación social únicamente</i>	<input type="checkbox"/>			
38.-	¿Alguna vez has intercambiado besos y/o caricias con tu pareja, novia, etc.?				38
	<i>muy frecuentemente</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>rara vez</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>nunca</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>no tengo novio</i>	<input type="checkbox"/>			
39.-	¿Crees que los jóvenes que han tenido novio o novia por mucho tiempo deben mantener relaciones sexuales para reforzar su noviazgo?				39
	<i>si</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>no</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>solo si la pareja te lo pide</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>solo si peligra su noviazgo</i>	<input type="checkbox"/>			
40.-	¿Alguna persona que vive en tu casa consume bebidas embriagante?				40
	<i>si</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>no</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>lo desconozco</i>	<input type="checkbox"/>			
41.-	¿Crees que el consumo de cualquier bebida embriagante provoca que puedan tener relaciones sexuales sin planearlo?				41
	<i>si</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>no</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>lo desconozco</i>	<input type="checkbox"/>			
42.-	¿Alguna vez tú has consumido bebidas embriagantes y te ha provocado problemas en tu familia?				42
	<i>si</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>no</i>	<input type="checkbox"/>			
43.-	¿Sabes de algún joven con los que convives que haya sido maltratado por su familia?				43
	<i>si</i>	<input type="checkbox"/>			
	<i>no</i>	<input type="checkbox"/>			



fecha de nacimiento		dia	mes	año	hoja 4/4	
44.- ¿Crees que una mujer debe de ser humillada por su pareja si tuvo la culpa de provocar su ira?	si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2			44 <input type="checkbox"/>	
45.- ¿Alguna vez el novio o pareja de alguna de tus amigas la ha humillado, insultado o quizás golpeado?	si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2			45 <input type="checkbox"/>	
46.- ¿Cuántas horas al día dedicas a platicar con tus padres?	menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1	de 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> 2	rara vez lo hago <input type="checkbox"/> 3	nunca lo hago <input type="checkbox"/> 4	46 <input type="checkbox"/>	
47.- ¿Consideras que tienes problemas de comunicación con tus padres?	si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2	a veces <input type="checkbox"/> 3		47 <input type="checkbox"/>	
48.- ¿Cuando tienes un problema, la comunicación con tus padres es inmediata, abierta y clara?	si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2	a veces <input type="checkbox"/> 3		48 <input type="checkbox"/>	
49.- ¿En tu casa se platica sobre sexualidad?	si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2	a veces <input type="checkbox"/> 3		49 <input type="checkbox"/>	
50.- ¿De que cosas platicas con tus amigos?					50 <input type="checkbox"/>	
51.- ¿Consideras que si tuvieras que hablar sobre sexualidad con tu familia la persona mas indicada seria?	madre <input type="checkbox"/>	padre <input type="checkbox"/>	hermanos <input type="checkbox"/>		51 <input type="checkbox"/>	
52.- ¿Con quien crees que es más difícil comunicarte?	madre <input type="checkbox"/>	padre <input type="checkbox"/>	hermanos <input type="checkbox"/>	amigos <input type="checkbox"/>	maestros <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>
53.- ¿Crees que a los jóvenes se les presionan por los mismos amigos para que inicien una relación sexual?	si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2	a veces <input type="checkbox"/> 3		53 <input type="checkbox"/>	
54.- ¿Quién crees que es la persona quien presiona más a los jóvenes para que eviten tener relaciones sexuales fuera del matrimonio?	madre <input type="checkbox"/>	padre <input type="checkbox"/>	hermanos <input type="checkbox"/>	amigos <input type="checkbox"/>	maestros <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>
			sacerdote <input type="checkbox"/>			
55.- ¿Consideras que la mujer es la responsable de usar métodos anticonceptivos para no resultar embarazada y evitar deshorrar a la familia?	si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2			55 <input type="checkbox"/>	
56.- ¿Conoces si existe programas en apoyo al adolescente desde el punto de vista reproductivo?	si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2			56 <input type="checkbox"/>	
57.- ¿Consideras que no hay impedimento para acudir al centro de salud a solicitar condones o alguno otro método de planificación familiar?	si <input type="checkbox"/> 1	no <input type="checkbox"/> 2	a veces <input type="checkbox"/> 3		57 <input type="checkbox"/>	

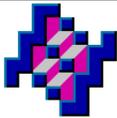
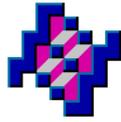


MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIÁS, JALISCO 2008.

