

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

AREA DE CONCENTRACION EPIDEMIOLOGIA

SEDE TLALPAN

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL

**INTERVENCION EDUCATIVA EN ADOLESCENTES, PARA LA PRÁCTICA RESPONSABLE DE SU
SEXUALIDAD**

EN LA LOCALIDAD DE SAN MIGUEL TOPILEJO, TLALPAN

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

Presenta:

M.C. Estela Chávez Bucio

Número de Matrícula 2011220208

Director de Proyecto Terminal Profesional

Dr. Noe Guarneros Soto

Asesora

Dra. María Eloisa Dickinson Bannack

Agosto de 2014

AGRADECIMIENTOS

A mis hijas

Por creer en mí, por permitirme robarles mi tiempo a su tiempo, por la falta de palabras de una madre a su vida, por creer darme cuenta de todas sus necesidades a la que muy pocas veces reclamaron, por sus besos o sonrisas de consuelo a mis desvelos y recibir sin cesar un te quiero. Por crecer a mi lado, por su comprensión y madurez ante las circunstancias y, aun en mi ausencia saber y hacerme saber que contaban conmigo y yo con ellas. Por entender que esta etapa de satisfacción propia, también obedece a un bienestar familiar presente y futuro que ahora concluye para dar inicio a otra etapa en la que siempre juntas hemos aprendido que el amor y la unión, son fuerzas indestructibles que prosperan en lo que somos “una bella familia”.

A mis padres y hermanos

Por decirme “adelante, sabemos que tú puedes”. Por los momentos reducidos de convivencia familiar y profesional para con ellos, los que aceptaron y apoyaron. A mis padres por su apoyo incondicional en todo momento, físico, económico, moral, emocional y no frenar uno de mis anhelos, una de mis metas.

A mis profesores y compañeros

Por permitirme una y otra vez aclarar mis dudas, por escucharme, por sus palmaditas de apoyo, por ser más que profesores, ser parte del camino, algunos muy cercanos, otros impulsando. A mis compañeros por su enseñanza, por ser auténticos y aprender directa e indirectamente de ellos. Por los múltiples momentos de risas, de canto, de alegría y porque además gané amistades en algunos de ellos.

A mis estimados asesores

Por aceptar ser mi comité, por su paciencia ante lo que parecía ser no entendible, por ser mi guía, por la sutileza de palabras y orientar el trabajo cuantas veces fue necesario. Por dejarme ver que en todo momento algo se aprende. Por brindarme tiempo acompañado de una sonrisa. A las dos personas que no siendo parte de ese comité, me apoyaron durante su tiempo laboral e incluso personal. Gracias LHC y RACF.

A mis amigos

Amigos de largo recorrido, a los de reencuentro y a los nuevos amigos, a todos ellos que se interesaron por decir “falta poco, pronto festejaremos”. Palabras sinceras que llevo conmigo.

A una persona muy especial

Por ser parte de todo el proceso, desde el principio hasta el final, por saber que era un reto muy importante y de una manera sencilla haberme ayudado a enfrentar el miedo, miedo a mí misma, miedo a lo que podía venir, recordando lo fuerte que soy y lo fuerte que podía ser, a no dejarme vencer, a reconocer que si hay que llorar o sufrir se puede hacer, pero después hay que continuar hasta alcanzar lo soñado. Que la vida es para vivirla, para gozarla, para disfrutarla, porque la felicidad se tiene siempre que se quiere.

Hoy concluyo solo una etapa más en mi vida profesional, personal, familiar, y abre las puertas a etapas nuevas o da continuidad a otras.

“Gracias Dios porque me siento feliz y por poner a tanta persona bella en mi camino”.

“Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de los nacimientos del mundo;...siete países representan por sí solos, la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, La República Democrática del Congo, Etiopía, La India, Nigeria y los Estados Unidos de América”¹

INDICE

	Página
1. Introducción.....	7
2. Antecedentes.....	8
2.1. Diagnóstico de la Salud Materno Infantil de Topilejo, Tlalpan 2011.....	11
3. Marco Teórico.....	16
3.1. Programas internacionales para la prevención de embarazo precoz e ITS.....	16
3.2. Programas regionales, nacionales y locales	17
3.3. Factores de riesgo para embarazo temprano.....	20
3.4. Factores protectores para el embarazo adolescente.....	22
3.5. Glosario	23
4. Planteamiento del problema.....	28
5. Justificación.....	29
Hipótesis.....	29
6. Objetivos	
6.1. Objetivo General.....	30
6.2. Objetivos Específicos.....	30
7. Metodología	
7.1. Tipo y Diseño del estudio.....	31
7.2. Descripción del método e instrumentos a utilizar.....	31
7.2.1. Población.....	31
7.2.2. Muestra.....	32
7.2.3. Variables.....	32
7.2.4. Definición operacional de variables.....	32
7.2.5. Instrumentos.....	35
7.3. Diseño de la intervención.....	35
7.4. Plan de análisis.....	39
7.5. Evaluación.....	39
8. Estudio de factibilidad	
8.1. Factibilidad técnica.....	41
8.2. Factibilidad financiera.....	41
8.3. Estimación de recursos.....	41
8.4. Factibilidad social.....	42
8.5. Factibilidad política.....	43
9. Consideraciones éticas.....	43
10. Resultados	44
11. Discusión.....	55
12. Conclusiones y Recomendaciones.....	60
13. Limitaciones.....	61
13.1. Presupuesto.....	61
14. Referencias Bibliográficas.....	62
15. Anexos	
Cuestionario sobre sexualidad.....	67
Cuestionario de asertividad.....	72
Cuestionario de autoconcepto	74

Cartas de consentimiento informado para padres de hijos participantes	75
Cartas de asentimiento informado	79
Aviso de privacidad.....	81
Tarjeta de contactos.....	83
Cronograma.....	84
Fórmula para cálculo de la muestra.....	85

1. Introducción

El embarazo no deseado en adolescentes es un problema de salud pública a nivel local, nacional y mundial.

Hoy en día, los adolescentes inician su vida sexual tempranamente, se exponen de manera permanente a actos propios que ponen en riesgo su salud; aunque reciben información en diferentes momentos de su formación educativa, ésta puede ser estereotipada y rutinaria, por lo que ésta puede ser insuficiente y no siempre confiable sobre los riesgos de adquirir ITS y embarazos no deseados, por otra parte, no se perciben como vulnerables, por lo que no ponen interés en su salud. La salud reproductiva es una de las prioridades de atención en la sociedad, las repercusiones en el desarrollo de ésta en la mujer, continua mostrando daños importantes en la salud de la misma a nivel individual y público como la morbi-mortalidad materna, el embarazo temprano y/o no deseado, las Enfermedades e Infecciones de Transmisión Sexual y con ellos las derivadas de los costes sociales. Así entonces, continúa observándose que el embarazo en adolescentes tiene altas prevalencias a nivel mundial, lo cual lo hace un problema de salud pública. Es causa y consecuencia de grandes desigualdades sociales, económicas y de género, afectando la salud y el desarrollo individual, educativo y laboral de las y los adolescentes y jóvenes. Su atención es prioritaria, ya que además se convierte en un problema múltiple, afectando a las adolescentes en su desarrollo humano, físico y mental; la salud del propio producto proveniente de una madre sin el desarrollo de capacidades, lo vuelve aún más vulnerable, con un crecimiento y nutrición intra y extrauterino inadecuados. El desarrollo del binomio se ve afectado y con éste, la población en su generación futura.

El crecimiento y desarrollo poblacional, la economía, el capital humano, depende del estado de salud de su población y viceversa; el embarazo en adolescentes se suma al desequilibrio dinámico social. La prevención del embarazo en adolescentes depende de varios factores y determinantes sociales, por lo que su atención en salud pública, requiere de esfuerzos conjuntos. Por ello, las intervenciones educativas, son una estrategia para el empoderamiento de la mujer para la toma de decisiones libre, informada y consciente sobre su sexualidad y maternidad.

Es por ello que, se pretende realizar un estudio para lograr que los adolescentes, en quienes se lleve a cabo una intervención educativa, alcancen un incremento efectivo del conocimiento sobre su sexualidad, que le permita ser asertivo en sus decisiones respecto al uso de su sexualidad, con ello disminuir y en el mejor de los casos evitar, las consecuencias de conductas sexuales de riesgo, con enfoque al embarazo temprano que por consecuencia, repercutiría en su proyecto de vida.

La intervención se realizará en alumnos de nivel secundaria cursando el tercer grado; el impacto será medido, analizado y evaluado, comparando éste, en el grupo de estudio con el grupo control. Derivado de ello, se emitirán las recomendaciones al mismo, el cual se pretende pueda ser perfeccionado para ser utilizado y replicado.

2. Antecedentes

La población adolescente, ha fluctuado al paso de tiempo, su dinámica de crecimiento ha dejado notar la necesidad de dar atención a este grupo, ya que al empezar a salir del seno familiar, se vuelve susceptible de riesgos.

En una revisión bibliográfica sobre el perfil de salud sexual y reproductiva, en relación a los adolescentes en América Latina y el Caribe que comprendió de los años 1990 a 1997, se reportaron las siguientes características demográficas, de anticoncepción, de mortalidad y de fecundidad:²

Demográficas.

El porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años, oscilo entre 20 a 24% de la población mundial total. En México, ésta población representaba el 22%. La mayoría de los países de esta región mejoraron el acceso a educación básico de las niñas en un 60% (México entre ellos), pero distante del 75% de países desarrollados, quienes completaron 10 años o más. La escolaridad es una variable a tener en cuenta para el inicio de la vida sexual de los y las adolescentes. En Colombia, República Dominicana, Guatemala y México, se observó que las mujeres que recibieron diez años o más de escolaridad tenían cuatro veces menos probabilidades de iniciar su actividad sexual antes de cumplir los 20 años, en comparación que aquellas que recibieron sólo cuatro años de escolaridad. En el ámbito laboral, la población de mujeres entre 15 y 19 años en la región que forman parte de la fuerza laboral, osciló entre 7 y 46%; México y Bolivia ocuparon las cifras más altas con 46 y 39% respectivamente debido a subsistencia de trabajo doméstico remunerado. Las mujeres que ingresaron en algún tipo de unión antes de la edad de 20 años varió entre el 36% al 60%, y la probabilidad de tener un primer hijo antes de los 20 años varía entre el 30% al 50%. Según datos del Instituto Alan Guttmacher (1998), entre el 46 y el 63% de las mujeres latinoamericanas y caribeñas ha tenido una relación sexual antes de los 20 años de edad, incluidas las que ocurren dentro del matrimonio. Una encuesta para México en 1988 reveló que el 16% de mujeres entre 12 y 19 años, ya habían tenido relaciones sexuales.²

Por otro lado, la mediana de la edad del primer coito para Guatemala, Brasil (San Pablo y San Salvador), Quito y Ecuador, es de 15.7 años comparado con 17 años en ciudad de México.²

Datos sobre anticoncepción.

El porcentaje de conocimiento sobre algún método anticonceptivo por mujeres de 15 a 24 años en casi la mitad de los países de la región, se encontró por arriba del 90%, México tuvo el 91.4%. En toda la región el uso de anticonceptivos se incrementa conforme aumenta la edad. El uso de los mismos en la primera relación sexual en el grupo de 15 a 24 años, es variable comparando hombres con mujeres. El porcentaje varía entre el 4% en Quito al 43% en Jamaica en el caso de las mujeres y de 14% en Quito al 31% en la Ciudad de México para hombres. La preferencia por el método también es variable, sin embargo el condón masculino tiene mayor uso, incluyendo a México. El porcentaje de uso de anticonceptivos en mujeres de 15 a 19 años en la región, se incrementó al doble de 1976 a 1987 (14 a 30.2%).

Datos sobre mortalidad.

El riesgo de las jóvenes de enfermar o morir por causas de un embarazo parto o puerperio (incluyendo el aborto y sus complicaciones) es 4 veces mayor que en las mayores de 20 años. De 5 países, México presentó la tasa de aborto más baja (13), República Dominicana y Brasil las más altas (36 y 32 respectivamente).

La violencia sexual en la región mostró datos importantes; la UNICEF informó que se denuncia un caso de cada tres de abuso sexual, y que un 80% de los casos denunciados ocurre en niñas.

En la encuesta de salud de los y las adolescentes realizada en nueve países del Caribe, se ha reportado que un 42% de los adolescentes tuvieron su primera relación sexual antes de los diez años, un 20% entre los 11 y 12 años, 28% 13 a 15 años, y un 7.6% a los 16 años o más (OPS, 2000).

Datos relacionados con fecundidad y embarazo

La Tasa de fecundidad el mismo periodo en mujeres de 15 a 19 años (en 24 países de la Región) osciló de 42 en Trinidad y Tobago a 109 en Guatemala; en México fue de 63 nacimientos por 1000 mujeres en edad fértil.

Los datos reportados por la CEPAL 2010, respecto a la tasa de fecundidad en Latinoamérica y el Caribe, dice que ha disminuido de 5.9 hijos por mujer de 1950-1955 a 2.1 en el periodo de 2010-2015; 16 de los 36 países lo han logrado, 18 países se encuentran ligeramente por arriba del nivel y 2 por fuera de él con una tasa de 3.2 hijos por mujer. Mientras la fecundidad global disminuyó en esos lapsos de tiempo en 63%, la del adolescente solo lo hizo en un 37%, de 2005-2010 en la región era de 69 nacimientos por cada 1000 mujeres. En consecuencia, el peso relativo de la fecundidad en adolescente respecto a la global incrementó, de 8 de cada 100 nacimientos que eran en adolescentes de 15 a 19 años, a 14 de cada 100. Respecto al uso de un método anticonceptivo, la CEPAL dice que 1 de cada 10 adolescentes solteros y sexualmente activos utilizan algún método, y aún cuando los conocimientos sean adecuados, la percepción al riesgo es baja. Específicamente, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en latinoamericanos de grandes poblaciones (México), como de pequeñas poblaciones, se reporta como alta alrededor del 75% y no depende solo del abastecimiento de los métodos, sino de la cultura.³

La tasa global de fecundidad nacional reportada por CONAPO en 2002 en proyecciones 2000-2050, dice que para 2007 fue de 2.04 y en el DF de 1.78. El porcentaje de nacimientos no planeados en las adolescentes fue de 33%, comparado con 23% en Guatemala y 52% en Perú.

En relación a el nivel de conocimiento de los adolescentes en países Centroamericanos sobre su sexualidad y uso de métodos de planificación familiar es del 15%, el 41% desconoce su anatomía genital y 45% sus días fértiles.⁴

Datos demográficos más recientes en México según la ENSANUT 2012, reportaron que el porcentaje de adolescentes era 20.2%; el 50.3% son hombres y 49.7% son mujeres. El mayor incremento observado en los últimos 50 años, fue en 1980 llegando al 25.1% y la mayor tasa de crecimiento se observó en el mismo año con 46.3, de 1950 a 2010 cambió de 30.5 a 2.7. La población de 10 a 14 años ha sido mayor que la de 15 a 19 años. El peso relativo de adolescentes más alto lo tuvo el estado de Chiapas (23%), y el más bajo se observó en el DF (15.6%). En las últimas cuatro décadas, la tasa de alfabetismo tuvo un incremento abrupto de 85 a 96 por 100 adolescentes llegando a 98.1 en 2005. El porcentaje nacional de deserción escolar a nivel secundaria en 2008-2009 fue de 6.1, igual que en el DF; la cifra mayor se observó en Colima con 16.3%.⁵ En el periodo de 2010-2011, la deserción escolar nacional y en el DF fue de 5.5 y 5.6% respectivamente.⁶

El perfil epidemiológico de los adolescentes de acuerdo a las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición de 2006⁷ y 2012⁸, muestran que el embarazo en adolescentes tiene un incremento sobre todo a partir de los 16 años y aunque éstos manifestaron en un alto porcentaje, conocer al menos un método anticonceptivo (MAC) e identificar el uso adecuado y oportuno del condón, ejercen su sexualidad e inician su vida sexual temprana y sin protección también en altos porcentajes, sobre todo por parte de las mujeres. El método reportado por ambos sexos que más utilizan es el condón y más de la mitad de las adolescentes informaron, haber estado embarazadas alguna vez en su vida. Los datos específicos se muestran a continuación. Tabla 1

TABLA No. I PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES. ENCUESTAS 2006 Y 2012 EN MÉXICO.

DATOS	ENSANUT 2006	ENSANUT 2012
%de adolescentes de la población total		22.3
Tasa de fecundidad †	30	37
% adolescentes con embarazo alguna vez	61	51.9
Tasa de embarazo (12 a 19 años)†	79	
Tasa de embarazo (16 a 19 años)†	101	
% Adolescentes sexualmente activos que no usaron MAC en 1ªrelación sexual	29.6 H, 56.6 M	14.7 H, 33.4 M
% Uso condón en 1ª relación sexual	63 H, 38 M	80.6 H, 61.5 M
% Uso condón en última relación sexual		78.3 H, 45.9 M
% Conocimiento de al menos un MAC*	81.6	90
% Conocimiento de la utilidad de condón ++		78.5
Inicio de vida sexual al ser encuestado	15% (H: 17 y M:14)	23% (H: 25.5 y M: 20.5)
% Inicio vida sexual antes de 15 años	2	
% MAC más usado en pareja reportado por hombres		80.6 condón y 6.2 hormonales
% MAC más usado en pareja reportado por mujeres		65.5 condón y 7.2 hormonales
% Acceso a MAC (recepción de condones gratuitos, últimos 12 meses)		7.7 (8.3 H y 6.9 M)
% Han realizado alguna vez prueba VIH		65.6
% Conocen el resultado de la prueba		85.1
% Con embarazo alguna vez en su vida	61	51.9

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENSANUT 2006 Y 2012

Tasa por 1000

** MAC: Método anticonceptivo*

++ Conocer su uso para prevención de ITS y de embarazo

En México, el porcentaje de embarazos en adolescentes en el año 2011 en el Distrito Federal, fue de 20%, y en la Delegación de Tlalpan se presentó 6.55%. Los datos locales se presentan más adelante, donde se observa porcentajes mayores que a nivel municipal y estatal.

Los datos a nivel local en Tlalpan y sobre todo en la localidad de San Miguel Topilejo, también coinciden en la alta prevalencia de embarazo en adolescentes. Lo anterior se encontró al realizar un diagnóstico integral de la Salud Materno Infantil de la localidad en 2011.⁹ Este diagnóstico nos da un panorama de las condiciones en que se desenvuelve la población, la cual es sujeta del estudio y de donde surge uno de los problemas de salud pública importante, como también lo es a nivel nacional y mundial.

2.1. Diagnóstico de la Salud Materno Infantil en la localidad de San Miguel Topilejo, Tlalpan 2011

Topilejo se ubica en el km 28 a 33 de la Carretera Federal a Cuernavaca, con una extensión territorial de 10,350 H, a 2934 metros sobre el nivel del mar. La población según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 (INEGI) para ese año fue de 34 603 habitantes, 49% hombres y 51% mujeres. La población de 10 a 19 años ocupa el 16% de la población total, con 50% para cada grupo de edad, de 10 a 14 y de 15 a 19 años; el sexo femenino representa el 49.2% de ésta población. Los datos socio demográficos muestran un grado de marginalidad medio, con un rezago social bajo. El 78.5% de la población es económicamente activa. En los mayores de 12 años, el 51% es económicamente inactivo, de ellos el 28.44% es estudiante y 47.5 % se dedica al hogar. El 95.2% es alfabeto. El 96.4 % de viviendas cuentan con drenaje; el 97.8% con sanitario, el 4.23% de viviendas tienen piso de tierra y el 30.9% cuenta con agua potable. Para su atención en salud, existe un Hospital Materno Infantil, un Centro de Salud T II y dos Caravanas de Salud tipo 0 y tipo 3. Como respuesta social organizada, tiene 7 consultorios de medicina general y 10 odontológicos, 4 clínicas particulares con hospitalización y 16 farmacias, cuatro de ellas con médico. Cuenta también con 7 iglesias, 3 guarderías, 3 sitios para casa ejidal o consejo del pueblo, 1 grupo de ayuda mutua, 3 oficinas de gobierno y 4 espacios recreativos, uno de ellos es un deportivo alejado, sin vigilancia, donde el acceso geográfico limita su asistencia. Los planteles escolares son: En educación inicial, un Centro de Atención Infantil Comunitario (CAIC) que depende del DIF y cinco Jardines de Niños. En el nivel de educación básico, tiene cinco Escuelas Primarias, dos Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular y la *Escuela Secundaria Técnica No. 56*; en el nivel medio superior cuenta con el Instituto de Educación Media Superior del Gobierno del Distrito Federal “Otilio Montaña”; y de nivel superior el “Colegio de Ciencias, Artes y Humanidades de Topilejo”; está en construcción una Universidad.

Los problemas de salud encontrados en la localidad fueron los siguientes:

1. Morbilidad de IRAS en < de 5 años elevada
2. Morbilidad de EDAS en < de 5 años elevada
3. Baja Cobertura de Planificación Familiar
4. Proporción de embarazo en adolescentes elevada
5. Control del niño sano deficiente
6. Cobertura del esquema de vacunación baja
7. Oportunidad en la atención prenatal baja
8. Control prenatal inadecuado
9. Identificación de signos de alarma durante el embarazo inadecuada
10. Identificación de signos de alarma de IRAS y EDAS inadecuada

Aunque todos los problemas tienen repercusiones en salud, sociales y económicas, el embarazo en adolescentes no solo presentó una elevada proporción en la localidad, sino que sobrepasó la proporción municipal, estatal e incluso la nacional.

Los datos de fuentes secundarias encontrados en los registros del C.S. Topilejo, reportaron que del 2008 al 2011, la frecuencia de embarazo en adolescente, en sus dos grupos de edad blanco: < de 15 años y de 15 a 19

años, se ha visto incrementada, alcanzando en 2011 el 40% de embarazo en adolescentes. Respecto a Planificación familiar, los métodos más usados en menores de 20 años son los de tipo hormonal, los cuales se han duplicado en los últimos 3 años, seguido de preservativos. El estado civil que predominó en las mujeres encuestadas con evento obstétrico reciente fue la unión libre con 70%. El 82% se dedica al hogar.