Definición de indicadores de evaluación

ANEXO 12

VARIABLE	INDICADOR	OPERACIONALIZACION	LOGRO
Variables para evaluar el proceso			
Cumplimiento del Programa Académico	Grado de cumplimiento del programa académico por el grupo capacitador 0 al 60%= malo 61 al 79%= regular 80% y más= adecuado	Porcentaje obtenidos por el grupo intervenido en el cuestionario referente al grado de cumplimiento del programa académico / total de cuestionarios aplicados	90% adecuado
Grado de satisfacción de los talleres	Satisfacción de los adolescentes hacia el desempeño de los ponentes, de las instalaciones y material didáctico utilizado. 0 al 60%= malo 61 al 79%= regular 80% y más= adecuado	Porcentaje obtenidos por el grupo intervenido en el cuestionario referente al grado de satisfacción de los talleres/ total de cuestionarios aplicados	100% adecuado
Variables para evaluar el impacto			
Incremento del conocimiento obtenido en el grupo intervenido	Porcentaje de incremento del conocimiento del grupo intervenido	Porcentaje de incremento del conocimiento obtenido mediante la aplicación del cuestionario en la segunda medición en el grupo intervenido/total de cuestionarios aplicados	48%
Disminución de actitudes en el grupo intervenido	Porcentaje de disminución de actitudes en el grupo intervenido.	Porcentaje de disminución de actitudes obtenido mediante la aplicación del cuestionario en la segunda medición en el grupo intervenido/total de cuestionarios aplicados	20%
Disminución de creencias en el grupo intervenido	Porcentaje de disminución de creencias en el grupo intervenido.	Porcentaje de disminución de creencias obtenido mediante la aplicación del cuestionario en la segunda medición en el grupo intervenido/total de cuestionarios aplicados	32%
Variables para evaluar los resultados			
Control Prenatal en adolescentes	Ingresos a control prenatal en la unidad de salud en el grupo de 10 a 19 años	Número de ingresos de control prenatal en adolescentes de 10 a 19 años en el año 2008/ total de ingresos de control prenatal en el año 2008 x 100	pendiente
Partos atendidos	Mujer atendida por parto/cesárea del grupo de 10 a 19 años	Partos atendidos en mujeres de 10 a 19 años durante el año 2008/partos atendidos en el año 2008 x 1000	pendiente
Mujeres adolescentes embarazadas	Mujeres embarazadas adolescentes/ total de mujeres en el grupo de edad	Número de mujeres adolescentes embarazadas/ Total de mujeres en este grupo de edad del Municipio del año a evaluar x 100,000	Pendiente



Minuta de Reunión con Padres de Familia

Gómez Farías, Jalisco a de del 2008.

Estando reunidos en la Escuela Secundaria No. 66 de la localidad de Gómez Farías, Jalisco y siendo las _____ hrs del día _____ de _____ del presente, se encuentran _____ padres de familia se procede a llevar a cabo la información sobre la Intervención Educativa Vivencial que se llevara a cabo en la localidad de Gómez Farías, Jalisco.

Habiendo el _____% de los padres citados, determinando que inicia quórum legal, se inicia la reunión programada. Se exponen los siguientes puntos:

Punto1.-

Acuerdo _____

Punto2.-

Acuerdo _____

Asunto
varios: _____

Se determina que la próxima reunión se realice el día _____ de _____ del presente año a las _____ hrs. en estas mismas instalaciones.

ATENTAMENTE

Nombre de quien realizo el acta de la reunión

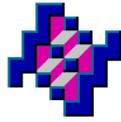


MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS, JALISCO 2008.

Lista de asistencia
ANEXO 14

<i>Lista de asistencia</i> Dia _____ Mes _____ del 2008.			
---	--	--	--

No.	Nombre del padre	Domicilio del padre de familia	Nombre del alumno (a)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			



MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS, JALISCO 2008.

*Autorización de los padres y alumnos
ANEXO 15*

Autorización de participación

En mi carácter de padre, madre o tutor de un estudiante apto para participar en el proyecto de intervención educativa vivencial, he leído y comprendo lo siguiente:

Mi hija será el único cuidador del simulador infantil el Bebé cuyos sonidos reproducen aquellos de un bebé real. Esta experiencia ha sido diseñada para demostrar a mi hija el compromiso de tiempo completo que requiere el cuidado de un bebé. Requerirá además cuidados durante el día y la noche. Cuando el bebé lllore será responsabilidad de mi hija atender sus necesidades.

El llanto del Bebe y las necesidades de cuidado pueden provocar que mi hija pierda horas de sueño y posiblemente el bebé moleste a otros miembros de la familia. La falta de sueño puede causar somnolencia. No permitiré que mi hija conduzca si está demasiado cansada.

Me han informado las medidas de seguridad que mi hija deberá seguir respecto de la ID y el brazaletes para evitar lesiones.

Me comprometo a reembolsar al Centro de Salud de Gómez Farías hasta \$10,000.00 (diez mil pesos 00/100 m.n) por todo daño al simulador infantil y al equipo que se provee con el mismo.

Habiendo leído todo lo que antecede, me comprometo a permitir que _____ participe en el programa de intervención educativa vivencial.

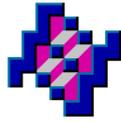
Nombre _____

Firma _____ Fecha _____

Entiendo que si no permito que mi hija participe en este proyecto, ella no recibirá una calificación menor debido a mi negativa. Entiendo que se le asignará una tarea que requiera la misma cantidad de trabajo para suplir este proyecto

Nombre _____

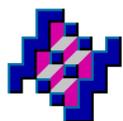
Firma _____ Fecha _____



MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.

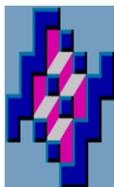
Carta descriptiva de la sesión educativa
ANEXO 16 (hoja 1)

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA MAESTRIA EN SALUD PUBLICA		HOJA 1 DE 2 FECHA:				
	CARTA DESCRIPTIVA DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN EL MUNICIPIO DE GOMEZ FARIAS, JALISCO						
NOMBRE DEL CURSO: Taller de capacitación sobre salud sexual y reproductiva en el adolescente			Dirigido a: adolescentes				
TIPO DE CURSO O EVENTO: <u>Curso-Taller</u>			DURACION: MESES: _____ DIAS: _____ 8 horas _____				
RESPONSABLE DEL CURSO O EVENTO: <u>Dra. Columba Imelda Soto Garcia</u>			NOMBRE DE LA UNIDAD: <u>Centro de Salud de Gómez Farias, Jalisco</u>				
OBJETIVO GENERAL: _____			SEDE: <u>Aula de usos múltiples</u>				
Aumentar el nivel de conocimiento sobre los aspectos sexual y reproductivos en el adolescente para evitar el embarazo no planeado			CUPO: <u>40 personas.</u>				
			FECHA DE INICIO DEL CURSO: <u>Mayo-Junio del 2008</u>				
FECHA Y HORARIO	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	TECNICA DIDACTICA	AUXILIARES DIDACTICOS	EVALUACION	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFIA
8.30-8.45	Registro	Control de la asistencia.			Lista de asist.	Enf. Sandra Castolo	
8.45-9.00	Bienvenida	Generar empatía, con y entre los participantes al Taller.	Saludo y presentación	Rotafolio Marcadores		Dr. Alvaro Elizondo Verduzco	
9.00-9.15	Presentación, expectativas y el curso y objetivo del mismo	Que los participantes se conozcan y compartan sus expectativas.	Presentación	Ninguno		Dr. Columba Soto García.	
9.15-9.45	Conocimiento de la anatomía y cambios fisiológicos	Conocer el nivel de conocimientos	Presentación	Ninguno		Dr. Columba Soto García.	Norma Oficial Mexicana
9.45-10.00	Conocimiento y actitudes del adolescente	Que los participantes, reconozcan los cambios psicologicos en dicha etapa	Exposición participativa	Rotafolio Marcadores		Dr. Columba Soto García.	NOM-005-SSA2-1992
10-10.15	R	E	C	E	S	O	
10.15-10.45	Conocimiento sobre la prevención de embarazo	El alumno conocerá la importancia sobre la prevención de un embarazo		Cañón Lap top		Dr. Columba Soto García.	
10.45-11.30	Conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual	El alumno conocerá las medidas de prevención y diagnostico oportuno de las ITS	Exposición	Cañón Lap top Power Point	Evaluación	Dr. Columba Soto García.	Norma oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999
11.30-11.45	Sesion de preguntas y respuestas	Que los participantes con sus preguntas ayuden a profundizar el tema	Preguntas respuestas	Rotafolio Marcadores		Dr. Columba Soto García.	
						Dra. Columba Soto García.	
						RESPONSABLE DE CAPACITACION	



MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.

Carta descriptiva de la sesión educativa
ANEXO 17 (hoja 2)



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

HOJA 2 DE 2 FECHA:

CARTA DESCRIPTIVA DEL PROYECTO DE INTERVENCION
EN EL MUNICIPIO DE GOMEZ FARIAS, JALISCO

NOMBRE DEL CURSO: Taller de capacitación sobre salud sexual y reproductiva en el adolescente

TIPO DE CURSO O EVENTO: Curso-Taller

RESPONSABLE DEL CURSO O EVENTO: Dra. Columba Imelda Soto Garcia

OBJETIVO GENERAL:

Aumentar el nivel de conocimiento sobre los aspectos sexual y reproductivos en el adolescente para evitar el embarazo no planeado.

Dirigido a: adolescentes

DURACION: MESES: _____ DIAS: 8 horas _____

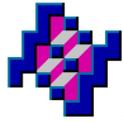
NOMBRE DE LA UNIDAD: Centro de salud de Gomez Farias, Jalisco

SEDE: Aula de usos múltiples

CUPO: 40 personas.

FECHA DE INICIO DEL CURSO: mayo-junio 2008

FECHA Y HORARIO	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	TECNICA DIDACTICA	AUXILIARES DIDACTICOS	EVALUACION	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFIA
12-12.15	R	E	C	E	S	O	
12.30-13.15	Conocimiento sobre metodos de planificacion familiar	El alumno conocerá los métodos de planificacion familiar	Exposición.	Cañon Lap top Power point		Dra. Columba Soto Garcia	Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA-1993
13.15-13.30	Sesion de preguntas y res_puestas	Que los participantes con sus preguntas ayuden a profundizar el tema	Preguntas respuestas	Rotafolio Marcadores		Dra. Columba Soto Garcia	
13.30-14.30	Embarazo de alto riesgo aborto	Que los participantes conozcan los riesgos de un embarazo de alto riesgo y de un aborto	lluvia de ideas exposición	rotafolio marcadores		Dra. Columba Soto Garcia	Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993
14.30-14.45	Evaluación	Conocer el nivel de conocimientos			Post evelauación	Enf. Sandra Castolo	



CARTA COMPROMISO DEL ADOLESCENTE

Entiendo que me comprometo a llevar al bebé a mi casa, hacer los arreglos necesarios y participar en una experiencia de simulación de maternidad.

Mi Bebé es _____ (nombre).