Los datos de fuentes primarias a través de los cuestionarios, mostraron que del total de mujeres incluidas en el análisis con evento obstétrico reciente (174), el 71.4% (124) refirieron haber tenido su primer embarazo antes de los 20 años de edad. La resolución de sus embarazos fue 60% por parto, 33% por cesárea y 7% por aborto. Des éste último no se obtuvo el dato del tipo de aborto. El 97% tuvieron control prenatal, llegando a término del embarazo el 91.7%. Solo el 63% aceptó un método post evento obstétrico de Planificación familiar, el resto refirió que no era necesario ya que sus maridos o parejas las cuidaban. Al comparar el dato de 63% de aceptantes de método, con los datos obtenidos de fuentes secundarias tomados del Sistema automatizado de egresos hospitalarios en el HMI Topilejo 2007-2010, resulta estar muy por encima de los porcentajes de aceptantes, los cuales oscilaron entre el 15 y el 25%.

Al momento de la encuesta aplicada para el estudio, el 34.5% (60) tenían embarazo actual, el 48% (29) de éstas, era su primer embarazo. La edad de inicio del embarazo tiene un rango de 14 a 38 años, con una moda de 17 años, observándose un 40% de embarazo en adolescentes, dato que es mayor comparado con los datos encontrados en fuentes secundarias (SIS del CS Topilejo) que mostraron un incremento de 2007 a 2011 en casi 9 puntos porcentuales, con un 22% de embarazo adolescente para el año 2011. El porcentaje de atención prenatal en adolescentes respecto al total de consultas prenatales de primera vez otorgadas en el Hospital Materno Infantil de la localidad, reportada de los años 2007 a 2010 (SSDF, SIS), oscila del 1.9 a 4.7 para las menores de 15 años, y para el grupo de 15 a 19 años las cifras oscilaron de 28.7 a 36.3; el mayor incremento en ambos grupos fue en 2008 y la cifra más baja en 2009. Lo anterior refleja un aumento en el número de mujeres con embarazo en la adolescencia en esta localidad atendida en el Centro de salud y la alta prevalencia de embarazo en adolescentes atendida en 2° nivel. Aunque lo ideal es que no se presenten embarazos en estos grupos vulnerables, se esperaría que no sobrepasara el 15%.

Los resultados cualitativos respecto al problema de embarazo en adolescentes, muestran que las mujeres se juntan sin saber la responsabilidad de un embarazo y lo hacen desde edades muy tempranas, iniciando la creación de una nueva familia. Las familias son tradicionales y extensas, esto es algo normal. Los cuidados durante el embarazo requieren de atención médica pero sin dejar de lado las costumbres del pueblo como el cuidado a cargo de la suegra y consumo de alimentos ricos en carbohidratos y la preferencia de la atención de la embarazada por parte de personal médico femenino.

A partir de los problemas de salud encontrados en la localidad, se realizó la priorización de los mismos con diversas herramientas.

Los problemas o situaciones de salud resultantes de la priorización realizada por el Método Hanlon y en el cuadro de definición y priorización de problemas, fueron las relacionadas al embarazo, tal como la prevalencia elevada de embarazo en adolescentes, seguido de la atención prenatal no oportuna. Al realizar el análisis de causas que llevan a un embarazo en adolescentes, resultaron como principales factores, la expectativa de vida que tienen los adolescentes, la disfuncionalidad familiar y el antecedente de tener padres adolescentes. Lo anterior resultó al hacer el análisis de priorización con dos herramientas. Cuadros I y II.

Cuadro No. I –Priorización de problemas de salud en Topilejo por Método Hanlon 2012

Método Hanlon de priorización

Diagnóstico Integral de la Salud Materno Infantil Topilejo 2011

	Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					
	(0-10)	(0-10)	(0.5-1.5)	Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad	
				(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	
Alta morbilidad IRAS < 5 años	8	7	1	1	1	1	1	1	15
Alta morbilidad EDAS < 5 años	6	7	1	1	1	1	1	1	13
Baja Cobertura PF	8	8	1	1	1	1	1	0	0
Alta proporción embarazo en adolescentes	8	9	1	1	1	1	1	1	17
Deficiente control del niño sano	6	8	1	1	1	1	1	1	14
Baja Cobertura esquema de vacunación	10	8	0.5	1	1	1	1	1	9
Deficiente oportunidad de inicio de control prenatal	8	8	1	1	1	1	1	1	16
Inadecuado control prenatal	6	9	1	1	1	1	1	1	15
Deficiente identificación de signos de alarma de embarazo	8	5	1.5	1	1	1	1	1	19.5
Deficiente identificación de signos de alarma IRAS/EDAS	4	6	1.5	1	1	1	1	1	15

Fuente: Elaboración propia en base a datos del DI SMT Topilejo 2011

Cuadro No. II Definición y priorización de problemas de salud en Topilejo 2012

DEFINICION Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS

Diagnóstico Integral de la Salud Materno Infantil en Topilejo 2011

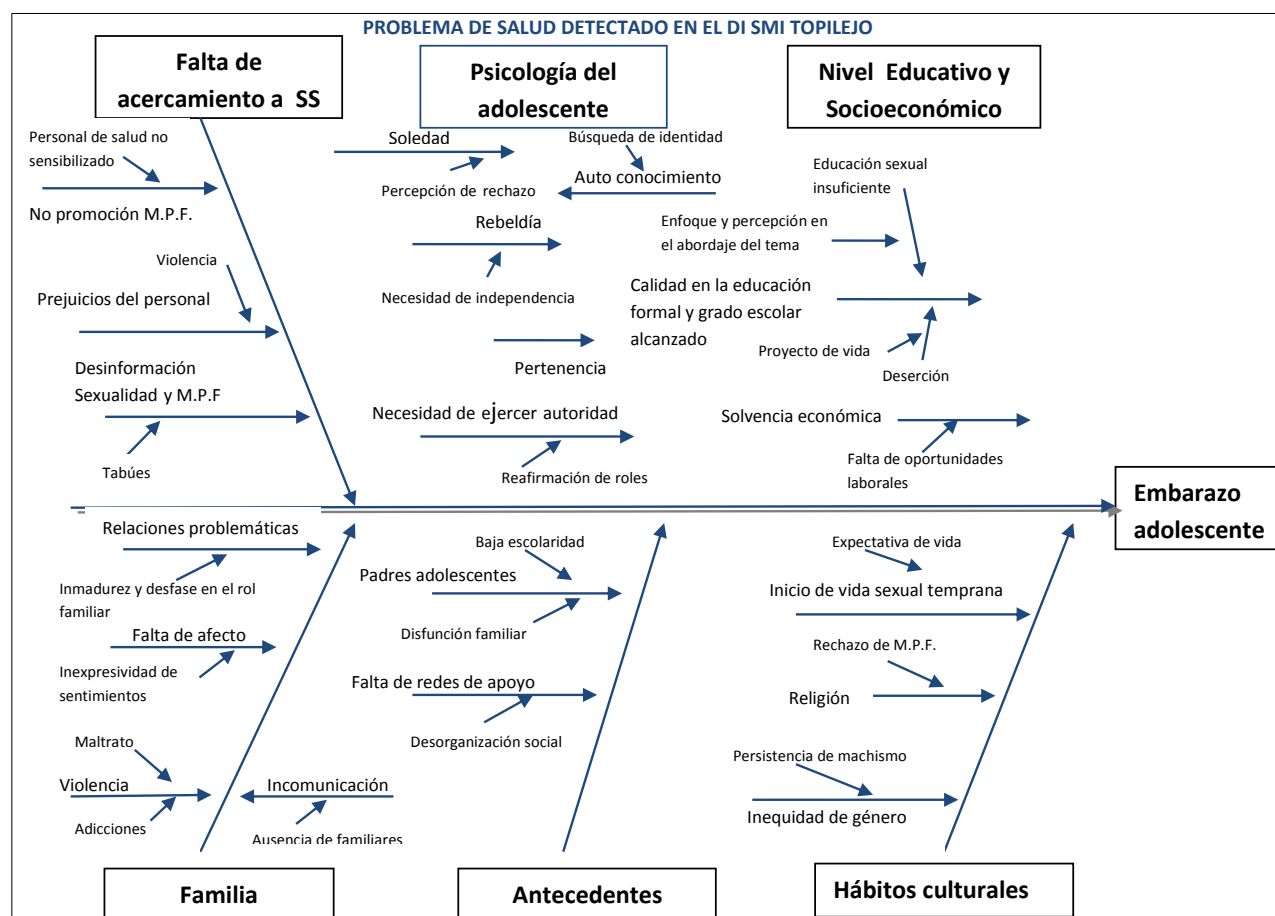
#	PROBLEMAS	POBLACION AFECTADA	AMBITO DE GOBERNABILIDAD	PRIORIDAD DE POLITICA SOCIAL	INCIDENCIA ENTRE LOS PROBLEMAS	SUMATORIA	PRIORIDAD
1	Alta morbilidad IRAS 5 años	794	2	3	2	7	
2	Alta morbilidad EDAS 5 años	27	2	3	2	7	
3	Baja cobertura PF	6299	3	2	1	6	
4	Alta Proporción de Embarazo adolescente	597	2	3	3	8	1
5	Deficiente control del niño sano	1442	3	3	2	8	1
6	Baja Cobertura de esquema de vacunación	10913	1	3	2	6	
7	Deficiente Oportunidad de atención prenatal	1738	3	3	2	8	1
8	Inadecuado Control prenatal	1738	3	3	1	7	
9	Deficiente Identificación de signos de alarma Embarazo	1738	3	2	1	6	
10	Deficiente Identificación de signos de alarma EDAS/IRAS	821	3	3	2	8	1

Fuente: Elaboración propia en base a datos del DI SMI Topilejo 2011

Por otro lado, los factores determinantes que inciden en el embarazo adolescente, son de diferentes tipos, como se verá en otro apartado de este documento. Al realizarse el análisis de causas, que se hizo con la herramienta “Espina de Ishikawa”, las relacionadas con la psicología del adolescente y el nivel educativo, ejercen influencia negativa para la presencia de embarazo. Otras causas también fueron analizadas. Figura 1

Como puede observarse, los factores que conducen a un embarazo adolescente, son múltiples, sin embargo, al realizar el análisis de causas críticas, éstas se centran en las propias del adolescente. El resultado es el inicio temprano de vida sexual, a la que se suma el antecedente de padres adolescentes, mostrando bajas expectativas de vida en la que la disfunción familiar juega un papel importante. Como se observa, permanece un círculo vicioso entre padres adolescentes y expectativa de vida, tal como se encontró en el diagnóstico de salud a través del análisis cualitativo, donde el inicio temprano de vida sexual y por consiguiente el embarazo precoz, son parte del rol de vida y que no se identifica como un problema familiar, ni social. Cuadro III

Figura 1. Factores de embarazo adolescente en Topilejo 2012



Fuente: Elaboración propia en base a del DI SMT Topilejo 2011

CUADRO No. III Causas críticas para la presencia de embarazo adolescente en Topilejo , 2012

MATRIZ DE CAUSAS CRITICAS

Problema: Alta prevalencia de embarazo en adolescentes en San M. Topilejo

CAUSAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SUMA
CAUSA 1: Servicios de Salud Ineficientes		0	1	2	0	0	0	3	0	1	7
CAUSA 2: Disfuncionalidad familiar	0		3	3	2	2	3	3	3	3	22
CAUSA 3: Psicología del Adolescente	0	1		3	3	3	3	3	1	2	19
CAUSA 4: Padres Adolescentes	0	2	3		3	2	3	3	3	3	22
CAUSA 5: Identidad Social	0	2	3	3		1	3	2	0	2	16
CAUSA 6: Bajo grado escolar	0	2	2	3	3		3	3	3	2	21
CAUSA 7: Espectativa de vida	0	3	3	3	3	3		3	3	2	23
CAUSA 8: Inicio temprano de vida sexual	0	2	3	3	3	2	3		2	2	20
CAUSA 9: Pobre solvencia económica	0	3	3	2	3	3	3	3		1	21
CAUSA 10: Falta de redes de apoyo	0	3	3	3	3	2	2	2	1		19
SUMA	0	18	24	25	23	18	23	25	16	18	

Fuente: Elaboración propia realizada de un problema detectado del Dx.Integral de la Salud Materno Infantil en San M. Topilejo 2011

Debido a la alta prevalencia de embarazo en adolescentes, se han realizado diversas intervenciones para combatirlo a nivel internacional. En éstas participan los programas gubernamentales y no gubernamentales; los resultados han sido satisfactorios a mediano plazo para la prevención de embarazo pero no para la práctica de conductas sexuales positivas a corto, mediano y largo plazo. A nivel nacional, las acciones para combatirlo se realizan desde diversos órganos. Los resultados y estrategias de las intervenciones se revisarán más adelante.

3. Marco Teórico

Para el 2008, existían en todo el mundo 1,000 millones de adolescentes, de los cuales un alto número tenían ya vida sexual activa, lo que ha hecho que los países se interesen cada vez más en la educación sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Países Latinoamericanos incluyen ya en sus políticas, planes y programas la atención de la SSR sin olvidar que ésta, es parte de los Derechos humanos. “Según el informe dado a conocer por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, casi la mitad de los países han adoptado nuevas medidas para evaluar las necesidades de los adolescentes en esta materia, como se los exhortó en 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo, y posteriormente en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y en la Asamblea de las Naciones Unidas en la que se fijaron las Metas del Milenio, han enfatizado en la necesidad de realizar estrategias por parte de los organismos de cooperación internacional con el fin de reducir la pobreza y potenciar el desarrollo integral de las mujeres.”¹⁰

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM),¹¹ han sido adoptados como un instrumento fundamental para orientar iniciativas hacia un desarrollo sostenible. El tercer objetivo (ODM-3) plantea la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, y ha sido ampliamente reconocido como fin en sí mismo y como requisito indispensable para lograr el resto de los objetivos. Y es que, por la interdependencia de todos ellos, abordar los otros siete considerando los aspectos básicos del ODM- 3, contribuye de una forma más eficiente al logro de la igualdad de género y al empoderamiento de las mujeres.

Ante esta situación, en todo el mundo se han llevado a cabo acciones que favorezcan la atención de la complejidad del problema. Los programas preventivos de embarazos no deseados en adolescentes y para evitar las ITS, han utilizado diversas estrategias con las que han obtenido diferencias en los resultados, positivos en todas ellas, alcanzando las metas y objetivos parciales o totales, pero con efectos benéficos mientras se realiza, sin embargo, el problema sigue presente. A continuación se presentan algunos de los programas a nivel mundial, regional y nacional que se han realizado para la atención del adolescente en diferentes ámbitos.

3.1. Programas internacionales para la prevención de embarazo precoz e ITS

Las intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes incluyen cualquier actividad (educación sanitaria o asesoramientos solos, educación sanitaria más el desarrollo de habilidades, educación sanitaria más educación sobre anticoncepción, educación sobre anticoncepción y distribución de los métodos anticonceptivos, grupos religiosos o asesoramiento individual) diseñada para: mejorar el conocimiento y las actitudes de los adolescentes en relación al riesgo de embarazo no deseado; promover el retraso del comienzo de las relaciones sexuales; promover el uso constante de métodos de regulación de la natalidad y reducir los embarazos no deseados.¹²

Las intervenciones realizadas deben incluir el abordaje de manera integral. Existen programas dirigidos a jóvenes pero muchos de ellos están destinados a la reparación del daño (atención terciaria), atendiendo situaciones específicas perdiendo el enfoque integral. Se requiere entonces la inclusión no solo de los jóvenes, sino de sus familias, sus entornos y el contexto general en que ocurren los comportamientos (abuso de sustancias, delincuencia y violencia), dando oportunidades concretas para comportamientos problemáticos o negativos y pocas oportunidades de comportamientos positivos. Los factores protectores como desarrollo de habilidades sociales positivas, autoestima elevada, cohesión familiar, y participación en actividades de la escuela y la comunidad, pueden actuar aun cuando el adolescente no está expuesto a un alto nivel de riesgo.

A nivel internacional, se han experimentado estrategias para prevenir el embarazo, las mejores estrategias son las multifacéticas a pesar de que el problema tiene causas múltiples y es multidimensional; la finalidad ha sido mejorar el conocimiento y las conductas de riesgo para el embarazo no deseado.

En 2009, se hizo un metanálisis sobre la efectividad del desarrollo de algunas de estas intervenciones, los temas abordados fueron programas de educación sexual y sobre ETS/VIH, programas de abstinencia, programas integrales, protocolos clínicos, programas de desarrollo para jóvenes y de educación vocacional; los resultados observados fue que éstas, pueden reducir la tasa de embarazo en adolescentes, pero no mostrar cambio de conductas de riesgo. Otras intervenciones realizadas se han centrado en factores no sexuales como los interesados en el desarrollo de los jóvenes, en engendrar valores positivos en adolescentes, en inspirar esperanza en las aspiraciones, en mejorar el rendimiento escolar y reforzar las relaciones familiares.¹

Los resultados observados en una revisión de quince Ensayos Controlados Aleatorios (ECAs) con intervenciones de este tipo con duración 4 meses a 4.5 años, permitieron concluir que existe una pequeña disminución significativa en el embarazo en adolescentes a mediano y largo plazo; para las conductas positivas (disminución en la frecuencia de relaciones sexuales, retraso en el inicio de las mismas, disminución de parejas sexuales, uso de algún método anticonceptivo, evitar abortos y enfermedades de transmisión sexual), los resultados no fueron consistentes.¹²

Una de las intervenciones más efectivas que se han realizado y que se incluyó en el metanálisis es la de Safer Choices (elecciones más seguras) con un enfoque de riesgo psicosocial y factores protectores con respecto a la sexualidad, los resultados fueron satisfactorios en cuanto a la reducción del embarazo en adolescentes y las prácticas sexuales seguras o de bajo riesgo..

Safer Choices: El estudio incluyó un ensayo aleatorio realizada en 20 escuelas de California y Texas, se hizo para medir el impacto relativo en jóvenes de secundaria y disminuir el riesgo de sexo no seguro con las consecuencias de este (VIH, ITS, ya sea al retrasar el inicio de sexo, disminuir su frecuencia o aumento del uso del condón). La intervención tuvo cinco componentes: organización escolar, un programa o plan de estudios de desarrollo personal, recursos de pares y entorno escolar, y vínculos escuela comunidad. La intervención se hizo en 20 escuelas con alrededor de 3689 estudiantes en 9 grados con una intervención durante 31 meses. Los resultados fueron positivos en uno o más cambios en el comportamiento, sobre todo se incremento el uso del condón en quienes antes no lo usaban.¹³

3.2. Programas y estudios de intervención a nivel regional, nacional y local

Nivel regional

El programa de la OPS de la Salud de los Adolescentes, propone un nuevo marco conceptual basado en el desarrollo humano, que ubica al adolescente en el centro del contexto de sus familias y de su entorno. Resumiendo los hallazgos de la OMS, de la UNICEF y del Consejo Carnegie sobre Desarrollo de los Adolescentes, se identificaron seis elementos claves. Los dos primeros dicen: El acceso a información confiable les permite *tomar decisiones con conocimiento de causa*, ya se trate de la *sexualidad* o de la educación y el trabajo y, la adquisición de habilidades prácticas y aptitudes necesarias para la vida, como la toma de decisiones, habilidades de comunicación, resolución de conflictos, y cómo resistir la presión de compañeros y adultos, es importante para el desarrollo de los adolescentes. Por ello el desarrollo de competencias sociales y de habilidades para la vida, permite que los adolescentes se sientan importantes y valorados, y con capacidad de

tomar decisiones racionales en su entorno social o en su trabajo. Así mismo identifica los otros cuatro factores claves: empleo y generación de ingresos; educación y mejoramiento de aptitudes; participación social y política, además de salud y bienestar.¹⁴

Una de las intervenciones educativas realizadas en adolescentes de 11 a 19 años, con riesgo de embarazo fue en Camagüey, Cuba. Este estudio incluyó 46 adolescentes que pertenecían a un consultorio considerando los criterios de selección, con la finalidad de incrementar el conocimiento y ser adecuado sobre prevención del embarazo en la adolescencia; el desarrollo del estudio fue durante 12 meses. Los resultados mostraron la efectividad de la intervención con un incremento en el conocimiento con un nivel adecuado.¹⁵

En el marco conceptual de estas necesidades del desarrollo, El Plan de Acción Nacional 2012 incluye: la formulación de políticas, planes y programas de la región, desarrollo de recursos humanos, formación de redes de apoyo y de difusión de información, mejoramiento del conocimiento de programas, prioridades y estrategias a través de la investigación, y movilización de recursos.

Debido a que los principales riesgos de los adolescentes en materia de SSyR son: el inicio no elegido, involuntario y /o desprotegido de su vida sexual con la consecuente exposición a embarazos no planeados, no deseados o en condiciones de riesgo y la exposición a ITS cuya expresión más dramática es VIH/SIDA, sin restar importancia a infecciones por VPH o Hepatitis B, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), bajo un enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad, promueve acciones para prevenir el embarazo adolescente, las ITS y el VIH/SIDA, desde diferentes ángulos:

- Contribuye a fortalecer las capacidades de las instituciones nacionales y estatales y de las organizaciones de la sociedad civil, para operar servicios de SSR integrales, de alta calidad y amigables para las y los adolescentes y jóvenes
- Apoya iniciativas de formación de docentes en materia de educación de la sexualidad
- Vela por que se incluyan los derechos reproductivos y la SSR de los adolescentes en los programas nacionales y que se traduzcan en políticas y acciones.

Nivel Nacional

En México, el UNFPA apoya diversos programas enfocados a la SSR de las y los adolescentes y jóvenes en zonas urbanas, rurales y poblaciones indígenas. En Chiapas, Hidalgo, Oaxaca y San Luis Potosí, ha promovido el conocimiento y sensibilización sobre aspectos relacionados con la salud y los derechos reproductivos de adolescentes y jóvenes, mediante talleres en lengua indígena, cuentos radiofónicos, obras de teatro y campañas de visibilización de los temas. También ha apoyado programas radiofónicos conducidos por jóvenes y para jóvenes, difundidos en zonas urbanas y rurales y ha colaborado en la capacitación de dependientes de farmacias para orientar e informar certera y oportunamente a la población adolescente.

La Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó, del 12 de agosto 2010 al 12 de agosto 2011, Año Internacional de la Juventud. En este marco, UNFPA se une a la iniciativa de instaurar el 26 de septiembre como Día nacional para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes.¹⁶

En México, la Secretaría de Salud, es el órgano rector encargado de dictar y normar las acciones dirigidas a proporcionar servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) a la población adolescente. Tiene también la obligación de promover y apoyar la formación de grupos, asociaciones y demás instituciones que trabajen a favor de la SSyR. La protección de los derechos sexuales y reproductivos tiene lugar tanto en la Legislación

Nacional como en la Internacional. El Objetivo es contribuir al desarrollo y bienestar de los y las adolescentes, mejorando su salud sexual y reproductiva y disminuyendo los embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual a través de cinco estrategias. Primera estrategia: Promover acciones de información, educación y comunicación sobre salud sexual y reproductiva y difundir que ejerzan sus derechos al respecto. Segunda estrategia: Mejorar el acceso y calidad de los Servicios de salud sexual y reproductiva. Tercera estrategia: Sensibilizar a los prestadores de servicios para que atiendan sus necesidades. Cuarta estrategia: Mejorar la calidad técnica del prestador del servicio. Quinta estrategia: Mejorar los sistemas de información en SSyR para monitorear y evaluar los avances.¹⁷

En el año 2000, el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) que coordinaba el Centro Nacional para la Salud del Niño y que se transformó en el Centro nacional para la atención de la infancia y la adolescencia (Censia), dio inicio a la creación del Programa de Acción para la atención a la Salud de las y los adolescentes (PAASA), su misión es aplicar acciones de salud para las y los adolescentes, enfocadas a la mejora de su salud, a la atención integrada y a atender sus necesidades, con un enfoque de riesgo y resiliencia. Entre otros centros de atención destinados a los jóvenes, están las unidades de atención amigables para adolescentes, una por cada jurisdicción del país, donde se pretende dar consejería y la atención de problemas sexuales y reproductivos con dos objetivos fundamentales: consejería sobre la sexualidad libre e informada y la reducción sistemática del embarazo en menores de 20 años.¹⁸

Es así como a nivel mundial y nacional, el problema se ha enfrentado. Las acciones se han encaminado en los diferentes momentos a los factores de riesgo y vulnerabilidad de los adolescentes, sin embargo no todos han tenido el éxito esperado; algunas inciden en la prevención y disminución del embarazo adolescente y otras en las conductas positivas para el ejercicio de su sexualidad, como el retraso en el inicio de vida sexual y la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual. Las estrategias han sido variadas, individuales o conjuntas, los resultados indican que entre las múltiples acciones, el proporcionar un conocimiento significativo y habilidades para la vida, siempre han estado presentes dando lugar a resultados positivos, sin dejar de lado la importancia en atender causas de otro tipo como las estructurales y las institucionales.

No obstante que en México como en el mundo, se han realizado esfuerzos, el problema sigue vigente e inclusive en aumento en muchos sitios, y es que, desafortunadamente no se ha logrado alcanzar una cultura sexual saludable; las necesidades de información confiable están presentes, las intervenciones se llevan a cabo por tiempos variables de duración, pero no son permanentes y sobre todo, no son sistematizadas.

Por lo anterior y ya que es sabido que al adquirir una cultura sexual saludable, se incide en la relaciones sexuales más tardías, en 1999 en la Cumbre Mundial de Población, en Nueva York, 172 países incluido México, firmaron por primera vez en las historia un acuerdo para difundir la cultura sexual. Sin embargo, la difusión no se ha logrado como debiera a causa de que los difusores no tienen los conocimientos suficientes para transmitirlos como cultura que favorezca el objetivo, entre ellos están los maestros y padres de familia. En México, la Secretaria de Salud reconoce la importancia de “saber para prevenir”, y la Secretaria de Educación Pública ha incluido en sus programas de estudio esta información como parte de su currículo básico.

Así entonces una educación sexual inadecuada, favorece los factores que inciden en la presencia de actitudes negativas de la sexualidad con las consecuentes situaciones: embarazo temprano y no deseados, abortos, matrimonios forzados, inicio sexual temprano, divorcios, presencia de Infecciones de Transmisión Sexual.²⁰

La educación formal en México incluye la educación sexual desde los programas de estudio básicos, iniciándose a nivel primaria, reforzado a partir del nivel de secundaria.

El programa educativo de estudios de la SEP de nivel secundaria, donde la adolescencia y la experiencia de su sexualidad se encuentra en uno de los momentos más vulnerables, aborda el tema sobre sexualidad con dos enfoques: el biológico y el cívico ético.

La parte biológica, es revisada durante el primer año escolar en la asignatura de biología; el objetivo es fortalecer los conocimientos, habilidades, actitudes y valores para la toma de decisiones responsables e informadas. La parte cívica y ética, es revisada durante el 2º y 3er año en la asignatura de educación cívica y ética, el objetivo es analizar en sus contextos de convivencia, las relaciones afectivas y decisiones ante los riesgos hacia su integridad personal, así como de los derechos reproductivos en la relación de noviazgo. Por último revisa otro tema importante: proyecto de vida.

El contenido de esta educación sexual, a pesar de abordar puntos importantes para el conocimiento y habilidades para la vida, no ha logrado los objetivos señalados. Los adolescentes no se reconocen vulnerables a las situaciones de riesgo del inicio temprano de la vida sexual y de la no protección eficaz y oportuna para la prevención de infecciones de transmisión sexual. Éste y otros factores que se verán más adelante, entre ellos, la vulnerabilidad social aumenta la susceptibilidad, permaneciendo el comportamiento sexual no responsable.

Existe también la Fundación México Vivo, ONG fundada el 1º de diciembre de 2003 en la sede de la ONU en México para hacer frente a la pandemia del VIH/SIDA. Su misión es aminorar el impacto del VIH/SIDA y otras ITS en México, a través de los siguientes programas de acción: prevención (escuela viva con capacitación a docentes de secundaria, preparatoria y universidades), detección oportuna (campañas de redes sociales y mamás y bebés libres de SIDA), investigación (apoyo al Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas CIENI) y la atención de personas que viven con alguna ITS, buscando mejorar su calidad de vida (consejería y educación continua).

Nivel local

En la delegación Tlalpan, la Fundación México Vivo con la recientemente coordinación y participación del CIENI ubicado en el INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias), desde hace dos años promueve la prevención con un programa de apoyo a docentes (SEP) a través del Taller “Generación Viva” para ser dirigido posteriormente a estudiantes de nivel secundaria con temas sobre sexualidad, ITS, VIH-SIDA y Prevención, fomentando la sexualidad responsable e informada. Fortaleciendo así la información que se brinda a la población escolar, sin embargo no se ha evaluado el impacto de éste. Por otro lado, de manera coordinada, el CIENI con la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, además de los programas establecidos por la Secretaría de Salud para la atención de la salud sexual y reproductiva, actúan para la detección oportuna de VIH_SIDA y otras ITS en mujeres embarazadas de cualquier edad. Así también la Dirección de Salud de la Delegación Tlalpan, realiza de manera programada actividades educativas en escuelas del área para la prevención de ITS.

3.3. Factores de riesgo para el embarazo temprano.

Estudios realizados a nivel mundial, han asociado el embarazo adolescente con éstas causas:

- Factores estructurales
 - Situaciones de conflicto armado, violencia y desplazamiento
 - Situación de exclusión social de los adolescentes en relación con los servicios de educación, salud y empleo
 - Situaciones y grupos de riesgo como prostitución y abuso sexual

- Situaciones de acceso a la educación
- Influencia de los medios masivos de comunicación sobre sexualidad y no compromiso.
- Inadecuada educación sexual
- Estructura familiar, con elevación de familias disfuncionales
- Factores individuales
 - Inmadurez emocional de los adolescentes que los llevan a conductas de riesgo como inicio de relaciones sexuales tempranas, aunado a madurez reproductiva temprana
 - Maternidad y paternidad como proyecto de vida, con la necesidad de reconocimiento y afirmación social por esta vía.
 - Baja autoestima que los lleva a diversos problemas de ajuste emocional y valorativo propio.
 - Marginalidad masculina para buscar y recibir información sobre educación sexual
 - Falta de habilidades para la vida como comunicación y resistencia ante presiones por terceros
 - Familia disfuncional
 - Sobre-exigencia del crecimiento por someterlos a roles de adultez por situaciones de pobreza, crianza por ausencia de adultos en el núcleo familiar
 - Bajo nivel educativo
 - Controversias entre sus sistemas de valores y los de sus padres
 - Percepción de invulnerabilidad para el uso de métodos anticonceptivos y el riesgo de ITS
 - Historia de abuso sexual
 - Otros: antecedentes de padres adolescentes, consumo de drogas lícitas o ilícitas, deserción escolar, falta de redes de apoyo formales e informales, poca participación en actividades escolares, familiares o comunitarias.
- Factores institucionales
 - Marginalidad femenina o masculina de los servicios de salud, escuela u otros servicios sociales.
 - Déficit de los servicios (falta de preparación del personal que otorga los servicios, horarios no accesibles para estudiantes o población trabajadora) de consejería sobre SSR, derechos sexuales y reproductivos, promoción de métodos de planificación familiar.²⁰

La falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, aunado a los factores de riesgo reproductivo, inciden en la morbi-mortalidad: la mortalidad materna, el aborto inseguro, infecciones de transmisión sexual, incluido el VPH, Hepatitis B y el virus de inmunodeficiencia humana VIH y la sífilis congénita, cáncer en mujeres y embarazos no deseados e inseguros. Las implicaciones más sobresalientes del embarazo adolescente, se observan principalmente en las mujeres y menos en los hombres. Destacan en primer lugar los riesgos a la salud, también los múltiples obstáculos para iniciar o continuar la formación escolar, la precarización del acceso al trabajo, el riesgo de caer o continuar sumida en la trampa de la pobreza, el riesgo de una formación deficiente que se cierne sobre los niños y niñas y en algunos casos el riesgo de ser víctimas del estigma social que enfrentan las madres adolescentes.²¹

Sobre la mortalidad, se refiere que el riesgo de una adolescente entre 15 y 19 años de morir en el parto es dos veces mayor que en las mayores. El riesgo de desencadenar Hipertensión del embarazo, es cinco veces más frecuente en menores de 16 años que en las de mayor edad. La Razón de mortalidad materna es mayor en adolescentes que en otros grupos. La mayor parte de abortos suceden en adolescentes con embarazo no deseado. Existe mayor proporción de productos de bajo peso al nacer y pre términos en el embarazo adolescente.²¹

Por otra parte, en relación a la educación, el embarazo adolescente no es la principal causa de deserción escolar, ya que muchas de las chicas que se embarazan ya habían desertado desde antes, sin embargo la presencia del

embarazo adolescente incide en la continuación de los mismos por agregarse factores de poca o nula oportunidad de empleo.²¹

Se ha observado que entre más alto nivel educativo se alcance, menor el porcentaje de embarazo en la adolescencia. En América latina y el Caribe, los resultados del análisis, demuestran que los mayores porcentajes de embarazo en adolescentes o embarazadas de primera vez se encuentran alrededor de 3 veces más en las mujeres sin educación que aquellas con educación secundaria o superior y sucede algo semejante entre las poblaciones rurales contra las urbanas.²²

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, en México, son los hombres los que tienden a decidir sobre los ideales y metas reproductivas. En los estratos altos, el acuerdo para uso de anticonceptivos es semejante. En los estratos bajos se observan desacuerdos; el hombre decide sobre la reproducción aún si la mujer tiene mayor conocimiento de los métodos de planificación familiar. Si el hombre tiene 5 años más de educación que su pareja, el uso de métodos de PF se incrementa 3 veces más, pero si la mujer tiene mayores estudios, la probabilidad se incrementa 19 veces. El tipo de unión también influye, las parejas en unión libre usan anticonceptivos 2.6 veces más que las unidas legalmente.²³

3.4. Factores protectores para el embarazo adolescente

Se pueden dividir en tres:

- Factores personales: Autoestima alta, buen rendimiento escolar, resiliencia, planes de estudios superiores, oportunidad de participación en actividades extracurriculares, sentido de propósito y futuro, capacidad reflexiva y proyecto de vida.
- Factores familiares: Buena cohesión familiar (“familia cuidadora”), buena relación con la figura paterna, ausencia de abuso sexual en el medio familiar, mayor número de horas compartidas con los padres y que la familia establezca “límites claros” al adolescente.
- Factores sociales: Mensajes consistentes, ambientes sociales donde no exista consumo de alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas, refuerzo de mensajes por parte de los padres, presencia de modelos que refuercen valores, pero la categoría más relevante es la sanción social hacia la adolescente embarazada.²⁴

La escuela como la familia, son espacios que funcionan como factores de protección. Por lo tanto, los adolescentes de manera individual o en pareja, que tienen un mayor nivel de estudios y cultura, tendrán también mayores expectativas de vida, de su cuidado sexual y por ende, el manejo anticonceptivo será mejor, conduciéndolos a tener sexo protegido, previniendo así un embarazo precoz y la presencia de ITS. Sin embargo, también pueden convertirse en factores negativos si la influencia se vuelve negativa, ya que la asistencia a clase, está relacionada con la prevalencia de varios comportamientos de riesgo relativos a la salud, incluyendo violencia y comportamientos sexuales de riesgo. “Los adolescentes que viven en un medio social que les aporta relaciones significativas, que fomenta que se expresen por ellos mismos y que les ofrece una estructura y les impone límites, es menos probable que inicien una actividad sexual temprana, que consuman sustancias psicoactivas y que experimenten depresiones”.²⁵

Un estudio cualitativo en México por Stern, encontró que las condiciones o factores que propician que ocurra un embarazo²⁶ son: a) los estereotipos de género existentes, b) un elemento de confianza mutua y c) una falta de conocimiento concerniente a la reproducción. Así entonces, el autor da énfasis a 4 elementos que inciden en la disminución del embarazo temprano: El factor protector de mantenerse en la escuela a lo largo de la adolescencia y tener aspiraciones; la importancia de tener redes de apoyo, confiables y estables, la no violencia doméstica y la importancia del elemento confianza en la pareja.

Entonces, las intervenciones preventivas para la adquisición y mantenimiento de conductas protectoras deben dirigirse a los factores que determinan el comportamiento humano, como lo explica Bandura en su modelo socio cognitivo. A su vez, es necesario considerar también, cómo las conductas protectoras están en función de la expectativa que los individuos tienen de un determinado problema, como lo señala el modelo de creencias de Becker. Ambos, finalmente reconocen el rol que tienen sobre los resultados de una conducta a partir de la expectativa que tienen de estos resultados ante el problema de salud, como lo es el beneficio que brinda el realizar dicha conducta. Si a ello, aunamos la autoeficacia, los resultados esperados, pueden ser aún más satisfactorios.

En el desarrollo de una intervención educativa sobre sexualidad en los adolescentes que se encuentran en el momento inmediato anterior a un nuevo cambio, como lo es concluir la educación a nivel secundaria, con el devenir de vida al que se enfrentan ya sea de manera planeada e informada, o por el contrario sin un proyecto de vida, es el punto donde ofrecerles información confiable y el desarrollo de habilidades sociales, que le permitirán la toma de decisiones, debe fortalecerse.

Las estrategias educativas tipo IEC (Información, Educación, Conocimiento) a través de sus componentes (conocimiento, actitudes y prácticas), permite lograr comportamientos y estilos de vida saludables a través de cuatro etapas relacionadas que son: el diagnóstico con el que ya se cuenta, la estrategia que es donde se desarrollará la intervención, el monitoreo de la misma y la evaluación.

Para evaluar el impacto de la intervención, se necesita conocer el comportamiento ante ciertas situaciones, para ello las encuestas CAP (conocimientos, actitudes y prácticas), permiten identificar los tres ámbitos y el cambio que pueda presentarse u observarse posterior a la implementación de dicha intervención.

3.5. Glosario

Adolescentes: La Organización Mundial de la Salud los define como Individuos entre 10 y 19 años de edad. Considera dos etapas, la adolescencia temprana de los 10 a los 14 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años.

Asertividad: Es una actividad social que consiste en manifestar de manera clara, franca y respetuosa las propias opiniones, emociones y creencias, en defender nuestros derechos, en aceptar los pensamientos y críticas de los demás y no sentirse culpable por ello.²⁷

La asertividad, es la expresión de una sana autoestima.

Autoestima: Habilidad que está estrechamente ligada al respeto y cariño por uno mismo y, por ende, a los demás. Es la percepción evaluativa de uno mismo.

Las bases de la autoestima son:

a) autoconcepto. Imagen que una persona tiene acerca de sí misma y de su mundo personal, en dos áreas: como una persona hábil (capaz de valerse por sí misma) y como una persona sexual (capaz de relacionarse sexualmente con otras personas).

b) autoevaluación. Sentimiento de poseer un yo del que uno no tiene que avergonzarse ni ocultarse; implica una disposición a rechazar la negación o desestimación sistemática de cualquier aspecto del sí-mismo.²⁸

Autoconcepto. Conjunto integrado de factores o actitudes relativos al yo, básicamente por tres: *cognitivos* (pensamientos), *afectivos* (sentimientos) y *conativos* (comportamientos); que, de considerarlos individualmente, quizás podrían identificarse de la siguiente manera: el primer factor como *autoconcepto* propiamente dicho, el segundo como *autoestima* y el tercero como *autoeficacia*.²⁹

Autoeficacia. “Creencia que el ser humano tiene en la capacidad de desarrollar cursos de acción para desarrollar logros” ...las personas que se perciben eficaces, son más persistentes al encarar dificultades, que aquellas que no se perciben de esa manera. Se ha encontrado que una persona que muestra confianza en sus habilidades para controlar su entorno y negociar actividades sexuales de menor riesgo, tiene mayores posibilidades de que la conducta de menor riesgo, se lleve a cabo. Respecto a la autoeficacia en relación a la sexualidad, se refiere también a la capacidad de desafiar las dificultades antes, durante y después del proceso de negociación. Los factores a controlar son: a) la capacidad para abandonar el escenario si la pareja no accede a la petición; b) la capacidad de preservar la negociación; c) el deseo real de negociar; d) la posibilidad de establecer una conversación sobre prácticas sexuales de menor riesgo; e) las propias ideas, motivaciones y actitudes hacia esas prácticas; f) las condiciones en que ambas personas se encuentran en la situación; g) el tipo de pareja y h) la percepción que tengamos de ésta en cuanto a su salud.

Comportamiento: Conjunto de decisiones y acciones que deben entenderse a partir del análisis de las costumbres, motivaciones, hábitos, actitudes, creencias y percepciones del grupo objetivo.

Comportamientos sexuales responsables: Se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar.

Educación sexual: ...proceso asociado a la formación integral de niños y jóvenes que les aporta información científica y elementos de esclarecimiento y reflexión para incorporar la sexualidad de forma plena, enriquecedora y saludable en todas las etapas de la vida y acorde con el concepto económico, histórico, social y cultural en que se vive.³⁰

Objetivos de la Educación Sexual.

En el Programa Universitario de Salud y Educación para la Vida (PROUNISEV) de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se pueden destacar los siguientes objetivos (Sexualidad, s.a.):

- Desarrollar un pensamiento crítico, con adopción de actitudes positivas hacia la sexualidad.
- Reconocerse, identificarse y aceptarse como ser sexual durante todo el transcurso de la vida sin temores, angustias ni sentimientos de culpa.
- Desarrollar roles sexuales que proporcionen relaciones de respeto y equidad entre las personas superando toda discriminación de género.
- Revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos.
- Favorecer un mayor conocimiento y vínculo con el propio cuerpo como un elemento de auto estima y del auto cuidado de la salud.
- Favorecer conductas sexuales conscientes, placenteras, libres y responsables hacia uno mismo y los demás.
- Proporcionar la comunicación en la pareja.

- Promover conductas de responsabilidad compartida en la pareja tanto en la proporción y el cuidado de la descendencia como en la decisión y el empleo de métodos anticonceptivos.
- Promover conductas de responsabilidad recíproca en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.³¹

Si el trabajo educativo e informativo se realiza de una manera correcta, sistemática y por etapas, se logrará que al menos el 50% de los adolescentes pospongan por un período que oscila entre 2 a 3 años el inicio de su actividad sexual, en comparación con lo que sucede cuando esta educación no se brinda o se hace sin cumplir los requerimientos necesarios.³²

Encuestas CAP. El conocimiento representa un conjunto de cosas conocidas, incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que son necesarios realizar esfuerzos en materia de información y educación. De otra parte, la actitud es una forma de ser, una postura de tendencias, de “disposiciones a”. Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación. Permite explicar cómo un sujeto sometido a un estímulo adopta una determinada práctica y no otra. Por último, las prácticas o los comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, son la acción.

Embarazo temprano: La OMS lo define como aquel embarazo que se produce entre los 11 y los 19 años de edad.¹

Estrategias educativas IEC. Son intervenciones educativas multimodales, sus siglas se refieren a Información, Educación y Comunicación. Lo hace en cuatro etapas relacionadas: diagnóstico, estrategia, intervención y monitoreo y evaluación. El principal objetivo es transmitir un mensaje informativo y/o educativo, encaminado a sensibilizar al público meta, incrementando sus conocimientos y/o promoviendo y ofreciendo sus servicios. El mensaje que se dé a la población debe ser atractivo, comprensible, relevante, responder a las características del público objetivo y propósito. El objetivo de la comunicación es obtener un cambio esperado en prácticas, conocimientos y actitudes favorables.