Me comprometo a:

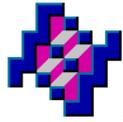
Me comprometo a:

- ✓ *Responsabilizarme completamente por el Bebe"*
- ✓ *Cuidar al Bebé como si fuera un bebé real*
- ✓ *Llevar conmigo en todo momento y a todo lugar el Bebé, el bolso de pañales y los elementos necesarios para el cuidado adecuado.*
- ✓ *No dejar al Bebé a solas o con alguien a menos que haya recibido autorización previa por parte de mi instructor*
- ✓ *Nunca abusar o descuidar al Bebé. Lo trataré con paciencia y cuidado.*
- ✓ *No alterar los componentes electrónicos internos, la ID ni el brazalete*
- ✓ *Llevar un registro completo de toda la información requerida para mi diario.*
- ✓ *Cuidar al Bebé durante todo el periodo de tiempo asignado, entregar al final del tiempo asignado el diario completo y otras hojas de actividades requeridas y entregar al Bebé únicamente al instructor o a la persona designada por él.*

Lista de Cotejo



- Bebé*
- Bolso de Pañales*
- Biberón*
- Pañales (1 par)*
- Brazalete*
- Cobijas (1 par)*



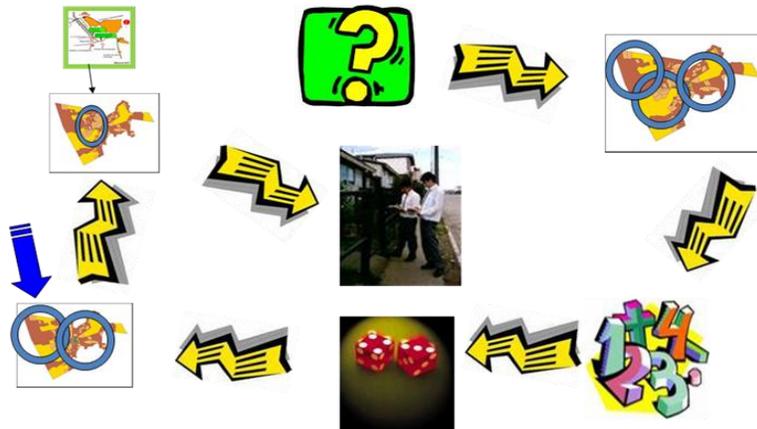
DIAGNOSTICO INTEGRAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GOMEZ FARIAS, JALISCO
Metodología utilizada
ANEXO 19

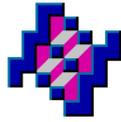
METODOLOGIA



DIAGNOSTICO INTEGRAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GOMEZ FARIAS, JALISCO
Selección de Unidades de Muestreo
ANEXO 20

METODOLOGIA





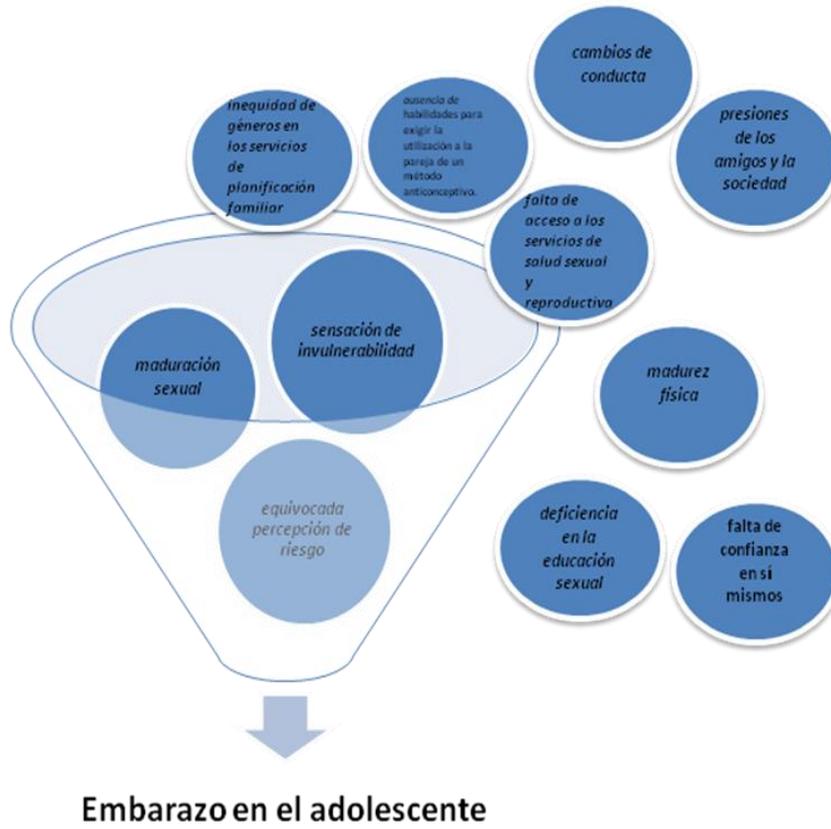
PRIORIZACION DEL PROBLEMA DE SALUD
ANEXO 21

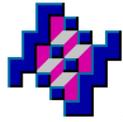


MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIÁS, JALISCO 2008.

Causas que condicionan un embarazo no planeado

ANEXO 22





MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS, JALISCO 2008.

Problemas secundarios

ANEXO 23

PROBLEMAS SECUNDARIOS

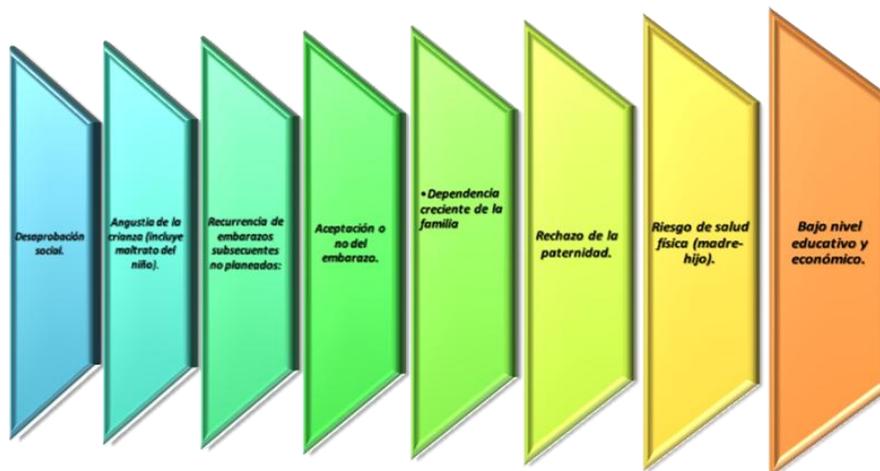


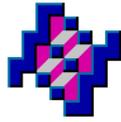
MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS, JALISCO 2008.