Factores protectores: Son las condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos, y en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables que pueden actuar como escudo para favorecer el desarrollo de seres humanos.³³

Factores de riesgo reproductivo: Son aquellos elementos que inciden en la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de reproducción.³³ Prevenir el riesgo reproductivo supone considerar desde la etapa pre-concepcional, el lapso de gestación y parto y la etapa perinatal, que comprende desde la vigésima octava semana gestacional, hasta la primera semana de vida del recién nacido.

Habilidades sociales. Conjunto de comportamientos interpersonales complejos, que incluyen cogniciones, emociones y acciones: verbales y no verbales. Se refiere al amplio número de respuestas, destinadas a establecer, mantener y terminar interacciones sociales satisfactorias para uno mismo y para los demás.³⁴

Modelo socio-cognitivo desarrollado por Bandura. El comportamiento humano se explica a partir de tres elementos que se interrelacionan modificándose el uno al otro: a) los determinantes personales, que incluyen factores cognitivos, afectivos y biológicos; b) la conducta, y c) el ambiente. Desde este punto de vista, una actuación preventiva eficaz debe actuar sobre estos tres factores, incluyendo los siguientes componentes: 1)

información, con el fin de alertar a la población y aumentar su conocimiento acerca de los riesgos que conlleva el sexo sin protección, 2) desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol, necesarias para que los conocimientos adquiridos se traduzcan en conductas concretas, 3) potenciar la autoeficacia, de forma que el adolescente tenga oportunidad de practicar y mejorar sus habilidades en situaciones de alto riesgo, y 4) apoyo social: fomentando el apoyo interpersonal para afirmar los cambios que una persona va realizando en sus hábitos. Para que la información resulte eficaz, debe transmitir a los destinatarios la creencia de que ellos mismos pueden modificar sus hábitos y mejorar su salud y, a continuación, enseñarles a realizar dichos cambios. La información sobre los hábitos de salud y las enfermedades puede hacer hincapié en los beneficios de los comportamientos saludables, o bien en las pérdidas o daños como consecuencia de unos hábitos nocivos.³⁵

Modelo de creencias de salud Se enmarca entre las teorías del valor-expectativa, y supone que las conductas de protección están en función de:

- a) la percepción subjetiva del riesgo que corre el sujeto de contraer una enfermedad.
- b) la gravedad percibida acerca de la enfermedad: la seriedad que el sujeto le atribuye, incluyendo consecuencias médicas como el dolor y la muerte, y también sociales y económicas.
- c) los beneficios esperados por la puesta en práctica de las conductas de protección.
- d) las barreras percibidas, o los costes derivados de realizar un comportamiento saludable. Estos inconvenientes pueden derivarse de la peligrosidad del comportamiento, por su coste económico, por lo desagradable de su ejercicio, o por el tiempo requerido. El sujeto sopesa los costos de poner en práctica la conducta preventiva y los beneficios que puede obtener.
- e) las señales de atención que le recuerdan al sujeto la realización de actuaciones preventivas.³⁶

Población adolescente. La OMS la define como la población que va de los 10 a 19 años.

Proyecto de vida: Conjunto de actividades coordinadas e interrelacionadas para alcanzar un objetivo. Para el proyecto de vida se refiere a la dirección que una persona marca para su propia existencia, con el objetivo de cumplir sus deseos y metas, sus anhelos.

Relaciones sexuales: Acto o relación sexual que se entiende como un conjunto de acciones de mayor o menor complejidad que realizan dos personas para obtener y dar placer. En esta puede o no necesariamente haber penetración vaginal, anal u oral.

Las siguientes son definiciones básicas de la Asociación Mexicana para la Salud (AMSSAC):

Relaciones sexuales sin riesgo: Son las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, sobre todo VIH.

Respuesta social organizada. Acciones que desarrolla la comunidad ante la problemática de salud, en este caso adolescentes.

Salud del adolescente: Análisis promovidos por la OMS categorizan las áreas de atención para la salud del adolescente en:

- Desarrollo integral;
- Desarrollo psicosocial;
- Salud reproductiva y sexual;
- Problemas específicos del comportamiento; y
- Desventajas agobiantes.³⁷

Salud Sexual: En una fuente de comunicación y se expresa en tres esferas, la genital o biológica, el área erótica y la moral. “El término salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo, como su autoestima y su bienestar emocional y mental, además de la cultura y el ambiente donde vive”.³⁸

Salud Reproductiva: Se refiere a asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgo, con la capacidad de reproducirse, y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En esta última afirmación está implícito el derecho del hombre y la mujer a recibir información y a tener acceso efectivo y aceptable, a un costo razonable y libre de riesgos a los métodos de control de la fecundidad de su elección. Así como el derecho a acceder a servicios adecuados de salud que permitirán a la mujer tener un embarazo y partos seguros, y a la pareja la oportunidad de tener hijos sanos. Algunos autores la conceptualizan como el estado de completo bienestar físico, mental y social durante el proceso de la reproducción y el ejercicio de la **sexualidad**, y la analizan a partir de tres elementos básicos:

- Capacidad: que depende de poder reproducirse, decidir cuántos hijos tener y cuándo, además de gozar su sexualidad.
- Logro: depende de la supervivencia y el desarrollo de un niño o una niña sanos.
- Seguridad: embarazos y partos con bajo riesgo.³⁹

Sexo protegido: Es la relación sexual en la que el intercambio de fluidos corporales como sangre, semen, fluidos vaginales, se evita al utilizar un método preventivo o de barrera como el condón y con ello prevenir el contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Sexo seguro: Es la relación sexual en que no existe la posibilidad de transmisión de enfermedades, básicamente porque no hay penetración u otro tipo de contacto, por lo que no hay intercambio de fluidos corporales

Vulnerabilidad: Susceptible de ser lastimado por sus propias condiciones como por aquellas en que está inmerso.

Vulnerabilidad social en la sexualidad de la adolescente: Conjunto de elementos que pueden influir en la frecuencia de los embarazos en la adolescencia. Éstos son la permanencia en la escuela, el acceso a la información y educación sexual, las oportunidades y aspiraciones de vida, y la existencia de redes familiares y sociales de apoyo de las jóvenes.

4. Planteamiento del Problema.

Como muestra la ENSANUT 2012, poco más de la mitad de adolescentes se han embarazado alguna vez en su vida, reportado con 51.9%.

El embarazo en adolescentes de la comunidad de San Miguel Topilejo se ha convertido en una dinámica de vida que no se reconoce como un problema. De acuerdo a los datos obtenidos del diagnóstico integral de la Salud Materno Infantil 2011, 40% de los embarazos correspondió a las adolescentes, cifra mayor que el máximo permitido (15%); fuentes secundarias mostraron una tendencia a la alza en los últimos 5 años, con un aumento de 9 puntos porcentuales.

Lo anterior permite deducir que la falta de factores protectores en los adolescentes repercuten en el desarrollo saludable del mismo y de su sexualidad, con embarazos tempranos que pueden provocar deserciones escolares, conformación de familias extensas y proyectos de vida limitados o cortos. Aunque se desconoce con exactitud las características de la población a intervenir y las deducciones antes mencionadas, el resultado del análisis cualitativo obtenido a partir del Diagnóstico Integral de salud de la localidad hace referencia a ellos.

Aunque los adolescentes de la localidad reciben educación sexual a través de los programas educativos formales de la SEP, el problema de salud encontrado sigue presente y surgen algunas preguntas generales para el problema no solo local sino mundial: ¿Por qué si los adolescentes reciben información durante su formación escolar, siguen presentando actitudes y comportamientos sexuales que los llevan a consecuencias no deseables como las ITS y embarazo precoces con sus repercusiones negativas o no favorables a sus vidas? ¿Por qué razón los adolescentes se exponen a situaciones que implican riesgo para su salud?, ¿carecen de información?, ¿les falta concientización?, ¿desconocen el riesgo de las relaciones sin protección?, ¿qué elementos obstaculizan la puesta en práctica de las medidas que les protegen de las infecciones de transmisión sexual y de embarazo?

Es sabido que las barreras cognitivas existentes, son responsables de posibles actitudes de riesgo para la salud reproductiva. La educación sexual y reproductiva cubre el déficit de conocimiento que a menudo trae como consecuencia comportamientos riesgosos; así entonces, ésta permitirá que reconozcan los riesgos de llevar a cabo prácticas sexuales no seguras, como ITS o el peligro de un embarazo precoz, e inclusive el no visualizar la perspectiva de vida que tienen y aquella que pueden alcanzar con tan solo tener actitudes y comportamientos sexuales positivos.

Surge así la siguiente pregunta: ¿Es posible a través de la puesta en práctica de una intervención educativa sobre salud reproductiva y sexual, incrementar el nivel de conocimiento de los adolescentes, para el ejercicio responsable de su sexualidad? Es por ello, que es importante intervenir en esta población, ofreciéndoles conocimiento confiable que cubra el déficit, trabajo en habilidades sociales, autoeficacia y redes sociales para la toma de decisiones adecuadas y asertivas en el manejo responsable de su sexualidad.

Si bien, el enfoque debe hacerse tanto en factores sexuales como los no sexuales que pueden estar relacionados con los adolescentes, con sus familias, las escuelas, las comunidades y con los factores culturales; para esta intervención, el abordar los factores sexuales y los no sexuales propios de los adolescentes, es un paso en el inicio de acciones, en la población de esta comunidad.

El mensaje que se quiere transmitir es: Que cualquier adolescente se reconozca susceptible a contraer una Infección de Transmisión Sexual, de embarazarse o de embarazar a alguien, y de saber que puede evitarlo y qué hacer para ello, y finalmente que podrá contar con redes sociales que lo apoyen, y así poder planear y realizar su proyecto de vida.

5. Justificación

En el Diagnóstico Integral de Salud Materno Infantil de San Miguel Topilejo 2011, se encontró que el 71.4% de las mujeres con evento obstétrico reciente, tuvieron su embarazo antes de los 20 años, con una moda de 17 años. El porcentaje de embarazadas adolescentes al momento del estudio fue de 40%, ésta cifra fue mayor que lo reportado a nivel local y en el Distrito Federal a partir de fuentes secundarias, con 22% y 20% respectivamente, las cuales de 2007 a 2011, mostraron un incremento de 9 puntos porcentuales. Las cifras sobrepasan el 15% máximo esperado de embarazo en adolescentes.

El embarazo en adolescentes es un problema público. A nivel nacional e internacional, desde tiempo atrás se observa que ha contribuido al incremento poblacional y al crecimiento acelerado de la población, también contribuye al incremento en la pobreza familiar y por consiguiente a la social. Por último, incrementa el riesgo de efectos adversos tanto en la madre como en el producto (morbi mortalidad), que depende más que de la propia edad y lo biológico, de las condiciones en que se desarrolla el embarazo, como su estado de salud, la situación social, económica, cultural y educativa, tanto de ella como de los padres.

La vulnerabilidad individual y social de los adolescentes, es mayor en el periodo de cambio, alrededor de los 16 años en que se observa el mayor incremento de la prevalencia de embarazo.

Las mujeres en general en la localidad llegan a ser víctimas de violencia, ya que ellas tienen la tarea adicional además del cuidado del hogar y de los hijos, de llevar la economía de la casa con actividades de comercio pero con el manejo de dinero por parte de su pareja. El 69% viven en unión libre quedando desprotegidas legalmente, las uniones son antes de los 18 años por lo que abandonan sus estudios. Los problemas propios de la adolescencia como la percepción física, la búsqueda de identidad y los problemas sociales derivados de ésta última, vuelve más vulnerable a esta población.

La población adolescente necesita de mayor información sobre salud reproductiva y sexual que la que recibe de manera formal, a través de los programas de estudio de la SEP. Dado que el embarazo adolescente es un problema de salud pública, el no realizar acciones de educación sexual que generen un aprendizaje significativo, seguirá influyendo en el inicio de vida sexual temprano, en la falta de un proyecto de vida, con la consiguiente presencia de padres adolescentes, propiciando nuevos padres adolescentes. Por ello, la atención del problema, debe orientarse en la incidencia de factores protectores psicosociales y de su sexualidad.

Es por ello que se decidió realizar una intervención educativa en la localidad, lo cual se hace posible y se facilita al hacerlo en un lugar de concentración de alumnos, como es la secundaria de la localidad, que es además, la única en la misma. No requiere equipos especiales para su aplicación y el instrumento a utilizar no es invasivo, lo que ayudará a la aceptación tanto por los alumnos y por los padres o tutores de los mismos como por las autoridades escolares. No implica ningún costo para los participantes y el costo por parte de la responsable directa de implementar este proyecto, es de alguna manera accesible, quien solicitará apoyo a la delegación política con el fotocopiado de los instrumentos a utilizar.

5.1. Hipótesis

Los adolescentes en quienes se realice una intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva, tendrán un incremento en su conocimiento sobre su sexualidad y manejo de la misma. El incremento esperado es de al menos un 10%.

6. Objetivos del Estudio

6.1. Objetivo General:

Generar un Incremento en el conocimiento de los adolescentes, sobre la salud sexual y reproductiva, para la práctica responsable de su sexualidad.

6.2. Objetivos Específicos:

- a) Describir características demográficas de la población de estudio y de su entorno.
- b) Determinar el grado basal y final de conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, alcanzado posterior a la intervención.
- c) Medir los factores protectores y los de riesgo que determinan el inicio de vida sexual temprana en el grupo de intervención.
- d) Fortalecer los elementos facilitadores que contribuyen al aprendizaje significativo sobre sexualidad para una práctica responsable.
- e) Identificar barreras de acceso para la obtención de los métodos de planificación familiar.

7. Metodología

7.1. Tipo y diseño del estudio

Se realizó un estudio cuasi-experimental (de intervención), donde se implementó una intervención educativa en los meses de septiembre a diciembre de 2013. La intervención se dirigió a los adolescentes en el nivel educativo básico, que cursaban el 3er grado de secundaria durante el ciclo escolar 2013-2014. La secundaria es la única en la localidad de San Miguel Topilejo (grupo de intervención). Se evaluó el cambio de porcentaje (incremento) en el conocimiento adquirido, comparado con la población escolar de adolescentes en el mismo grado escolar de secundaria ubicada en la localidad de San Andrés Totoltepec, Tlalpan, donde no se realizó la intervención y solo se les entregaron regletas sobre MAC (grupo control).

7.2. Descripción del método e instrumentos a utilizar

❖ POBLACIÓN

La población Diana fueron los adolescentes de la localidad de San Miguel Topilejo. Para este caso la población accesible fueron los adolescentes de la localidad que cursaban su educación de nivel secundaria (Secundaria Técnica # 56), el universo de estudio son los adolescentes en tercer grado, del cual se tomó la muestra. La unidad de análisis fue individual.

Criterios de inclusión:

- Alumnos cursando el tercer grado de secundaria correspondiente al ciclo escolar 2013-2014.
- Alumnos que aceptaron participar en el estudio y que tuvieron consentimiento informado de los padres (grupo autoseleccionado), previa plática informativa a éstos.

Criterios de exclusión:

- Los alumnos que teniendo consentimiento informado de aceptación por los padres, no dieron su asentimiento
- Los adolescentes que ingresaron a la escuela en los grupos seleccionados durante el ciclo escolar una vez iniciada la intervención.

Criterios de eliminación:

- Los que decidieran abandonar el estudio en cualquier momento de la intervención.
 - Aquellos alumnos que estando dentro del estudio emigraran de la escuela
- Nota: Se previó que aquellos alumnos participantes del estudio que no cubrieran el 80% de asistencia a las sesiones, no se les quitaría el beneficio de la intervención, sin embargo el análisis se haría con ellos y sin ellos observando el grado de cambio y cuanto pueden modificar el resultado.

❖ MUESTRA

Tamaño de la muestra: Como el objetivo general es obtener un incremento del porcentaje del conocimiento efectivo, entre la medición pre y post intervención para ambos grupos, el cálculo se hizo con la fórmula de diferencia (o comparación) de proporciones. La confiabilidad fue del 95% (riesgo α deseado, 0.05) y una potencia al 85% (riesgo β de 0.15), con la proporción mínima esperada del cambio de conocimiento de al menos el 10%. Se agregó una tasa de no respuesta del 10% ajustando el cálculo para poblaciones finitas.

El tamaño de la muestra (n=), ajustando a una tasa de no respuesta del 10% = 181

Corrección para población finita, **n= 101**

Selección de la muestra. Se procedió a un muestreo probabilístico, por conglomerados (grupo escolar), con selección aleatoria simple. Se incluyeron 96 alumnos para el grupo de intervención y 98 alumnos para el grupo control, ambos bajo el mismo proceso de selección. El número de grupos escolares seleccionados fueron de 3 (cada grupo contaba con 33 a 35 alumnos). El grupo control se seleccionó de la escuela secundaria en la localidad de San Andrés Totoltepec en la Delegación Tlalpan, donde la población se suponía que compartía características socioculturales semejantes a la población de estudio.

❖ **VARIABLES:**

Variable dependiente:

- Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva

Variable independiente:

- Intervención educativa (educación sexual y reproductiva, y elementos facilitadores para el conocimiento).

Covariables:

- edad, sexo y las relacionadas al comportamiento sexual así como factores riesgo o predisponentes al mismo.

Definición operacional de las variables de estudio

Para el desarrollo del estudio, las variables se definieron como se muestra en la Tabla no. II:

Tabla No. II DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES DE ESTUDIO

<i>CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.</i>				
Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Definición operacional	Fuente de información
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativa, discreta	Edad cumplida en años	Primaria
Sexo	Atributos fisiológicos que identifican a una persona como hombre o como mujer	Nominal dicotómica	1= (Femenino): # de mujeres participantes en el estudio 0= (Masculino): # de hombres participantes en el estudio	Cuestionario de conocimiento

CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y METODOS ANTICONCEPTIVOS

Variable	Definición conceptual	Tipo var	Definición operacional	Fuente
conocimiento sobre salud sexual y reproductiva	Resultado de la información obtenida que los participantes muestren sobre: anatomía de genitales, días fértiles, sexo seguro, sexo protegido, ETS, MAC, embarazo adolescente y riesgos de un embarazo precoz.	Cuantitativa continua y nominal dicotómica	Se construye a partir de una Escala de 0 a 10 para obtener después el promedio de calificación para el grupo de estudio y control (diferencia de medias) Bueno: De 7.5 a 10 Malo: Menor de 7.5 (para regresión logística)	Cuestionario de conocimiento
% de adolescentes con conocimiento de MAC	Resultado de la información sobre existencia y tipos de MAC	Cuantitativa discreta	# de participantes en el estudio que conocen al menos un MAC	Cuestionario de conocimiento
% adolescentes con conocimiento de MAC para prevenir ITS	Resultado de la información sobre existencia de métodos que prevengan una ETS	Cuantitativa discreta	# de participantes en el estudio que conocen al menos un método preventivo	Cuestionario de conocimiento
Conocimiento (beneficios) del uso del condón	Resultado de la información sobre los dos beneficios del uso del condón (previene un embarazo no deseado y protege de ITS)	Nominal, dicotómica	ADECUADO: Conoce los dos beneficios de su uso INADECUADO: Conoce uno o ningún beneficio del uso del condón	Cuestionario de conocimiento
ACTITUDES, COMPORTAMIENTOS Y PRACTICAS SEXUALES				
Inicio vida sexual	OMS: Se refiere a las relaciones sexuales (con coito) como el erotismo, la intimidad y el placer	Nominal, dicotómica	1=SI: Haber tenido al menos una relación sexual 0=No: No haber tenido ninguna relación sexual	Cuestionario de conocimiento
Condición de embarazo	Se refiere al estado de embarazo en algún momento de su vida, sin importar la resolución del mismo	Nominal dicotómica	0=NO 1=SI	Cuestionario de conocimiento
Edad adecuada para tener su primer bebé	Edad con preparación psíquica, física y socialmente para tener un hijo.	Ordinal categórica	0= Después de los 20 a 1= Entre los 15 y 19 años 2= Antes de los 15 años	Cuestionario de conocimiento
% de adolescentes con sexo no protegido	Sexo que se tiene sin usar un método que proteja o prevenga el contagio por intercambio de fluidos	Cuantitativa, discreta	# de adolescentes que han tenido sexo no protegido	Cuestionario de conocimiento

Variable	Definición conceptual	Tipo var	Definición operacional	Fuente
Frecuencia de sexo no protegido	# de veces que ha tenido sexo no protegido	Ordinal, categórica	0= NUNCA 1= POCAS VECES 2= ALGUNAS VECES 3= SIEMPRE	Cuestionario de conocimiento
Sexo protegido en la primera relación sexual	Uso de condón en la primera relación sexual	Cuantitativa, discreta	# de adolescentes que tuvieron sexo protegido en su primera relación sexual	Cuestionario de conocimiento
Sexo protegido en la última relación sexual	Uso de condón en la última relación sexual	Cuantitativa, discreta	# de adolescentes que tuvieron sexo protegido en su última relación sexual	Cuestionario de conocimiento
Actitud ante su sexualidad		Cualitativa, dicotómica	0= ADECUADA 1=INADECUADA	Cuestionario de conocimiento
FACTORES DETERMINANTES				
Padres adolescentes	Padre o madre con antecedente de haber adquirido el rol en la adolescencia.	Cualitativa, discreta dicotómica	1=SI: Antecedente de tener al menos un padre adolescente (FR) 0=NO: Sin antecedente de tener un padre adolescente(FP)	Cuestionario de conocimiento
Escolaridad de los padres	Último nivel escolar cursado (concluido o trunco) por alguno de los padres	Ordinal, categórica	0=Preparatoria o mayor (FP) 1= Secundaria 2=Primaria o sinestudios (FR)	Cuestionario de conocimiento
Ocupación de los padres	Actividad, acción o función que realizan sus padres (puede señalar dos opciones, una para cada padre)	Nominal politómica	1=Profesionista 2=Trabajador en salud 3=Agricultor 4=Empleado u obrero 5=Otra	Cuestionario de conocimiento
Asertividad	Actividad social de manifestarse clara y respetuosamente para defender sus derechos y opiniones	Ordinal, categórica	2= Falta de asertividad (FR) 1= Asertividad media 0= Asertividad óptima (FP)	Cuestionario asertividad
Autoestima	Habilidad ligada al respeto y cariño por uno mismo y por los demás	Ordinal, categórica	2= Autoestima baja (FR) 1= Autoestima media 0= Autoestima alta (FP)	Cuestionario autoconcepto
Proyecto de vida	Dirección que una persona marca para su propia existencia. Referenciando el ¿qué, cómo y cuándo?	Nominal dicotómica	0=SI (si refiere, qué, cómo y cuándo?) (FP) 1=NO (si solo refiere qué, sin decir cómo, ni cuándo?) (FR)	Cuestionario de conocimiento

Variable	Definición conceptual	Tipo var	Definición operacional	Fuente
Factores protectores familiares	Presencia de Padres que ponen límites y conviven con sus hijos	Nominal dicotómica	0=SI 1=NO	Cuestionario de conocimiento
Factores protectores sociales	Recepción de mensajes preventivos alusivos a prevención de ETS, Embarazo y drogadicción	Nominal dicotómica	0=SI 1=NO	Cuestionario de conocimiento
Acceso a MAC	Posibilidad de obtener el método anticonceptivo: - conocer donde lo puede obtener - existencia del método en esos sitios - que le sea otorgado el método en esos sitios	Ordinal, categórica	0= Acceso adecuado (si lo conoce, si existe y si se le otorga con facilidad). (FP) 1= Acceso regular (conoce el método pero desconoce donde obtenerlo o hay desabasto del mismo). 2= Acceso deficiente o sin acceso (que no se le otorgue el método, aun cuando lo conoce, sabe dónde obtenerlo y hay existencia). (FR)	Cuestionario de conocimiento

FR= Factor de riesgo

FP= Factor protector

❖ INSTRUMENTOS:

Se *construyó* un cuestionario de autoaplicación para el conocimiento de sexualidad y salud sexual y reproductiva. Se utilizaron ítems de otro cuestionario ya validado, el cual se empleó en un estudio de intervención para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes por la OMS⁴², el cual investigó sobre relaciones sexuales precoces, embarazo en la adolescencia, ITS y salud reproductiva “Métodos anticonceptivos”. También se agregaron ítems para indagar sobre los indicadores nacionales sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes conforme a lo reportado en la ENSANUT 2012. Por lo anterior y antes de su uso para este estudio, el cuestionario construido fue *piloteado*.

El cuestionario se denominó: “**Cuestionario de conocimiento, actitudes, prácticas, y factores de riesgo, sobre sexualidad en los adolescentes**” compuesto por 55 preguntas cerradas y 24 preguntas abiertas. Éste, permitió tomar datos para hacer mediciones en los siguientes apartados:

- Características demográficas
- Nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva
 - Sexo protegido y sexo seguro
 - Embarazo en la adolescencia y riesgos de embarazo precoz
 - Enfermedades de transmisión sexual

- Salud reproductiva (Métodos anticonceptivos, anatomía de genitales y días fértiles)
- Actitudes y prácticas de los adolescentes sobre su sexualidad
- Factores determinantes (de riesgo y protectores para el inicio temprano de vida sexual y para embarazo adolescente)
- Acceso a MAC (información y obtención del método)

También se usó un cuestionario sobre asertividad y uno llamado inventario de autoconcepto en el medio escolar, para alumnos de enseñanza secundaria de Andrés García Gómez.⁴³

Se hizo prueba piloto de los instrumentos utilizados con la finalidad de aprobar su comprensión por el encuestador y el encuestado.

7.3. Diseño de la intervención

Con la intervención se pretendió llevar hasta uno de los ámbitos más importantes del adolescente, como lo es la escuela, información fiable sobre salud sexual y fortalecimiento de habilidades sociales.

Objetivo: Generar un Incremento en el conocimiento de los adolescentes, sobre la salud sexual y reproductiva, para la práctica responsable de su sexualidad.

Propósito: Que los adolescentes, perciban e incrementen su conocimiento ante el riesgo, que aumenten el uso de Métodos anticonceptivos e incrementaran la formación de destrezas para su inclusión social y desarrollo personal.

Competencias: Que los adolescentes reconozcan una situación de riesgo y la afronten con una negociación sustentada en el conocimiento adquirido.

Plan de temas:

- *Conocimiento: anatomía de genitales, días fértiles, sexo seguro, sexo protegido, ITS, MAC, embarazo adolescente y riesgos de un embarazo precoz.*
- *Habilidades sociales: autoestima, asertividad, auto eficacia.*

El material de apoyo para el desarrollo de la intervención, ya sea en pláticas o talleres, se tomaron de bloques de distintos apoyos didácticos como:

- Videos del Programa Generación Viva, de la Fundación México Vivo.
- Taller de Género y Sexo. ¿A quién le importa? Módulo de capacitación de género y salud reproductiva dirigido a adolescentes y personas que trabajan con jóvenes. Desarrollado por Ipas y Health&Development Networks, con apoyo técnico de Instituto de Educación y Salud y la OMS.
- Taller para adolescentes de Autoestima

La intervención realizada, fue una adaptación de los materiales señalados, en 3 etapas.

Etapas 1. Evaluación.

Previo a las sesiones propiamente de la intervención, se aplicó un cuestionario de conocimientos, que sirvió para evaluar el impacto de la intervención a corto plazo, para ello se construyeron indicadores de evaluación. También se aplicó un cuestionario de autoconcepto y uno de asertividad.

- Medición basal: previa autorización de autoridades del plantel, del participante y de los padres, se aplicó el cuestionario. Se realizó durante el horario de clases en el aula designada por la orientadora del plantel (salón de teatro, biblioteca o sala de proyecciones) con una duración aproximada de 50 minutos.

Se contó con el apoyo de dos residentes de la Especialidad de Salud Pública en la aplicación de cuestionarios.

Etapas 2. Intervención.

Las actividades se realizaron dentro de un programa educativo, constituidas en 4 sesiones y 6 talleres, en 7 intervenciones. Las actividades se desarrollaron por separado a cada grupo escolar (de 34-36 alumnos por grupo) y se impartieron en la sala de proyecciones, biblioteca o salón de teatro utilizando el tiempo de un módulo de clase con una duración de 40 a 45 minutos por sesión, de una a dos sesiones o intervenciones a la quincena para cada grupo escolar seleccionado, durante el horario de clases.

Organización de las sesiones y contenido de temas:

Presentación y objetivos de la Intervención educativa (5 minutos)

- ✓ Tema 1. Sexo y Género.
Objetivo: Identificar la diferencia entre sexo y género, así como sus roles.
 - Taller “aprendiendo sobre sexo”. Tomado de Dinámica 6, tarjeta 9. Ipas (15 minutos)
 - Juego de género. Tomado de Dinámica 4, tarjeta 7. Ipas. (25 minutos).
- ✓ Tema 2. Sexualidad y afectividad.
Objetivo: Reconocer su propia sexualidad e identificarse como ser individual explorando sus capacidades.
 - Sesión donde se analiza la respuesta sexual humana a través del conocimiento sobre su cuerpo. (20 minutos).
 - Taller “fotomatón” presentación y exploración de autoestima (20 minutos).
- ✓ Tema 3. Sexualidad y diversidad sexual
Objetivo: Distinguir las diferentes alternativas para ejercer la sexualidad y la importancia de tomar decisiones responsables e informadas.
 - Diferencia entre sexo, sexualidad y salud sexual (10 minutos)
 - Diversidad sexual, definición y manifestaciones (10 minutos)
 - Taller “opciones para decidir cómo ejercer su sexualidad” (20 minutos)
- ✓ Tema 4. Autoestima, asertividad y proyecto de vida.
Objetivo: Ejercitar habilidades de autoconocimiento, fomentar una visión realista y positiva de sí mismo, aumentar la autoestima y asertividad, y desarrollo de proyecto de vida.
Fuente: Taller para adolescentes. 1ª Parte “Yo valgo la pena: la Autoestima” Sesión1, fichas 24 y 26. Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes.

Primera parte (día 1):

- Presentación. “Autoestima”: Definición y bases. (10 minutos)
- Taller “Autoconcepto”. (30 minutos).
Explorarse y descubrir su propio autoconcepto como persona hábil y como persona sexual, así como mi grado de autoaceptación.
- Ejercicio “Anuncio publicitario de uno mismo”.

Trabajo en casa (explicación, 5 minutos)

Segunda parte (día 2):

- Sesión “Descubriendo pensamientos erróneos” (10 minutos).
- Proyecto de vida. Lic. Psicología Raquel, orientadora del plantel (40 minutos)
- ✓ Tema 5. Infecciones de Transmisión Sexual.
Objetivo: Identificar las conductas de riesgo a través del conocimiento de las ITS y su vulnerabilidad a ellas.
 - ITS. Presentación en power point (20 minutos)
 - Video ITS (10 minutos)
 - Video VIH-SIDA (10 minutos)
- ✓ Tema 6. Reproducción humana.
Objetivo: Reflexionar sobre los riesgos de las relaciones sexuales y embarazo a temprana edad.
 - Relaciones sexuales precoces. Lluvia de ideas sobre lo que ellos piensan de las relaciones sexuales en los adolescentes. (10 minutos)
 - Embarazo, días fértiles, riesgos del embarazo adolescente (aborto) y consecuencias de un embarazo no deseado. (35 minutos)
 - Página: Calculadora de días fértiles.
- ✓ Tema 7. Sexo protegido.
Objetivo: Contribuir a la toma de conciencia y responsabilidad individual en la prevención de los riesgos asociados al comportamiento sexual, reconociendo los comportamientos sexuales positivos para prevención del embarazo y de las ITS
 - Sesión. Aumentar sus conocimientos en materia de anticoncepción. Observación de maqueta de Métodos Anticonceptivos (10 minutos).
 - Video. “La foto del recuerdo” Mexfam (35 minutos)
- ✓ Tema 8. Auto eficacia.
Objetivo: Percibirse eficaces para afrontar dificultades ante decisiones sobre su sexualidad, identificando puntos críticos y oportunidades de resolución.
 - Taller “Vulnerabilidad de negociación” sobre sexo protegido: Habilidades para controlar el entorno y negociación de actividades sexuales de menor riesgo. (40 minutos).

Cierre de la intervención (10 minutos)

OTROS MATERIALES DE APOYO

Un sitio de portal ciudadano del Gobierno del DF. Información en salud. Secretaria de Salud.

http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=85&Itemid=105

Contiene información sobre Salud sexual y reproductiva. Información virtual para jóvenes y adolescentes de auto revisión.

Etapas 3. Evaluación.

Se llevó a cabo nuevamente la autoaplicación de los cuestionarios que se utilizaron en la primera etapa.

7.4. Plan de análisis:

La unidad de análisis fue individual. Los cuestionarios utilizados en la etapa basal y final, se capturaron y analizaron con el programa STATA versión 12.

- Análisis univariado:
 - Descripción en ambos grupos de las características demográficas, del nivel de conocimiento y de las actitudes y/o comportamiento sexual como los factores determinantes. Se hizo descripción de variables continuas, las medidas de resumen (media, moda y mediana) y de dispersión (desviaciones estándar y rangos), y para las variables categóricas, las frecuencias y proporciones.
- Análisis bivariado:
 - χ^2 para variables con escala nominal
 - Correlación de Pearson para variables con escala continua
 - ANOVA
 - Prueba de Z para diferencia de medias (antes y después de la intervención)
 - Regresión logística, si del análisis previo se encuentran diferencia significativa, se hará un modelo que incluya además, las co variables que expliquen mejor la variable dependiente.

En virtud de que la distribución de los datos de la variable dependiente no cumplieron con el supuesto de normalidad, el análisis se realizó con pruebas no paramétricas: análisis bivariado del grado de conocimiento final con variables dicotómicas, con la prueba de medianas a través de rangos de Mann-Whitney y con prueba Kruskal-Wallis para variables categóricas y la Correlación de Spearman. Con las variables significativas, se hizo un análisis de asociación de tipo regresión logística.

7.5. Evaluación

Indicadores de evaluación.

A) % DE ADOLESCENTES CON UN BUEN GRADO DE CONOCIMIENTO

El indicador se construyó a partir de obtener un índice de GRADO DE CONOCIMIENTO. Se midió con el resultado de cada participante como variable cuantitativa con valor de cero a diez (0 a 10), para categorizarlo de la siguiente forma:

Bueno: De 7.5 a 10

Malo: Menor de 7.5

Se obtuvo también un promedio de calificación por grupo para cada momento de la evaluación.

El índice se construyó a partir de las siguientes variables:

- Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva
- Conocimiento sobre existencia de MAC
- Conocimiento sobre el uso adecuado del condón
- Conocimiento sobre Enfermedades de Transmisión Sexual

B) % DE ADOLESCENTES QUE CONOCEN AL MENOS UN MAC

Se obtuvo a partir del resultado obtenido en el cuestionario.

C) % DE ADOLESCENTES CON CONOCIMIENTO DE MAC PARA PREVENIR ITS

Se obtuvo a partir del resultado obtenido en el cuestionario.

D) % DE ADOLESCENTES CON ADECUADO CONOCIMIENTO DEL USO DEL CONDON

Se obtuvo a partir del resultado obtenido en el cuestionario.

E) % DE ADOLESCENTES CON ACCESO A MAC

Se construyó a partir de los resultados obtenidos en el cuestionario.

- Acceso adecuado Conoce el método, existe en los lugares que conoce y se le otorga con facilidad.
- Acceso regular Conoce el método, pero desconoce donde obtenerlo o hay desabasto del mismo en los lugares que conoce.
- Acceso deficiente o sin acceso El método no le es otorgado, a pesar de conocerlo y de tenerlo en existencia.

F) INCREMENTO DEL CONOCIMIENTO: Se construyó a partir del cambio de porcentaje (diferencia de proporciones) obtenido a partir del grado de conocimiento de los dos grupos entre la evaluación inicial y final. Para ello se calculó el cambio promedio (diferencia de medias) en el conocimiento obtenido para cada grupo (intervención y control) entre la evaluación inicial y final.

- Impacto de la intervención: Incremento mínimo esperado en el conocimiento del 10%
- Sin impacto: Incremento menor del 10% o sin incremento.

Como parte de los factores protectores y de riesgo, el autoconcepto y la asertividad se midieron, no como índice, sino para identificar el nivel en que se encontraron los adolescentes antes y después de la intervención, ya que en el desarrollo de la misma, se usarán estos elementos. La escala de medición conforme a las herramientas a utilizar, fue la siguiente:

- AUTOCONCEPTO: Se obtuvo el nivel a partir del puntaje resultante en el cuestionario de autoestima.
 - Autoestima Alta: Suma mínima de Items positivos= 31-40
Suma máxima de Items negativos= 15-29
 - Autoestima Media: Suma mínima de Items positivos= 21-30
Suma máxima de Items Negativos= 30-44
 - Autoestima Baja Suma mínima de Items positivos= 45-60
- ASERTIVIDAD: Se obtuvo el nivel a partir del puntaje resultante en el cuestionario de asertividad
 - Asertividad óptima: Suma de Items que alcancen entre 102 y 152 puntos
 - Asertividad media: Suma de Items que alcancen entre 52 y 151 puntos
 - Asertividad baja: Suma de Items que alcancen máximo 51 puntos

8. Estudio de Factibilidad

Una vez definida la estrategia de implementación de la intervención educativa, se llevó a cabo un análisis de factibilidad.

8.1. Factibilidad técnica

En el desarrollo de la intervención se consideró la infraestructura de la Escuela Secundaria Técnica No. 56 “Enrique Ramírez y Ramírez”, ocupando el salón de usos múltiples o el área de taller, que cuenta con tomas de corriente eléctrica, área de proyección, proyector, butacas, ventilación e iluminación adecuadas, por lo que no requirió ninguna adecuación ni gasto monetario.

Los recursos humanos fueron la responsable de la implementación de la intervención y la orientadora de la secundaria, Lic. Psicología en apoyo logístico y docente en una de las sesiones, además de ser un vínculo con los alumnos. También participaron en la aplicación de los cuestionarios finales, dos médicos residentes de la Especialidad de Salud Pública y Medicina Preventiva del INSP, que se encontraban realizando su rotación en el primer año de la residencia, en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan. Todos los participantes, no solicitaron, ni recibieron pago alguno.

Todos los recursos humanos recibieron información sobre el desarrollo de la intervención previo a la misma. La responsable de la intervención recibió además, curso capacitación y taller Generación Viva por parte de la Fundación México Vivo con temas de sexualidad, Infecciones de Transmisión Sexual, VIH-SIDA y prevención.

También se realizó coordinación con la Dirección General de Desarrollo Social a través de la Dirección en Salud de la Delegación Tlalpan, solicitando apoyo para obtener autorización de ingreso a los planteles educativos (donde se encontraban los grupos de intervención y el grupo control), solicitando también que no se aceptara el abordaje por ninguna otra instancia, evitando así, la contaminación de los grupos y determinar el impacto de la intervención.

8.2. Factibilidad financiera

La intervención se realizó con los recursos propios de la responsable de la implementación de la misma. Sin embargo, se solicitó apoyo a la Delegación Territorial de Tlalpan para el fotocopiado de parte de los instrumentos a utilizar (cuestionarios). Se obtuvo también, a través de una petición a la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan, en el área de salud sexual y reproductiva, material impreso para distribuir a los alumnos participantes, como regletas sobre Métodos Anticonceptivos y trípticos sobre ITS.

Por otra parte, se mantuvo comunicación con personal de la Jurisdicción Sanitaria en el área de epidemiología, como con el Centro de Salud de la localidad, para dar continuidad en lo posible, a estas intervenciones, con las recomendaciones resultantes de la misma. Así también, se pretende realizar una coordinación continua con el CIENI y con la Dirección de Salud de la Delegación Tlalpan, con el objetivo de continuar con estrategias para motivar, promover y educar a los adolescentes sobre una sexualidad responsable.

8.3. Estimación de recursos.

Los recursos necesarios para implementar y desarrollar la intervención educativa, se muestran a continuación de acuerdo a una estimación realizada. Cuadro IV.

Cuadro No. IV. Estimación de recursos

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Educadores participantes o apoyo humano logístico (9 intervenciones)	3	2,700.00	8,100.00
Apoyo en la logística dentro de la escuela	2	1000.00	2000.00
Supervisor o responsable	1	1,000.00	1,000.00
Transporte de recursos por sesión, por 9 intervenciones	5	38.00	1710.00
RECURSOS MATERIALES			
Cañón	1	10,000.00	10,000.00
Laptop	1	8,000.00	8,000.00
Hojas de papel (cientos de hojas)	20	42.00	840.00
Rotafolios	2	150.00	300.00
Plumas	100	4.50	450.00
Plumones	10	16.00	160.00
Impresión y copias de cartas de consentimiento	204	0.30	61.00
Impresión y copias de asentimientos informados	204	0.30	61.00
Impresión y copias de avisos de privacidad	204	0.30	61.00
Impresión y copias de cuestionario sobre sexualidad	204	1.50	306.00
Impresión y copias de cuestionarios de asertividad y autoconcepto	204	.60	123.00
Impresión, diseño de trípticos sobre sexualidad	204	3.00	612.00
Impresión y diseño de regletas de Anticonceptivos	204	5.00	1020.00
Diseño y material digital sobre sexualidad	1	10,000.00	10,000.00
Diseño e impresión de material para asertividad y autoestima	1	2,000.00	2,000.00
Impresión y copias protocolo de intervención como del reporte final del mismo, como de su presentación	2	200.00	400.00
Reporte final del PT y presentación del mismo	3	350.00	1050.00
TOTAL			48,254.00

8.4. Factibilidad social

En la comunidad de San Miguel Topilejo, los usos y costumbres prevalecen, donde el factor de género, rige a las mismas. Sin embargo, el cuidado de los hijos y la atención a la salud está totalmente a cargo de las madres de familia, ellas tienen si así lo desean, la opción de decidir cómo atenderlos en estos ámbitos. Por lo que se espera que posterior a la plática informativa que se les dé a los padres o madres de familia solicitando su autorización para la participación de sus hijos, con el objetivo de que ellos tomen decisiones sobre su sexualidad de una forma responsable, por lo que el ofrecerles el conocimiento fiable, es necesario para ello.

Por otra parte, en los programas educativos de la SEP desde nivel primaria y secundaria, ofrecen ya el inicio de la información al respecto, pero el enfoque es meramente biológico y cívico, las habilidades sociales pueden ser aceptadas por los padres de familia en el entendido de que éstas servirán para el desarrollo de sus hijos, no solo en parte de su sexualidad, sino en el desarrollo como su nombre lo dice: social.

Al implementarse esta intervención educativa, con autorización de las autoridades escolares y dentro de sus instalaciones y horarios, ofreció a los padres, seguridad sobre la información y el lugar donde sus hijos la recibirán. Todo lo mencionado, facilitó la implementación de la intervención, no dudando también que existía la posibilidad de que algunos padres no aceptaran la participación de sus hijos. Por último, los adolescentes dentro de los grupos elegidos para, como el resto de los adolescentes, mantuvieron inquietudes por conocer su sexualidad, algunos reprimen esa inquietud y otros no; por lo que desde el primer acercamiento se les ofreció un ambiente de respeto y confianza, con lo que la participación se incrementó.

8.5. Factibilidad política

A nivel mundial, el problema de salud pública sobre la alta prevalencia de embarazo en adolescentes, el incremento de las Infecciones de Transmisión Sexual, la mortalidad materna por complicaciones del embarazo, parto y puerperio o por aborto, es reconocido. A través de los años, se han hechos esfuerzos por combatirlo, desde organizaciones, estudios locales, nacionales, y políticas públicas.

Dentro de este marco, en 1999 en la Cumbre Mundial de Población, en Nueva York, 172 países incluido México, firmaron por primera vez en la historia un acuerdo para difundir la cultura sexual. La estrategia en México, fue hacerlo a través de la incorporar a los programas de estudio a cargo de la SEP en el Sistema Básico de Educación Escolar, abordando los temas sobre salud reproductiva y sexual.