Consecuencias de un embarazo no planeado

ANEXO 24

CONSECUENCIAS QUE DEBE AFRONTAR EL ADOLESCENTE CON UN EMBARAZO NO PLANEADO





MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.

Tipos de factibilidad
ANEXO 25



MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.

Factibilidad del mercado
ANEXO 26

FACTIBILIDAD DEL MERCADO

La intervención que se propone en el Municipio de Gómez Farías, Jalisco será encaminado a los adolescentes, por ser el grupo de riesgo en la priorización de problemas de embarazo en el adolescente de este Municipio

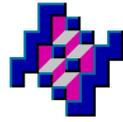
Según la proyección de población 2006, CONAPO este Municipio cuenta con una población total de 13380 habitantes de los cuales 6787 son mujeres (50.7%) y 6593 son hombres (49.3%). El 44.3% son menores de 19 años, de los cuales 22.07% de la población corresponde al grupo de 10 a 19 años de edad. Es precisamente en este grupo donde estará dirigido el proyecto de intervención

A través del tiempo, los adolescentes representan casi el 25% de la población total en dicho municipio

Si analizamos el incremento que ha surgido en los últimos 20 años, en el año 1985 ocurrieron 414 nacimientos en mujeres en edad fértil, de los cuales 28 de ellos sucedieron en adolescentes de 12 a 19 años que equivale al 6.7%. Entre tanto para el año 2005 el 14.9% de los nacimientos fue en adolescentes de 12 a 19 años aumentando la incidencia a más del 222.38%

No se cuenta con servicios médicos orientados específicamente a la prevención de dicho problema de salud en el Municipio, más se planea en un largo plazo ampliar la Unidad de Salud para contar con un área específica para la atención del adolescente.

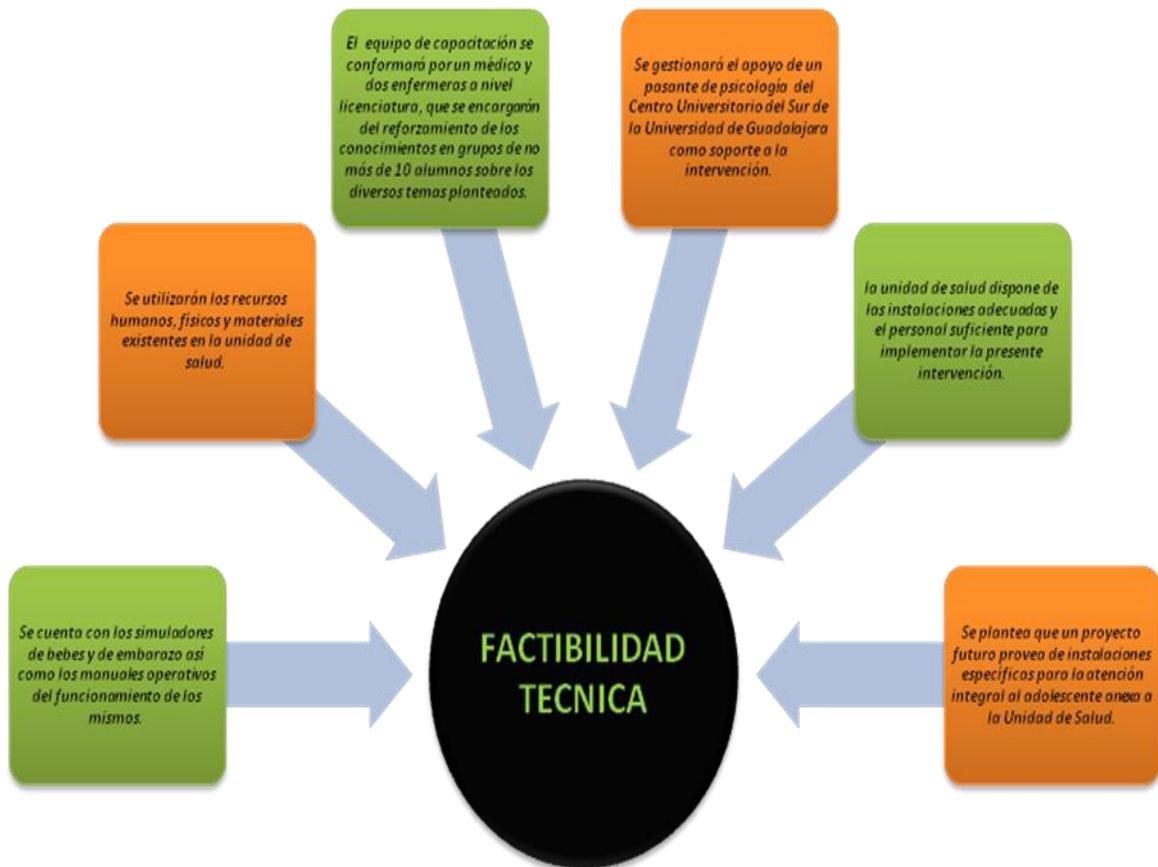
la atención es gratuita Durante el año 2003 acudieron por primera vez 1626 adolescentes de 10 a 19 años, que corresponde al 17.3% del total de usuarios de primera vez en dicho año; 2286 adolescentes solicitaron consulta subsecuentes en el mencionado año que correspondió al 18.1% de la consulta subsecuente de dicha unidad de salud

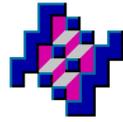


MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.