Por otro lado, como parte de los ODM, reducir la mortalidad materna Objetivo 5 y Reducir el VIH_SIDA en el Objetivo 6, en su meta 6A, a través de dos indicadores, donde espera que los jóvenes se protejan de adquirir la enfermedad y el empoderamiento de las mujeres para su protección contra la misma enfermedad, son metas mundiales, por lo que nuevamente el combate de VIH_SIDA y el ejercicio de una sexualidad responsable son de interés mundial nacional y local, facilitando su autorización, aceptación y abordaje.

Así, la OMS, la OPS, la Secretaría de Salud, la SEP, resaltan la importancia de la acción sobre los adolescentes para este problema de salud pública. La intervención educativa diseñada, reforzó la educación sexual, desde un enfoque cognitivo y énfasis en habilidades sociales y los temas se encuentran dentro de las prioridades de atención bajo políticas públicas de educación y salud, lo que facilitó la aceptación por la autoridad de la secundaria y la autorización por los padres de los participantes, sin infringir en ningún momento en el ámbito político educacional.

9. Consideraciones éticas

El estudio se basó en las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki. Se usó una carta de consentimiento informado (del padre o responsable del menor), carta de asentimiento (solo para el estudiante que participó una vez que el padre o tutor aceptó), y el aviso de privacidad.

La privacidad del estudio. El estudio tuvo el propósito de incrementar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva e identificar factores asociados a los comportamientos, por lo que la información fue confidencial. Se cuidó la privacidad al no usar como identificación de cada alumno adolescente su nombre en el análisis, solo se usaron folios numéricos consecutivos asignados para el control de la información. Se usaron listas de asistencia solo para control del % de asistencia a pláticas y talleres. Todos los participantes cumplieron con los criterios establecidos para su selección y análisis de la información obtenida.

El protocolo fue revisado por el Comité Local de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública, vigilando el cumplimiento de lo señalado.

10. Resultados

Conformación de grupos de estudio.

Se obtuvieron dos muestras aleatorias para el desarrollo del estudio cuasi-experimental, el grupo uno o de intervención y el grupo dos o de control. Ambos grupos estuvieron integrados por alumnos de tercer grado de secundaria. El grupo 1 corresponde a la Secundaria Técnica No. 56 “Enrique Ramírez y Ramírez” en el pueblo de Topilejo. El grupo 2 corresponde a la Secundaria Diurna No. 284 “Gustavo Cabrera Acevedo” en el pueblo de San Andrés Totoltepec. Para evaluar el grado de conocimiento se aplicó un cuestionario basal y uno final en ambos grupos, programados al inicio del ciclo escolar en el mes de septiembre de 2013 y enero de 2014 respectivamente. La intervención educativa se programó en 7 sesiones a desarrollar en los meses de octubre, noviembre y enero.

El total de participantes de ambos grupos fueron 180, el 54.4% (98) eran mujeres y el 45.5% (82) eran hombres. La edad promedio fue de 14.3 DE ± 0.5 y rango 4 (12-16).

La muestra considerando la tasa de no respuesta se requería un mínimo de 91. El número de participantes al momento de la aplicación basal de los cuestionarios por grupo estudio, presentó en ambos una disminución de éstos respecto a la aplicación final del cuestionario, debido a bajas escolares. El grupo 1 presentó 12 bajas escolares (12.5%) en el transcurso de las sesiones educativas, restando 84 participantes en la aplicación del cuestionario final, los cuales tuvieron una asistencia a las sesiones programadas del 90%. El grupo 2 tuvo solo dos bajas escolares (2.04%), quedando para la aplicación del cuestionario final 96 participantes. Tabla No. III

Tabla III. Número de participantes en los cuestionarios		
Grupo de estudio	Frecuencia	%
G. Intervención basal	96	25.67
G. Intervención final	84	22.46
G. Control basal	98	26.2
G. Control final	96	25.67
Total observaciones	374	100

Fuente: Cuestionarios del estudio

Características demográficas

Se estudiaron la edad, sexo, lugar y tiempo de residencia de los adolescentes, así como la escolaridad y ocupación de los padres y la o las personas con quien reside el adolescente.

La distribución por sexo en ambos grupos es similar, en ambos se observa un mayor porcentaje de mujeres que de hombres. Tabla No. IV

Tabla IV. Distribución de grupos por sexo				
GRUPO	Intervención basal	Intervención final	Control basal	Control final
Sexo	N=96	N=84	N=98	N=96
	%	%	%	%
Mujer	55.91	53.57	54.08	54.17
Hombre	44.79	46.43	45.92	45.83

Fuente: Cuestionarios del estudio

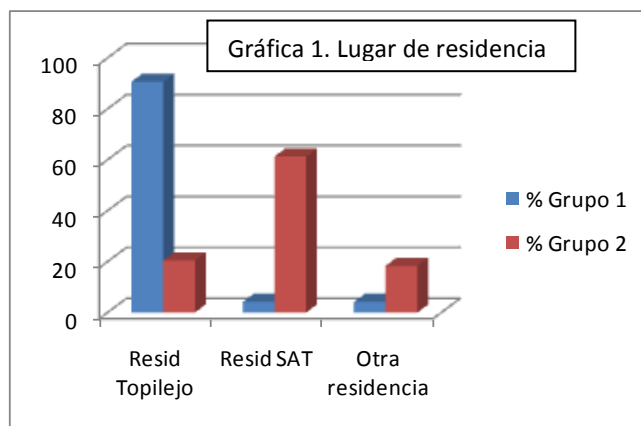
La edad promedio del grupo 1 y grupo 2 son similares, lo mismo para el tiempo de residencia en el domicilio actual. Tabla No. V

Tabla V. Media de edad y tiempo de residencia por grupos						
Grupos	Edad	DE	Rango	Tiempo residencia	DE	Rango
Grupo 1	14.4	0.56	2(14-16)	9.4	4.8	15(0-15)
Grupo 2	14.5	0.52	2 (14-16)	11.06	4.08	15(0-15)

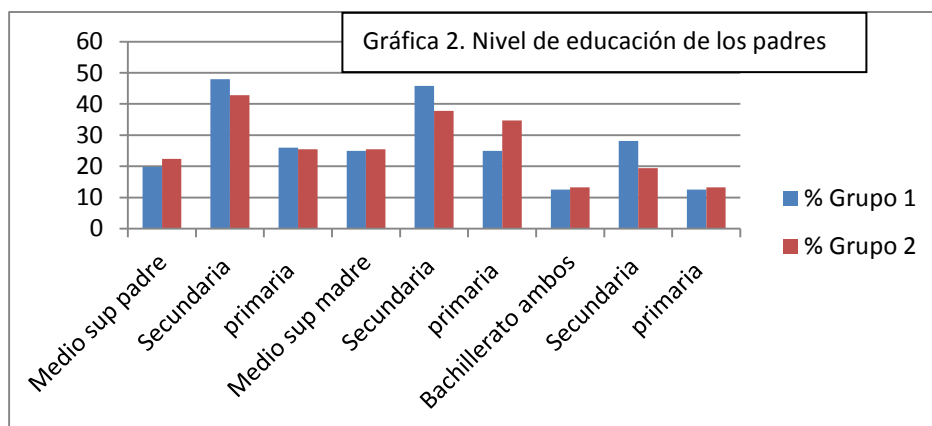
Fuente: Cuestionarios del estudio

Dado que la distribución de los datos de las variables edad y tiempo de residencia, no se comportan como una distribución normal, la mediana de la edad del grupo 1 es de 14 años y la mediana del tiempo de residencia es 12 años; para el grupo 2 la mediana de la edad es 14.5 años y la mediana del tiempo de residencia es de 14 años.

Respecto al lugar de residencia, los dos grupos tiene un mayor porcentaje de residentes de su propia localidad, 90.6% para el grupo 1 y 61.2% para el grupo 2 quien tiene una población más variada; las diferencias entre los grupos son significativas ($p=0.000$) Gráfica No. 1

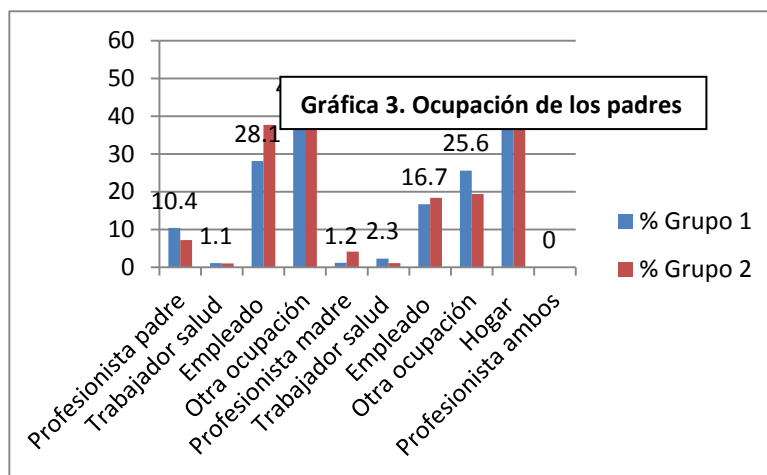


El nivel de educación alcanzado por ambos padres con mayor prevalencia tanto en el grupo 1 como en el grupo 2, es el nivel de secundaria. La diferencia de proporciones entre las 3 categorías del nivel de estudios son significativas para ambos grupos ($p=0.000$). Gráfica No. 2



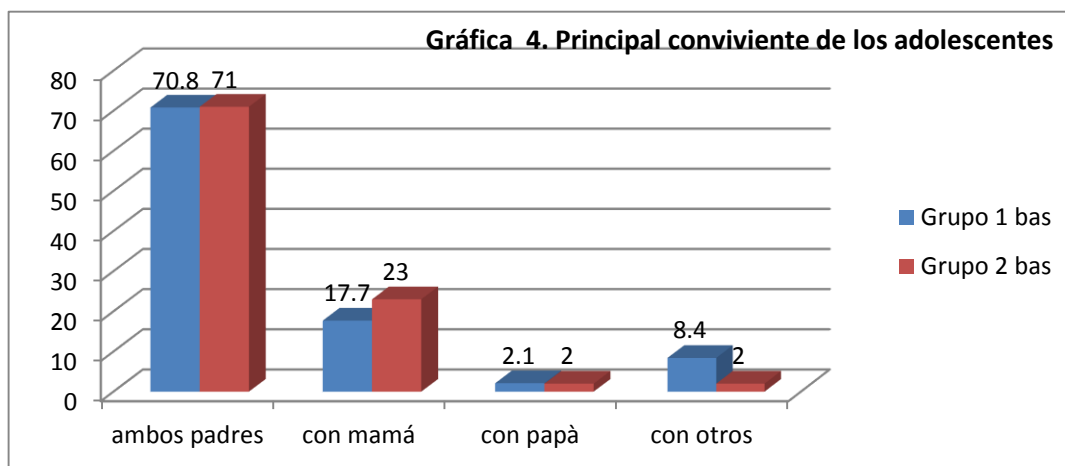
Fuente: Cuestionarios del estudio

En relación a la ocupación en los padres, se observa que el ser profesionistas y trabajadores en áreas de la salud, tiene un porcentaje mayor en el grupo 1 que en el grupo 2; por el contrario, el ser empleados o tener otra ocupación, presenta un mayor porcentaje en el grupo 2 que en el 1. Las diferencias de porcentajes encontradas entre las categorías de la ocupación de ambos padres, son significativas tanto en el grupo 1 ($p=0.003$) como en el grupo 2 ($p=0.020$). No existe la combinación de tener ambos padres profesionistas en ninguno de los dos grupos, ya que el porcentaje es cero. La ocupación que predomina en los padres en ambos grupos es la clasificada como otra ocupación y en las madres el mayor porcentaje lo representa el hogar, siendo mayor las madres dedicadas a esta actividad en el grupo 2 que en el grupo 1. Gráfica No. 3



Fuente: Cuestionarios del estudio

Referente a las personas con quien viven los adolescentes, el vivir con ambos padres o solo con el padre son similares en ambos grupos; dado que el vivir solo con la mamá es menor en el grupo 1 que en el grupo 2, el vivir con otras personas aumenta en el grupo 1 respecto al grupo 2. Gráfica No.4



Fuente: Cuestionarios del estudio

Dado los resultados de las características demográficas estudiadas, se puede concluir que los grupos de estudio tienen características demográficas similares.

Grado de conocimiento sobre sexualidad

El grado de *conocimiento basal* en el grupo 1 tuvo una media de 5.8 con un IC al 95%(5.44, 6-15) y un amplio rango de 8.3 (0.7-9). En el grupo 2, la media fue de 6.4 con un IC (6.20,6.76) y un rango de 7 (2-9). Comparando la media basal entre ambos grupos de estudio, se observa que hay una diferencia significativa de -0.68 puntos ($p=0.0027$). Con este resultado podemos decir que los grupos de estudio no son iguales en cuanto al grado de conocimiento basal sobre sexualidad. El grado de *conocimiento final* en el grupo 1, tuvo una media de 7.12 con un IC (6.77-7.47) y un amplio rango de 7.4 (2.3-9.7). En el grupo 2, la media fue de 6.78 con un IC (6.51-7.06) y un rango de 8 (1.3-9.3). Al comparar ambos grupos, se observa que no existe diferencia entre los grupos sobre el grado de conocimiento final obtenido. Tabla No.VI

Tabla VI. Comparación del grado de conocimiento de los adolescentes inter e intra grupos

Grado de conocimiento	Media	DE	Rango	Diferencia de μ dentro los grupos	Diferencia de % dentro los grupos	Dif μ basal entre grupos (1 vs 2)	Dif μ final entre grupos (1 vs 2)
Basal Grupo 1	5.8	1.7	8.3 (0.7-9)	1.28	22.7%	- 0.6857 IC (-1.13, -0.24) $t=-3.0436$ $p=0.0027$	0.3349 IC (-0.09,0.7) $t=1.5584$ $p=0.1209$
Final Grupo 1	7.12	1.6	7.4 (2.3-9.7)	IC(0.97-1.60) $p=0.000$	IC(20.3-41.4)		
Basal Grupo 2	6.4	1.3	7(2-9)	0.27	6%		
Final Grupo 2	6.78	1.3	8 (1.3-9.3)	IC(0.2-0.53) $p=0.0309$	IC (1.79-13.5)		

Fuente: Cuestionarios del estudio

Al comparar la media del grado de conocimiento basal con el final en el grupo 1, se observa que existe una diferencia significativa de 1.28 ($p=0.000$). En el grupo 2 también existe una diferencia significativa de 0.27 ($p=0.0309$).

Se calculó la diferencia de proporciones entre el grado de conocimiento basal con el final encontrando que para el grupo 1 existe una diferencia de 22.7% y en el grupo 2 existe una diferencia promedio de 6 %. La diferencia de proporciones en el grado de conocimiento final entre el grupo 1 y el grupo 2 fue de 16.7%. Con los resultados anteriores se observa que se obtuvo un incremento en el grado de conocimiento en el grupo 1 posterior a la intervención educativa, por arriba de lo esperado, ya que se estableció un incremento de al menos un 10%.

Como parte del análisis se encontró que la distribución de los datos de la variable dependiente “grado de conocimiento sobre sexualidad” No se comporta como una distribución normal, por lo que el análisis siguiente se realizó con pruebas no paramétricas.

En virtud de que si hubo diferencia significativa en el grado de conocimiento final del grupo de intervención, se buscaron las variables que pudieron influir en el mismo y se encontró que existen diferencias significativas ($p<0.05$) entre las medianas de los grupos para las variables sexo, actitud ante su sexualidad, acceso a Métodos anticonceptivos (MAC) como en proyecto de vida, no así en el resto de las variables incluidas en el estudio como fueron los factores protectores o de riesgo y las relacionadas con sus prácticas sexuales. Tampoco se encontró correlación con la edad, tiempo de residencia y edad de la primera relación sexual. Tabla No. VII

Tabla VII. Correlación de grado de conocimiento con otras variables de estudio				
Grupo	Grupo 1 final		Grupo 2 final	
variable de estudio	rho	prob	rho	Prob
Edad	0.0433	0.6956	0.0208	0.8409
tiempo residencia	-0.0955	0.3876	0.0123	0.9057
edad 1a relación sex	0.112	0.3105	0.0832	0.4202

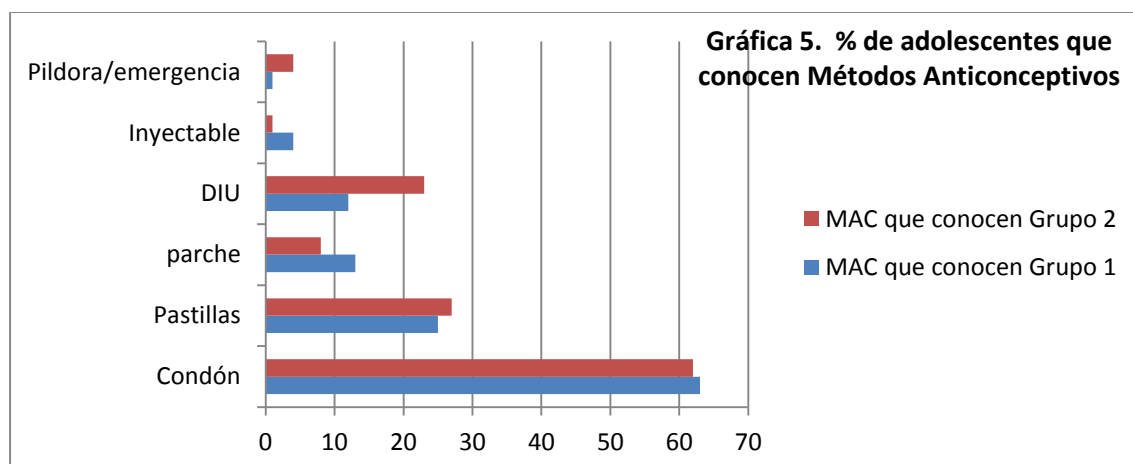
Fuente: Cuestionarios del estudio

Se analizaron también algunos de los indicadores sobre conocimiento de Métodos Anticonceptivos, tales como: conocer el método para prevenir ITS, conocer los dos beneficios del condón, conocer al menos un MAC y cuál es el MAC más conocido. El grupo 1 aumentó el porcentaje de conocimiento en cada una. Por el contrario el grupo 2 disminuyó el porcentaje en todas. Comparando los cambios de porcentaje dentro de los grupos, en el grupo 1 se observó que solamente el cambio en el adecuado conocimiento de los beneficios del condón con 15.6% fue estadísticamente significativo ($p=0.0157$). En el grupo 2, ningún cambio de porcentaje fue significativo. La comparación entre grupos mostró que solo existe diferencia significativa de 13.5% también en el adecuado conocimiento de beneficios del condón ($p=0.0335$). Tabla No. VIII

Tabla VIII. Indicadores conocimiento sobre MAC post intervención				
Conocimiento sobre MAC	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)	Diferencia %	Prueba diferencia proporciones z/p
Método para prevenir ITS	86.9	78.13	8.7	(1.5371) 0.1243
Adecuado beneficio del condón	83.3	69	13.5	(2.1256) 0.0335
Al menos 1 MAC	83.3	88.6	5.2	(1.0080) 0.3134
Método más conocido: Condón	63.1	62.5	0.6	(0.0824) 0.9343

Fuente: Cuestionarios del estudio

Además del condón, los otros métodos que más conocen son las pastillas, DIU y el parche. Gráfica No.5



Fuente: Cuestionarios del estudio

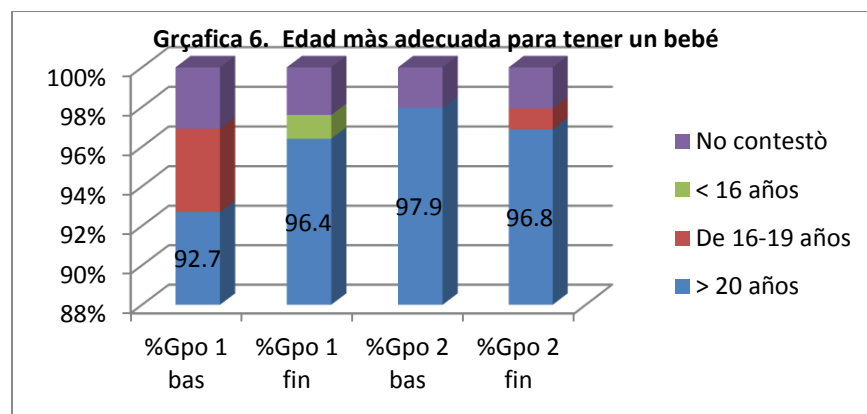
Una vez analizado el grado de conocimiento en su escala original, se procedió a categorizarlo en grado de conocimiento bueno y grado de conocimiento malo. De ello se obtuvo que 51.19% se encontró en bueno y el 48.81% en malo.

En un modelo estadístico de tipo logístico, se buscó la asociación entre el grado de conocimiento categorizado como bueno y malo y algunas variables. Los resultados indicaron que quienes tuvieron un conocimiento bueno, tienen más posibilidades de mejorar su actitud ante la sexualidad y el acceso a los métodos anticonceptivos con una $p=0.002$ y esto explica solo el 17% del conocimiento bueno.

Actitudes y Prácticas sexuales

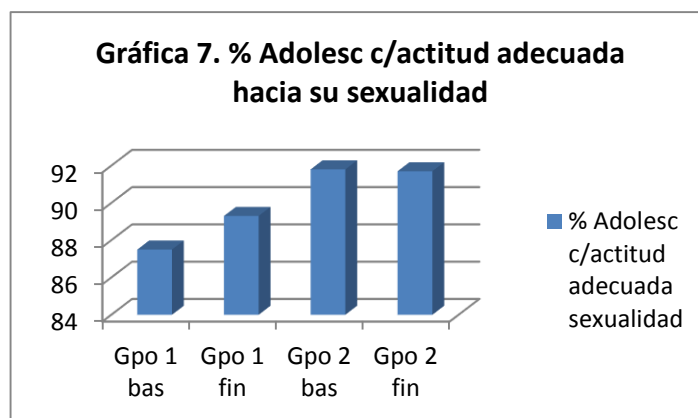
La *actitud* se investigó con la preguntas items 54 al 59.

La respuesta correcta acerca de la edad más adecuada para tener un bebé, fue la de mayor de 20 años, el grupo 1 tuvo un incremento de 3.7%, por el contrario en el grupo 2 se presentó un pequeño decremento de 1.1%. Las proporciones finales son muy similares. Gráfica no 6



Fuente: Cuestionarios del estudio

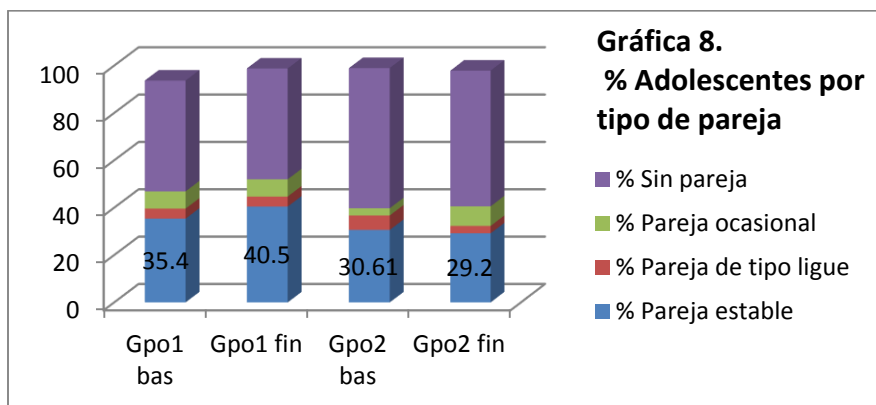
En cuanto a tener una actitud adecuada a su sexualidad, el grupo 1 tuvo un incremento de 1.8% (de 87.5% a 89.3%), tal diferencia no es significativa ($p=0.5527$). El grupo 2 no presenta cambio manteniéndose en 91.7%, pero se mantuvo por arriba de lo alcanzado por el grupo 1. Gráfica No. 7



Fuente: Cuestionarios del estudio

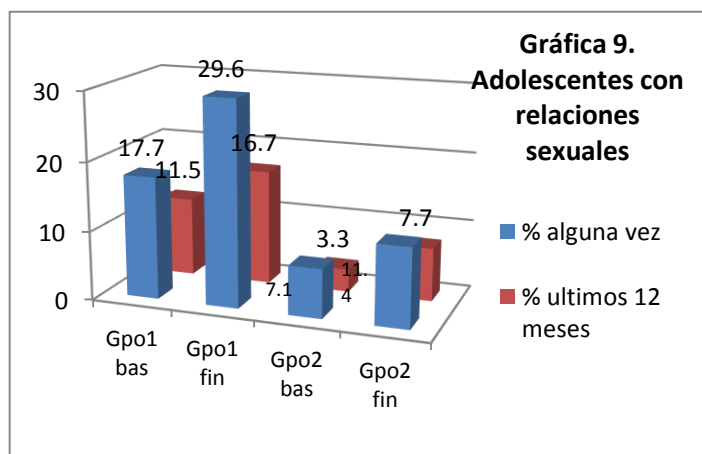
Las *prácticas sexuales* se midieron con los items 60 al 67.

El tipo de pareja en el grupo 1, tuvo un incremento del 5.1% en los que respondieron tener una pareja estable. El grupo 2 mantuvo un porcentaje similar en tener una pareja estable pero incrementó en un 5.24% la pareja ocasional, sin embargo las diferencias entre los grupos no son significativas, $p=0.3764$. Gráfica No.8



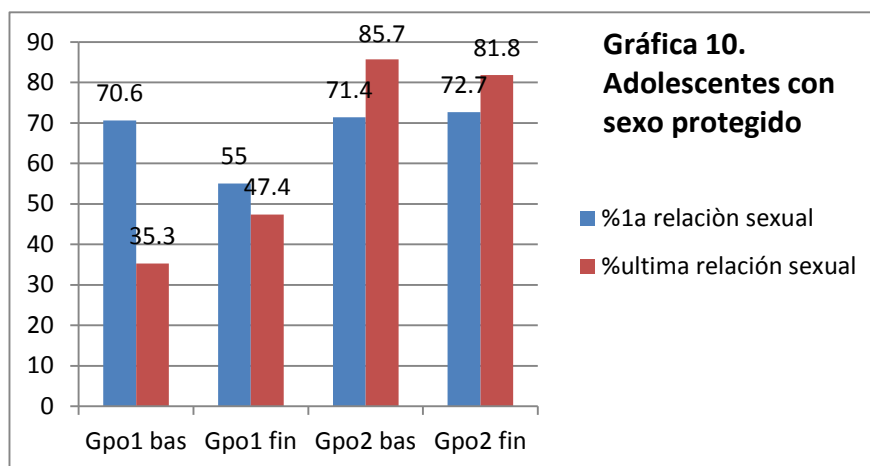
Fuente: Cuestionarios del estudio

Respecto al inicio de la vida sexual de los adolescentes, en ambos grupos se observa un incremento. Los porcentajes alcanzados finalmente en el inicio de vida sexual hacen una diferencia de 17.1% entre el grupo 1 y el grupo 2, la cual es estadísticamente significativa (0.0060). La diferencia dentro del grupo 1 de 11.95% es significativa ($p=0.0463$), la diferencia dentro del grupo 2 de 4.4% no es significativa ($p=0.1174$). Respecto a haber tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, la diferencia entre los grupos es de 9.8%, no siendo significativa $p=0.0512$. La diferencia dentro de los grupos tampoco fue significativa ($p>0.05$). Gráfica No. 9



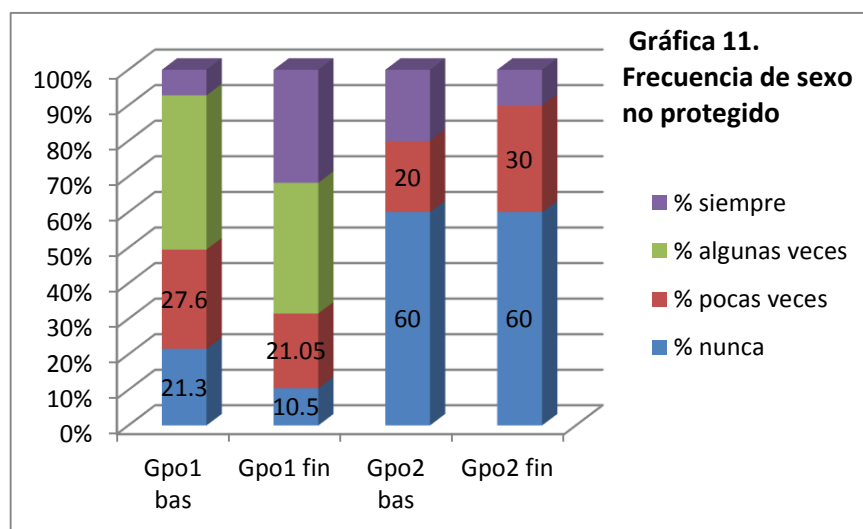
Fuente: Cuestionarios del estudio

Al investigar sobre sexo protegido, se observó un decremento en la protección durante la primera relación sexual de 4% para el grupo 1 y de 1.3% para el grupo 2; los cambios no fueron estadísticamente significativos en ninguno de los grupos ($p>0.05$). Acerca de la protección en la última relación sexual, el grupo 1 tuvo un bajo porcentaje respecto al grupo 2, aun cuando tuvo un incremento de 35.3% a 47.4% (diferencia de 12.1%) y el grupo 2 tuvo un decremento de 85.7% a 81.8% (diferencia de 3.8%); los cambios tampoco fueron estadísticamente significativos. Gráfica No. 10



Fuente: Cuestionarios del estudio

En relación a las prácticas sexuales con protección, el grupo 1 en todo momento estuvo muy por debajo de lo referido por el grupo 2, la diferencia es significativa. Además el grupo 1 mostró un decremento de 10.8% en la protección y el grupo 2 se mantuvo en 60%. Las diferencias dentro de los grupos no fueron significativas; grupo de intervención, $p=0.3768$ y grupo control, $p=0.6505$. Gráfica No. 11



Fuente: Cuestionarios del estudio

Las prácticas sexuales también fueron evaluadas en relación al sexo, en el grupo 1 la diferencia de proporciones entre hombre y mujeres solo se encontró en haber tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses ($p=0.024$). El grupo 2 solo presentó diferencia en haber tenido relaciones sexuales al menos una vez ($p=0.043$).

Factores determinantes protectores y de riesgo en el inicio de vida sexual temprana

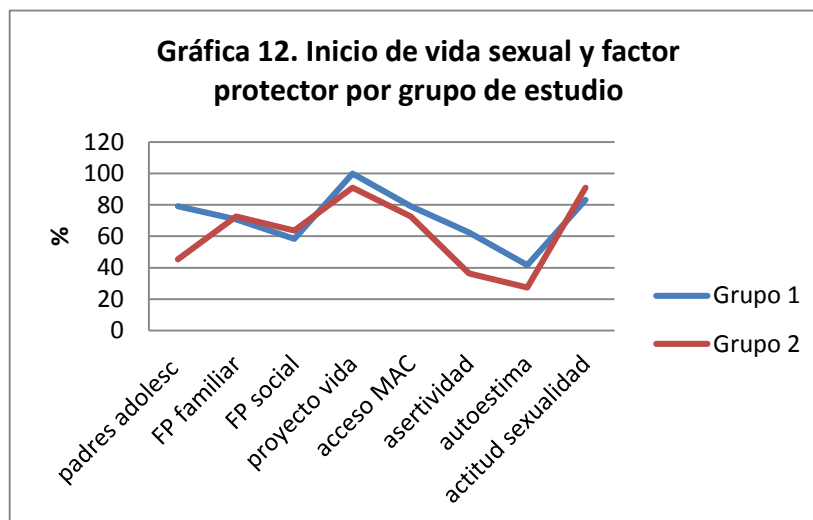
Los factores determinantes que se estudiaron en los adolescentes para el inicio de vida sexual temprana, en la que se incluyen todos los adolescentes que respondieron haber tenido relaciones sexuales alguna vez, se clasificaron en factores protectores y de riesgo. Éstos fueron el antecedente de no tener o tener padres adolescentes, la existencia o no de factores protectores familiares y sociales, el contar o no con un proyecto de vida, el acceso a los Métodos anticonceptivos (MAC).

Una vez medidos los factores determinantes como protectores y de riesgo en ambos grupos, se observa que los factores protectores presentan un mayor y alto porcentaje respecto a los factores de riesgo tanto en el grupo 1 como en el grupo 2, con características similares en casi todos (tabla no. IX y X); comparando los factores protectores, en dos de ellos como son asertividad y principalmente autoestima, son factores que no alcanzaron un alto porcentaje, además los porcentajes del grupo 2 son menores que el grupo 1 en al menos un tercio. El factor de protección social también presenta porcentaje bajo en ambos grupos. Gráfica No. 12

Tabla IX. Inicio de vida sexual y factores determinantes. Grupo 1			
variable	categorias	%F Protector	% F Riesgo
padres adolesc	no/si	79.2	16.7
FP familiar	si/no	70.8	29.2
FP social	si/no	58.3	41.7
proyecto vida	si/no	100	0
acceso MAC	Adec/Nadec	79.2	8.3
asertividad	Optima/Nula	62.5	4.2
autoestima	Alta/Baja	41.6	8.3
actitud sexualidad	Adec/Nadec	83.3	16.6

Tabla X. Inicio de vida sexual y factores determinantes. Grupo 2			
variable	categorias	%F Protector	% F Riesgo
padres adolesc	no/si	45.4	27.3
FP familiar	si/no	72.7	27.3
FP social	si/no	63.6	27.3
proyecto vida	si/no	90.9	9.1
acceso MAC	Adec/Nadec	72.7	9.1
asertividad	Optima/Nula	36.4	0
autoestima	Alta/Baja	27.3	9.1
actitud sexualidad	Adec/Nadec	90.9	9.1

Fuente: Cuestionarios del estudio



Fuente: Cuestionarios del estudio.

Se analizò también si la proporción de adolescentes que dijeron haber iniciado vida sexual y los que no habían iniciado, era la misma en cada una de las categorías de las variables estudiadas con factores protectores o de riesgo mencionadas anteriormente. De ello se obtuvo que en el grupo 1, solo la variable de acceso a la información y a los MAC mostrò que las proporciones de los que iniciaron vida sexual y los que no iniciaron, son diferentes en las categorías de ese acceso referidas como adecuado, regular y no adecuado ($\chi^2=6.9351$, $pr=0.031$). El resto de las variables no mostrò diferencias. En el grupo 2 solamente la variable sexo mostrò diferencia en las proporciones de los que iniciaron y los que no iniciaron vida sexual tanto en mujeres como en hombres ($\chi^2=4.1115$, $pr=0.043$).

Se analizaron los odds ratios de las variables consideradas como factores determinantes en relación a la variable de relaciones sexuales alguna vez. En la tabla No 11 se muestra que los OR obtenidos no son significativos

($p>0.05$), excepto la variable de acceso a la información sobre sexualidad y a los Métodos anticonceptivos. El OR de la misma variable de 0.502 y el OR ajustado por sexo de 0.529, fueron estadísticamente significativos. Al ser esta una variable con opciones de respuesta ordinales, categorizadas en acceso adecuado, regular y deficiente, la prueba de homogeneidad de OR de las categorías mostró que no existe homogeneidad ($pr>chi^2=0.032$), así entonces la categoría de acceso deficiente resultó ser protectora. Figura No. XI

Figura No. XI Odds Ratios Inicio de vida sexual con factores determinantes en el grupo de Intervención						
V.respuesta	V.exposición	Homogeneidad OR	OR	chi2	P>chi2	IC
<i>Relaciones sexuales alguna vez</i>	sexo femenino	NA	0.419	3	0.083	(0.1340173, 1.253143)
	sexo masculino	NA	2.38	3	0.083	(0.7983262, 7.462634)
	padres adolesc	NA	1.473	0.3	0.5819	(0.367380, 5.911449)
		Ajustando sexo	1.172	0.04	0.8356	(0.260501, 5.276570)
	FP familiar	NA	0.527	1.51	0.2196	(0.186261, 1.491404)
		Ajustando sexo	0.636	0.76	0.3842	(0.227832, 1.777041)
	FP social	NA	0.599	1.08	0.2988	(0.225495, 1.591587)
		Ajustando sexo	0.693295	0.61	0.4346	(0.275189, 1.746651)
	Actitud sexualidad	NA	2.08	1.05	0.3049	(0.497491, 8.696446)
		Ajustando sexo	2.48	1.74	0.1875	(0.613096, 10.031713)
	Asertividad	$pr>chi^2=0.5077$	0.643	1.15	0.2825	(0.287394, 1.438746)
		Ajustando sexo	0.749031	0.43	0.5114	(0.316154, 1.774601)
	Autoestima	$pr>chi^2=0.73$	0.74	0.56	0.45	(0.349350, 1.601630)
		Ajustando sexo	0.71	0.72	0.39	(0.336286, 1.537653)
	Acceso MAC	$pr>chi^2=0.032$	0.502	5.78	0.0162	(0.287150, 0.880887)
		Ajustando sexo	0.529	4.42	0.0355	(0.293132, 0.957726)

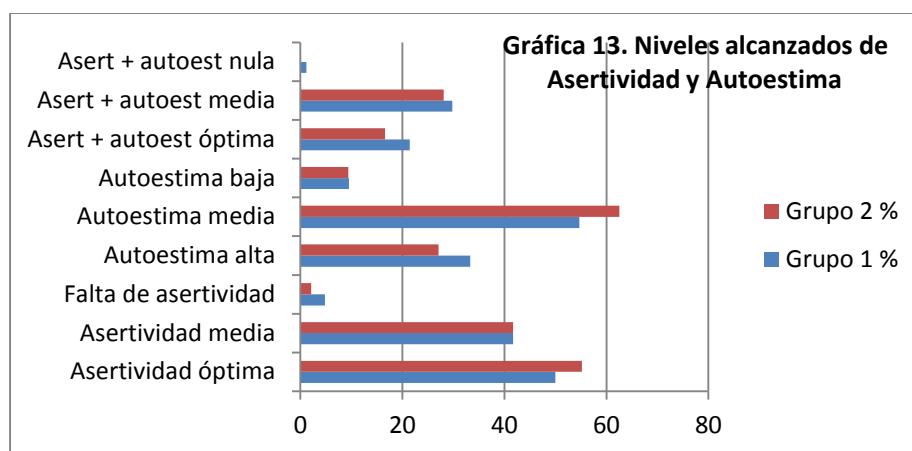
Fuente: Cuestionarios del estudio

Elementos facilitadores para un aprendizaje significativo

La asertividad y la autoestima fueron analizadas, encontrando en ambos grupos que la mayoría de los adolescentes alcanzaron niveles medios o altos de estas habilidades y no hubo diferencias entre grupos. Tabla No. XII

Tabla XII. Elementos facilitadores para el aprendizaje significativo				
Asertividad y autoestima	Gpo1 basal / final		Gpo2 basal / final	
	%		%	
Asertividad óptima	50	50	38.8	55.2
Asertividad media	46.9	41.7	56.1	41.7
Falta de asertividad	2.1	4.8	5.1	2.1
Autoestima alta	31.2	33.3	34.7	27.1
Autoestima media	60.4	54.7	63.3	62.5
Autoestima baja	7.3	9.5	2	9.4

Por el contrario al analizar en ambos grupos a aquellos que tuvieron autoestima y asertividad en niveles óptimos, los porcentajes fueron bajos. Gráfica No. 13



Tampoco se encontró diferencia entre las medias del grado de conocimiento respecto a las categorías de alguno de estos elementos ($p > 0.05$).

Acceso a los Métodos Anticonceptivos

El acceso alcanzado por los grupos tiene una diferencia de 13.7%, siendo más alto en el grupo 2 que en el grupo 1. El mayor incremento post intervención lo obtuvo el grupo 1 (32.1%), respecto al grupo 2 (14.7%). Las diferencias son significativas $\chi^2 = 24.9084$ $p = 0.0000$ grupo 1. Grupo 2 $\chi^2 = 4.53$ $p = 0.1036$. Tabla No. XIII

En los últimos 12 meses el 60.7% de adolescentes del grupo 1 recibieron condon de manera gratuita y el 84.38% del grupo 2.

No fue posible continuar con el análisis del acceso deficiente y sus causas para identificar las barreras de acceso por un alto porcentaje de no respuesta.

Tabla XIII. Acceso a Métodos Anticonceptivos				
Tipo acceso	% Grupo 1 basal/final		% Grupo 2 basal/final	
Adecuado	25	57.1	56.1	70.8
Regular	14.5	17.8	24.4	16.7
Deficiente	59.4	22.6	19.4	12.5
Dificultad en el acceso				
Ninguna	27.08	67.86	80.61	73.96
si	10.42	9.52	7.14	15.63
No ha solicitado	1.04		3.06	
no contestó	61.46	22.62	9.18	10.42
Describe la dificultad				
Negado por ser menor de edad	40	25	14.3	13.3
Información no satisface sus inquietudes	0	12.5	28.6	26.7
No contestó	60	62.5	57.1	60

Fuente: Cuestionarios del estudio

11. Discusión

El presente estudio para el cumplimiento del objetivo principal, utilizó algunas de las estrategias ya realizadas en múltiples programas e intervenciones en el mundo^{12,14,25}, dirigidas a los adolescentes en un campo de desarrollo personal como lo es la escuela. Las estrategias sobre educación (sexualidad y salud reproductiva), apoyados con dos habilidades sociales y ayudarles a descubrir o aclarar expectativas de vida (proyecto de vida), fueron las elegidas para brindarles herramientas y/o fortalecerlas en la parte final de una de sus etapas de crecimiento y desarrollo como lo es concluir la secundaria, siendo este momento considerado como una oportunidad de abordaje.

Temas como éstos los han tomado en cuenta diferentes estudios o intervenciones como la OMS, después de la revisión de 15 estudios controlados aleatorizados en adolescentes de 9 a 19 años, en 3 meses a 4.5 años de duración. La combinación (anticoncepción y promoción del conocimiento) de intervenciones resultan efectivas en su mayoría, también los factores protectores psicosociales para su inclusión social como su desarrollo personal, no así las acciones o intervenciones individuales.⁴¹

El estudio inició con 96 adolescentes del grupo 1 y 98 del grupo 2, en el transcurso de la intervención hubo bajas escolares pero se desconoce la causa, al menos hasta marzo del presente año las autoridades escolares no reportaron deserciones por embarazo.

Los resultados de este estudio permiten comprobar el cumplimiento de la hipótesis asentada, en la que el grado de conocimiento, tuvo un incremento de al menos un 10% posterior a la intervención educativa en comparación al grupo control, que su incremento fue mucho menor. Sin embargo al comparar los porcentajes alcanzados por ambos grupos, no hay diferencia significativa en los mismos. Las posibles respuestas a ésta y otras observaciones se explicarán en adelante.

La edad, el sexo, la escolaridad de los padres y el tiempo de residencia son características que hace similares a los grupos de estudio. El tiempo de residencia aunque varía de uno a otro grupo, deja ver que la permanencia en el lugar es casi de toda la vida de los adolescentes, lo que hace las costumbres propias a su desarrollo familiar.

El lugar de residencia en el grupo de intervención es más del 90% de la misma localidad. Donde existe diferencia es en el grupo control. Una cuarta parte proviene de la localidad de Topilejo de donde es el grupo de intervención, que al considerarlos con características similares, se cree que no influiría en los cambios, sin embargo otra cuarta parte reside en otro lugar, sitios cercanos al centro de la delegación Tlalpan, donde las costumbres de los pueblos llegan a ser menos arraigadas y con posibilidades de mayor convivencia en otros sectores de desarrollo familiar.

La ocupación de los padres es similar en ambos grupos para las categorías estudiadas, excepto en la que compete a la ocupación del hogar en las madres de adolescentes del grupo control, la mayor permanencia de éstas en relación a las del grupo de intervención, permite inferir que su presencia en casa revela un mayor cuidado y atención de los hijos. Por otra parte, la baja prevalencia de padres y madres profesionistas o trabajadores en áreas de la salud, hace que la apertura al tema de sexualidad y la orientación adecuada hacia sus hijos puede verse desfavorecida.