Factibilidad técnica
ANEXO 27

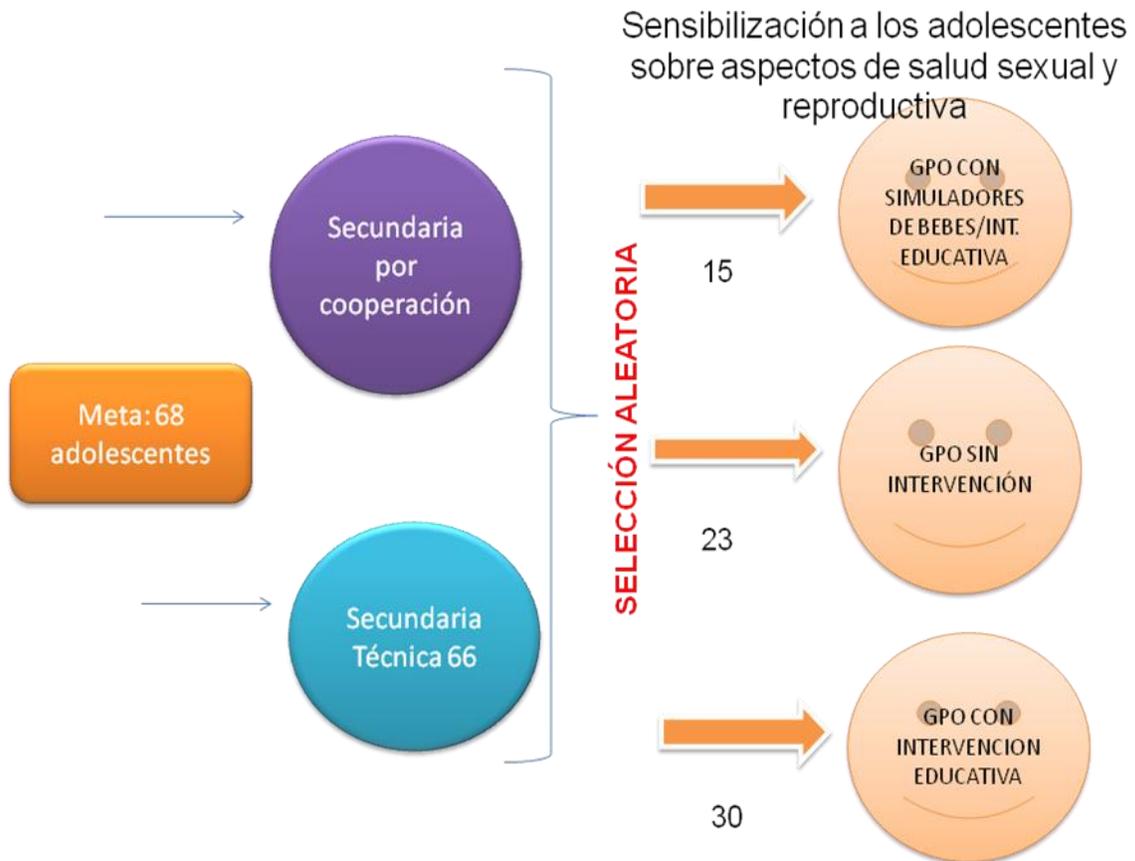
FACTIBILIDAD TECNICA

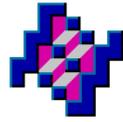




MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS, JALISCO 2008.

Metodología. Selección de grupos en la intervención
ANEXO 28

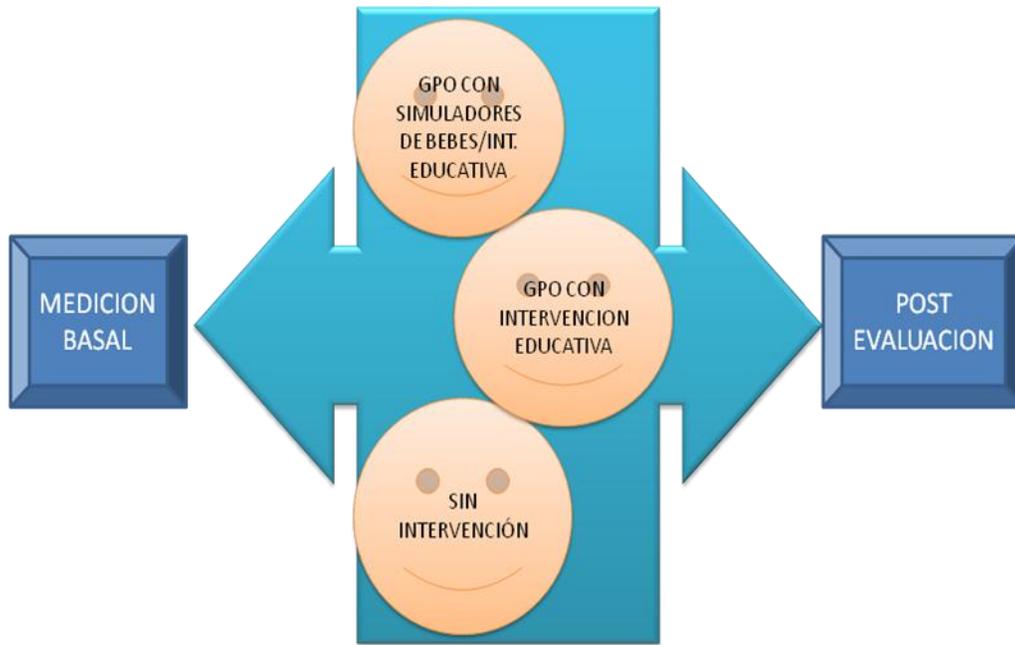


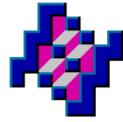


MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIAS, JALISCO 2008.

Metodología. Aplicación de instrumento a grupos seleccionados

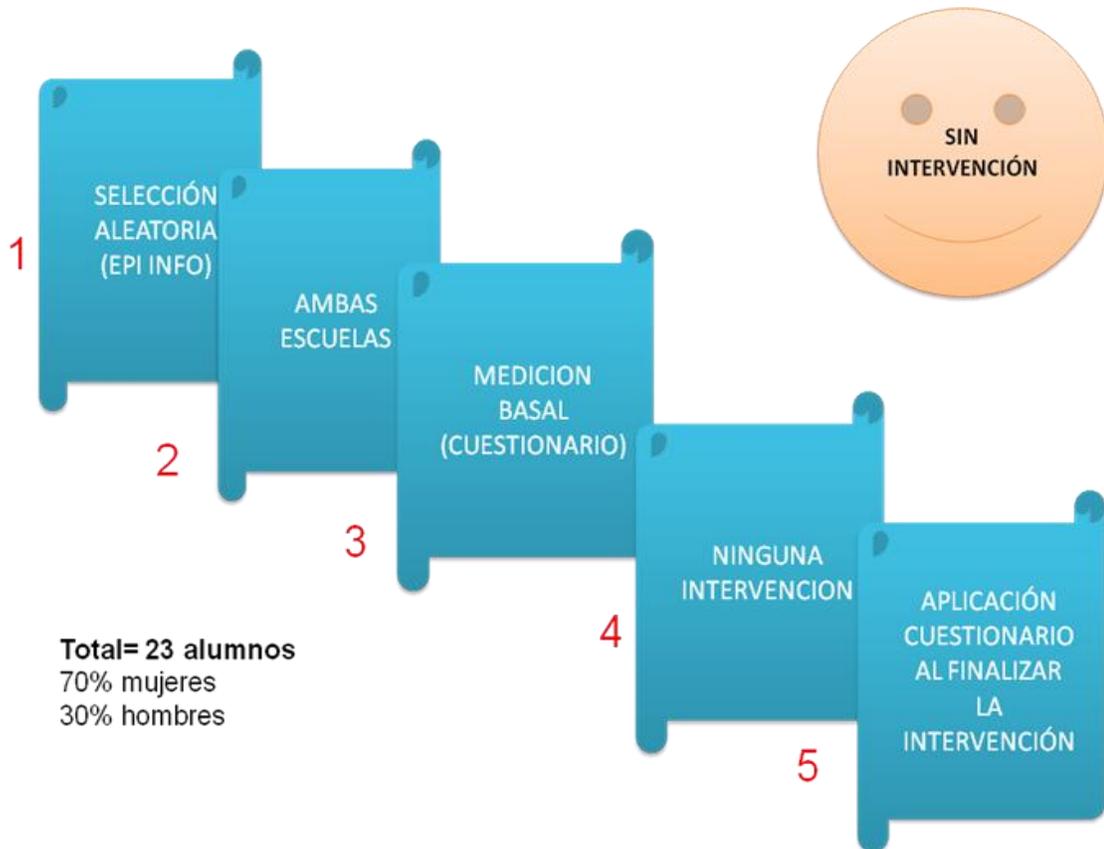
ANEXO 29

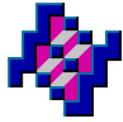




MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS, JALISCO 2008.

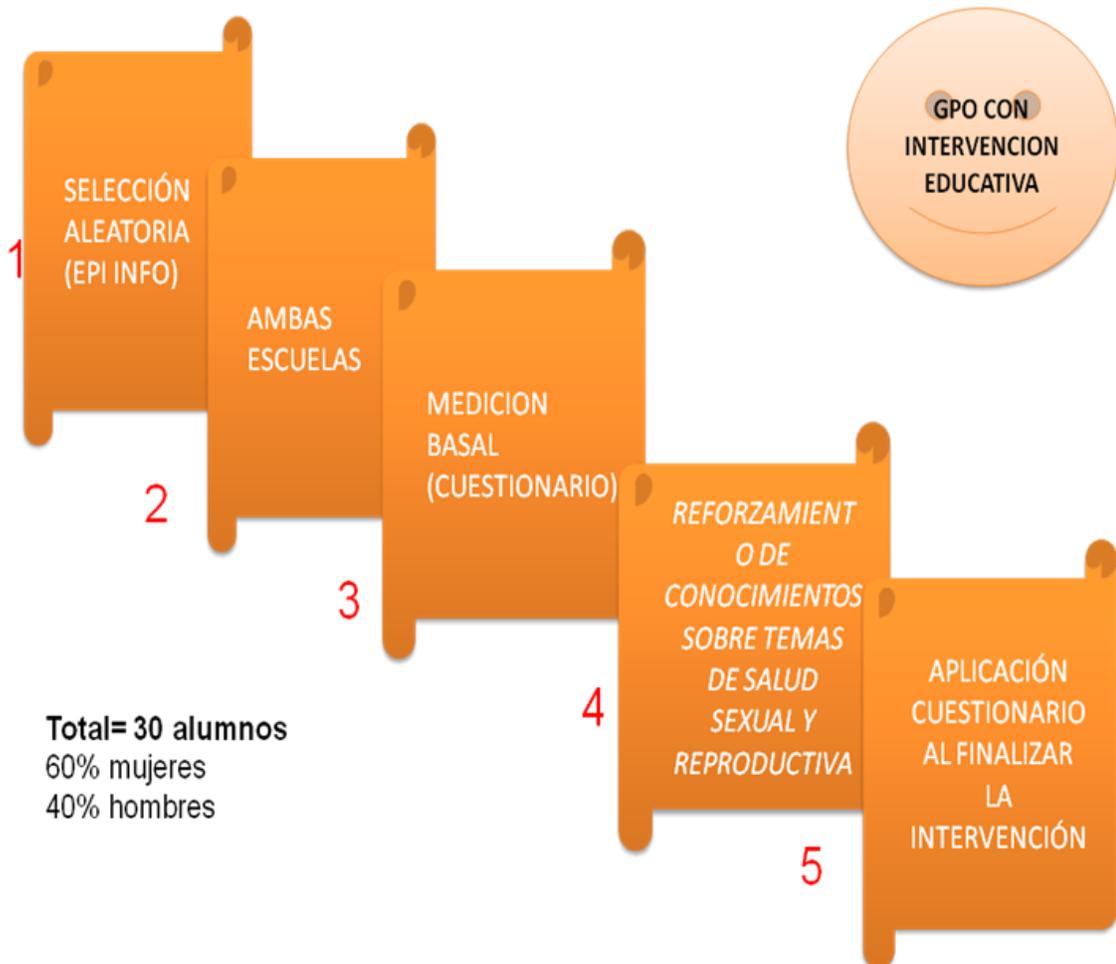
Metodología. Grupo control
Anexo 30

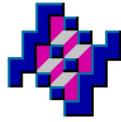




MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARÍAS, JALISCO 2008.

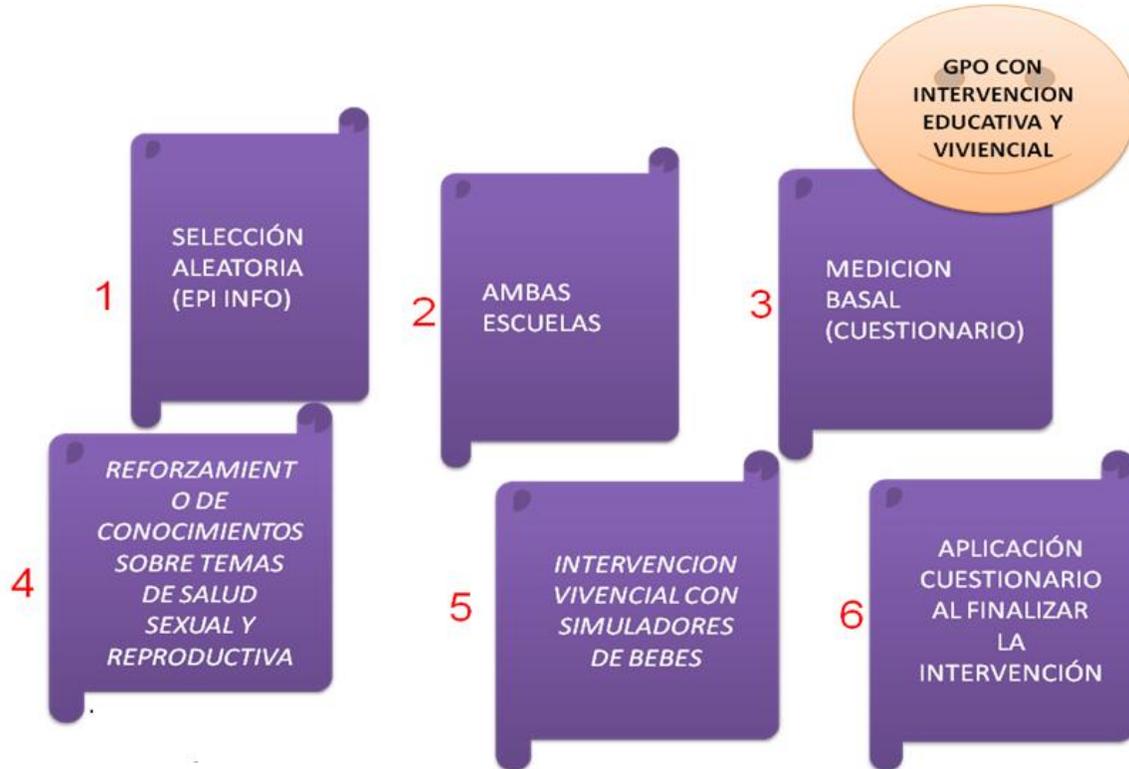
Metodología. Grupo con intervención educativa
Anexo 31





MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIVENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO DE GÓMEZ FARIÁS, JALISCO 2008.

Metodología. Grupo con intervención educativa y vivencial
Anexo 32



Total =15 alumnas
100% mujeres