La cohesión familiar es considera uno de factores protectores en el desarrollo de los adolescentes en toda su extensión, en el estudio ambos grupos tienen un buen porcentaje de adolescentes que viven con ambos padres, la proporción en el grupo de intervención que viven solo con su mamá es menor que el grupo control y mayor la

proporción de vivir con otros, situación contraria al grupo de intervención. Lo anterior nuevamente sugiere que la presencia de ambos padres o al menos de la madre, influye en el desarrollo de los jóvenes.

Las características demográficas estudiadas permiten ver que los grupos son similares, por lo que puede decirse que los cambios presentados en el conocimiento se debieron a la intervención.

Es importante aclarar que el grado de conocimiento final entre los grupos, no tuvo diferencia significativa, puede deducirse que esto se debió a que desde la medición basal los niveles fueron diferentes, siendo más alto en el grupo control. Un elemento importante que no se pudo controlar fue que los adolescentes del grupo control recibieron un mes previo al cuestionario basal, un taller de aproximadamente 4 horas en una sola sesión sobre sexualidad y Métodos Anticonceptivos, lo cual seguramente influyó en un mayor conocimiento de los adolescentes sobre el tema respecto al grupo de intervención en dicha medición. Durante la medición final, el incremento obtenido en el grado de conocimiento fue mayor en el grupo de intervención. La diferencia entre la medición basal y la final para este grupo fue estadísticamente significativa (diferencia de medias 1.28 $p=0.000$) y tal como se estableció en la hipótesis de este estudio, el incremento medido en porcentaje fue mayor al 10%, alcanzando hasta un 22.7% de incremento. Por lo que la intervención resultó ser efectiva cumpliendo con el objetivo. Durante el desarrollo de la intervención educativa, se observó que las mujeres son quienes tenían mayores interrogantes e iniciativa en las respuestas a las mismas, estos hechos no fueron medidos, pero se observó que las mujeres de ambos grupos (alrededor del 54%) son quienes tuvieron el promedio en el grado de conocimiento más alto con respecto a los hombres (46%).

Dentro de los indicadores sobre conocimiento de existencia y uso de MAC, se observó que ambos grupos tienen un alto porcentaje post intervención. Los que conocen al menos un MAC, el porcentaje en el grupo 1 (83.3%) es menor que el grupo 2 (88.6%), sin embargo sus diferencias no son significativas, pero ambos resultados son ligeramente menores que los reportados en la ENSANUT 2012⁸ (90%). El conocer el beneficio adecuado del condón, fue más alto en el grupo 1 (83.3%) que en el grupo 2 (69%) e incluso fue mayor que lo reportado por la ENSANUT 2012 (78.5%). La diferencia encontrada entre los grupos sobre el beneficio adecuado del condón de acuerdo a lo investigado en el cuestionario, es que el grupo 2 conoce principalmente el uso de condón como prevención de un embarazo pero no para la prevención de ITS, lo que se enfatizó de manera precisa durante la intervención educativa al grupo 1.

Es importante señalar que en el estudio se investigó sobre conocimiento de MAC y sobre algunas prácticas sexuales, y aunque refirieron conocer diversos métodos anticonceptivos y sobre todo condón, pastillas, parche y DIU, no se les preguntó cuál método es el que usan, lo cual me parece importante en su cuidado y protección ya que el acceso a los métodos depende no solo a la existencia del mismo, sino a la factibilidad de obtenerlo y de poder usarlo.

Durante el estudio se encontró que la actitud ante su sexualidad es adecuada para ambos grupos e incluso mejoró aun más en el grupo de intervención que en el grupo control, lo que hace creer que una vez adquirido o incrementado el conocimiento, coadyuva a pensamientos e ideas de prevención y se esperaría que por consiguiente se viera reflejado en sus prácticas sexuales. Los cambios en esas prácticas se presentaron en algunas de ellas en beneficio del adolescentes, como el tipo de pareja estable y la protección en la última relación sexual, y aunque los cambios no fueron significativos en todas, se cree que éstos podrían seguir fortaleciéndose con intervenciones a mayor plazo y seguimiento de los participantes, lo que no pudo hacerse en esta intervención de estudio, por lo que se sugiere que en futuras intervenciones o réplicas de ésta, se realicen durante al menos un año. Otros cambios por el contrario fueron en decremento lo que significó que no solo continuaron con las mismas prácticas, sino que aun con la información recibida algunos de los que iniciaron con relaciones sexuales

durante la intervención, no tuvieron la capacidad para vencer el momento de riesgo como fue la No protección en la primera relación sexual y en el resto de su vida sexual teniendo sexo no protegido, ya que los resultados mostraron que éste tuvo un decremento importante para el grupo 1, no así en el grupo 2 donde los adolescentes manifestaron tener sexo protegido en los dos momentos de medición en un porcentaje favorable e incluso tuvo un incremento.

La intervención entonces resultó favorable en varios aspectos como el incremento en el grado de conocimiento, no así en la disminución de las prácticas sexuales de riesgo; lo mismo que ha sucedido en otros estudios (ECAs y Safer Choice) que resultaron ser efectivos para la prevención de embarazo, no lo fueron para disminuir las prácticas sexuales de riesgo¹³

En relación al inicio de vida sexual, los adolescentes del grupo de intervención tuvieron un porcentaje (29%) mayor que el grupo control (11.4%) y que lo reportado en la ENSANUT 2012 (23%). Además las mujeres (66.6%) del grupo de intervención son quienes iniciaron su vida sexual más que los hombres (33.3), incluso triplicaron los datos reportados en la misma encuesta nacional con 25.5% hombres y 20.5% mujeres. Nuestros resultados todavía son más alarmantes al revelar que los adolescentes iniciaron su vida sexual algunos desde los 12 años, contra 2 que reportó la ENSANUT 2006. Para el inicio de sus relaciones sexuales apenas tenían de 6 a 8 años de estudios, hecho que contrasta con una revisión bibliográfica que incluyó a México² reportando que quienes tuvieron 10 años o más de estudios, tenían 4 veces menos posibilidades de iniciar su vida sexual antes de los 20 años.

Como es sabido por diversos estudios nacionales e internacionales, desde décadas atrás, el inicio de vida sexual y como consecuencia el embarazo temprano tiene factores de riesgo estructurales, individuales o institucionales¹⁹, y factores protectores de tipo personales, familiares y sociales²³. En el diagnóstico de la Salud Materno Infantil de Topilejo 2011⁹ (espina de Ishikawa) se encontró que los principales factores fueron los propios del adolescente, el acceso a la información, la disfuncionalidad familiar, la ausencia de los padres por trabajo o por falta de reglas y límites y antecedente de padres adolescentes. Por lo que este estudio investigó la presencia o ausencia de todos ellos con preguntas sencillas y se encontró que, aun siendo los factores de protección los que tuvieron mayor proporción, respecto a los de riesgo, al obtener los odds ratios, no se encontró que éstos fueran significativos, por lo que se infiere que no influyeron en el inicio de su vida sexual, excepto la variable de acceso a la información sobre sexualidad o a los MAC con un odds ratios de 0.5 con IC (0.28, 0.88) y una $p=0.001$. El acceso a MAC medido en tres categorías, nos dice que el acceso inadecuado es un factor protector; este resultado pareciera incongruente, sin embargo es factible si pensamos que el no tener acceso a los métodos anticonceptivos produce miedo o incertidumbre ante la consecuencia de una relación sin protección. Sin embargo el objetivo no es que de manera indirecta se retrase el inicio de las relaciones sexuales, sino que con la información veraz sobre su sexualidad, tomen decisiones por convicción ya sea en el retraso de su inicio o en su inicio en cualquier momento pero con prácticas sexuales de bajo riesgo, recordando que ejercer la sexualidad es un derecho. Por otro lado, la permanencia física o ausencia física de los padres en casa debido a la ocupación, tampoco tuvo asociación con el inicio de vida sexual, pero vale la pena decir que en el grupo 1 donde son más los adolescentes que ya la iniciaron, la presencia de las madres dedicadas al hogar es menor que en el grupo control, dando oportunidad a los adolescentes de estar en soledad, o vivir roles que no les corresponden, a la falta de límites o reglas, con la probable falta adecuada y oportuna de orientación sexual como de la no sexual. Otros elementos que pueden influir en los grupos es que los profesores en sus clases y guía de taller más activos de un grupo a otro y que los del grupo control al encontrarse más cerca de la zona urbana, permite conocer otra dinámica de vida diferente.

En cuanto a los elementos facilitadores para un conocimiento significativo y que a su vez son también habilidades sociales, el área donde mejores resultados se obtuvieron fue en la asertividad. Más del 90% de los adolescentes participantes se encontraron principalmente en asertividad óptima y media antes como después de la intervención; lo mismo sucedió con autoestima encontrándose alrededor del 85% en alta y media pero con predominio casi al doble en la autoestima media. No hubo diferencias entre el cuestionario basal y el final, por lo que solo se vieron fortalecidas. Sin embargo entre el 3 y 9% de los adolescentes se encontraron en los niveles deficientes o bajos en éstas áreas y son quienes se encuentran aún más susceptibles de iniciar o continuar con prácticas sexuales de riesgo. Por ello es importante que en toda estrategia de prevención en salud, se consideren éstas áreas y en la presente intervención para réplicas posteriores, se reajuste el abordaje del tema con amplitud de tiempo para realizar más talleres que les ayuden a enfrentarse a dificultades y encontrar soluciones de menor riesgo o sin él.

Ya vimos que el acceso a la información sobre sexualidad y MAC de acuerdo a los resultados, pudo influir en el inicio de vida sexual, y que el acceso adecuado mejoró más del doble en el grupo de intervención y por lo tanto disminuyó en acceso deficiente. Lo que significa que la información en conocimiento sobre sexualidad, existencia de MAC, uso de ellos y lugares donde pueden obtenerlos, influyó en ese mejor acceso. El porcentaje de adolescentes que recibieron condones gratuitos en los grupos de estudio (60.7% para grupo 1, 84.4% para grupo 2) es mucho mayor que lo reportado por la ENSANUT 2012 (32.7). La variación en el porcentaje de recepción de condones en los grupos de estudio puede ser resultado de la distribución de éstos por los distintos sectores y por la búsqueda personal. Los lugares donde recibieron condones de manera gratuita fueron en la escuela (el grupo control los recibió en el taller sobre sexualidad llevado a cabo a principios del ciclo escolar), en eventos públicos (ferias de salud en la localidad de Topilejo), en el Centro de Salud de su localidad y Hospital. Recordemos que la población de Topilejo de donde es el grupo 1, cuenta con un Hospital materno infantil y la población de San Andrés Totoltepec de donde es el grupo 2, no cuenta con ningún hospital dentro, pero sí con el Hospital General Dr. Manuel Gea González a 30 minutos, lugar donde dijeron haber solicitado y recibido condones; cerca de éste también viven alrededor del 20% de los adolescentes del grupo control. Muy pocos adolescentes lo recibieron en la institución de salud que les corresponde como IMSS e ISSSTE. Esto nos reitera la importancia que tiene el acceso a la información o a métodos anticonceptivos en los temas de prevención de Embarazo e ITS.

En este estudio no se investigó el número de condones recibidos gratuitos en los últimos 12 meses, la ENSANUT 2012 reporta que en promedio recibieron 7.7 condones anuales (mujeres 6.9 y hombres 8.3).

En el análisis sobre este tema de acceso, también vimos que hubo un alto porcentaje de no respuesta y no fue posible hacer un análisis completo sobre las dificultades para el acceso. Con la poca información obtenida, se encontró que la dificultad para el acceso se debió a dos situaciones: el personal en las unidades de salud o en farmacias les dicen que no tienen la edad para recibir información o métodos anticonceptivos y a aquellos a quienes sí les dan alguna información, las respuestas no satisfacen sus necesidades de conocimiento y no aclaran sus dudas, violentando con ello sus derechos sexuales. Ambos factores son factibles de abordar en momentos futuros e incluso como parte de una línea de investigación y sobre todo de intervención.

El estudio realizado y la intervención dejaron productos satisfactorios desde el aprendizaje del protocolo, su ejecución, análisis y evaluación de resultados, como de las limitantes encontradas y que algunas no se habían considerado. Otro producto es que la información primaria recabada deja abiertas nuevas líneas de investigación y nuevas de intervención y que son importantes continuar pero de manera coordinada con otras instancias (unidades de salud local y jurisdiccional, dirección de salud delegacional, subdelegación política de Topilejo) para su mejor desarrollo y que éste pueda ser continuo, permanente y evaluado para su mejora continua en bien

de la población blanco, con dos enfoques, a corto y mediano plazo para el desarrollo de una sexualidad responsable con la prevención de riesgos, mejoramiento del acceso a la información y a los métodos anticonceptivos, la formación y mantenimiento de redes de apoyo confiables y estables, para la prevención de la violencia doméstica y a la formación de expectativas de vida; y a largo plazo para la prevención de embarazos tempranos y a la disminución de la mortalidad materna. Para ello es necesario incidir no solo en el ámbito escolar, sino también en el ámbito familiar y del entorno.

Finalmente cabe resaltar que hubo dos cosas que no se realizaron durante la intervención, una de ellas por no incluirse en el diseño por cuestiones éticas como fue la "distribución de condones" a los adolescentes y la otra por falta de apoyo por la escuela como fue el lograr establecer una "red de apoyo a los adolescentes" entre la responsable de la intervención, la responsable del apoyo logístico en el plantel y los participantes. La información solo se proporcionó en cada sesión programada y con distribución de trípticos, dípticos, regletas, páginas en internet con información segura y confiable para su exploración individual en relación a sexualidad y métodos anticonceptivos. Por lo que se sugiere mantener comunicación oportuna y asertiva con la máxima autoridad del plantel exponiendo los avances, logros y dificultades con la finalidad de resolverlos, lo cual no se hizo por falta de tiempo durante la asistencia y permanencia en la escuela tanto del director como de la responsable de la intervención a causa de asuntos propios y laborales por parte de ambos.

Durante el desarrollo y análisis del estudio, se encontró que a partir del mismo pueden continuarse otras áreas de investigación y/o de intervención, entre ellas: conocer las causas de las bajas escolares, seguimiento de los adolescentes y observar el grado de conocimiento a través del tiempo y la influencia de éste en sus prácticas sexuales. También se identificó la falta de tiempo para el desarrollo de las sesiones y talleres, principalmente las relacionadas con habilidades sociales y expectativas de vida, así como un estudio cualitativo y conocer cómo viven su sexualidad y los factores que influyen en ella. Por lo que se sugiere que además del perfeccionamiento de la intervención y de las herramientas, (cuestionarios, base de datos, etcétera), se realicen nuevos diagnósticos de salud en la población adolescente e incidir en aquellos factores determinantes grupales y locales, y no solo los ya conocidos a nivel nacional e internacional y que pueden ser modificables para tener un mayor impacto en los resultados a corto, mediano y largo plazo.

12. Conclusiones y recomendaciones.

La presente intervención educativa, resultó efectiva en el incremento del conocimiento sobre sexualidad y Métodos anticonceptivos como en mejorar el acceso a la obtención de los mismos y al fortalecimiento de habilidades sociales, no así para disminuir las prácticas sexuales de riesgo.

Por lo tanto, el objetivo de todos los esfuerzos debe dirigirse en dar oportunidad de desarrollo personal como social de los adolescentes, por lo que las acciones deben incluir programas de salud, educación y bienestar social. De tal forma que la atención de los adolescentes no es exclusiva del sector salud, sino también del sector educativo y de otros sectores, es importante que los profesores del plantel donde se realizó la intervención, conozcan los resultados de la misma para la búsqueda de estrategias que favorezcan el conocimiento del tema. Siendo importante el incremento sobre el acceso a los métodos anticonceptivos, el personal de los Servicios de Salud específicamente el Centro de Salud de la localidad, debe considerarlo como una de las estrategias prioritarias con una información y de ser posible consejería adecuada.

Al igual que en grandes estudios e intervenciones múltiples a nivel regional e internacional, éste muestra los resultados son satisfactorios en gran parte de lo esperado, sin embargo no se ha logrado ser contundente en el problema presente durante muchos años, es decir en la concientización de los adolescentes sobre el impacto individual y colectivo al adquirir una ITS o ser parte del embarazo precoz con los riesgos y consecuencias que conlleva. Las acciones y estrategias para la atención de los adolescentes deben ser no solo un derecho, sino una política que cubra las áreas de vulnerabilidad de ellos en los diferentes escenarios socioculturales en que se desarrollan.

Es así que aunque la atención del problema del embarazo adolescente debe ser multisectorial, las recomendaciones derivadas de este estudio y para la población a quien fue dirigida son:

- Todo el personal de salud de primer contacto, debe ser sensibilizado para evitar la estigmatización y tabúes, para otorgar información fiable que satisfaga las necesidades e inquietudes de los adolescentes, ofertando atención confiable, oportuna y respetuosa para la toma de decisiones responsables sobre su sexualidad y así evitar la presencia de ITS y embarazos, sobre todo los no deseados.
- Dirigir acciones a los educadores formales SEP como talleres de capacitación en el abordaje de la sexualidad en los adolescentes como parte de la educación formal pero permanente y continua, sensibilizando acerca de los derechos sexuales. Para ello es importante facilitar la coordinación con expertos como lo es La Fundación México Vivo, en apoyo y colaboración con personal del área médica del Centro de Salud de Topilejo y la Dirección de Salud de la Delegación de Tlalpan.
- Incluir de manera paralela intervenciones educativas futuras, acciones educativas hacia los padres de familia para reforzar o incrementar los factores protectores familiares, las habilidades sociales de sus hijos así como los derechos sexuales, contribuyendo a un mejor ambiente familiar y social de los adolescentes para su desarrollo personal, social, cognitivo y sexual.
- Nuevas intervenciones tomando en cuenta las limitaciones de la presente, se recomienda sean dirigidas a grupos más jóvenes en población cautiva para dar un seguimiento. Muy importante es hacerlos partícipes en identificar sus necesidades e inquietudes y el abordaje de las mismas.

13. Limitaciones

Las financieras para fotocopias de material para cuestionarios y talleres como para el transporte de colaboradores en la aplicación de cuestionarios se subsanaron en gran parte como ya se mostró en el análisis de factibilidad.

Materiales: Al no contar con equipo de proyección, se coordinó con la dirección de la escuela quienes facilitaron dicho material como cañón, computadora, área de proyección y bocinas para la presentación de las sesiones.

Tiempo: El tiempo fue muy importante para el inicio y desarrollo de la intervención como de la aplicación de cuestionarios, por una parte por tener que acoplarse al calendario escolar de la SEP, por otro lado porque los tiempos de cada sesión se redujo en el 100% por logística del plantel, limitando las mismas no dejando tiempo para los comentarios finales o retroalimentación posterior a cada sesión. En el grupo control se retrasó la aplicación de los cuestionarios basales por múltiples actividades escolares.

Otras limitaciones:

- La autorización por parte de los padres de familia (consentimiento informado) en el grupo de intervención se retrasó alrededor de un mes por la escasa asistencia que tienen los padres ante cualquier convocatoria por parte de las autoridades del plantel. En el grupo control, algunos padres no dieron su consentimiento por razones culturales aun después de la plática informativa. Lo anterior dificultó completar la muestra de 101 participantes por grupo, sin embargo con la tasa de no respuesta, el número de aceptantes fue aceptable para el estudio.
- El grupo control recibió un taller sobre métodos anticonceptivos previo a la medición basal, lo que hizo que ambos grupos obtuvieran mediciones en el grado de conocimiento distintas, afectando las proporciones de incremento finales alcanzadas.
- El ítem 67 del cuestionario de conocimiento está planteada en forma de negación, lo cual pudo haber causado confusión en las opciones de respuesta.
- La autoridad del Centro de Salud de la localidad quien aceptó inicialmente la colaboración de personal de epidemiología en la intervención, no que permitió por cuestiones laborales propias de la unidad a su cargo la participación mencionada, quedando fuera de ella en su totalidad. Esta situación retrasa o limita la posibilidad de dar continuidad inmediata a nuevas intervenciones educativas en los adolescentes residentes de la localidad. Por lo que es importante hacer de su conocimiento los resultados de este estudio y de las recomendaciones.
- otra gran limitación, que es el alcance de la misma. Ya que debido al tiempo de titulación, no se pudo dar seguimiento a los adolescentes para evaluar el impacto no solo a corto plazo, sino a mediano y largo plazo.

Presupuesto

Los recursos que se utilizaron fueron exclusivamente propios, consistiendo en transporte, impresiones, fotocopias, material de papelería, internet, comunicación telefónica, imprenta, cd, etcétera. (\$6000.00 m/n).

14. Referencias Bibliográficas

1. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema cultural complejo. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html> Consultado en marzo de 2013.
2. Camacho A., Perfil de la salud Sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica 1988-1998 pdf, pagina 6-14, 23-26, 43, 50, 56, 60-63. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil-salud-sexual-adolescentes> Consultado en marzo de 2013.
3. Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos. Naciones Unidas CEPAL.2010.Pag 24, 71-74. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/39438/LCL3216_CEP2010.pdf Consultado en marzo 2013.
4. Solís, N. Conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la comunidad zonal Magadela nueva Chimbote, Perú. In Cresendo (on line) ene-junio 2010 vol. 1, no. 1, p. 80-100. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000100007&script=sci_arttext Consultado en marzo de 2013.
5. SINAVE/DGE/SALUD/Perfil Epidemiológico de la Población Adolescente en México 2010, Junio 2011.página 27-36 Disponible en: http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID_POB_ADOLESC_MEX_2010.pdf Consultado en marzo 2013.
6. Perspectiva estadística Distrito Federal, 2011. INEGI. Información estadística educación, página 28. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/perspectivas/perspectiva-df.pdf> Consultado en marzo de 2013.
7. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2006.
8. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012.
9. Diagnóstico de la Salud Materno Infantil en la localidad de San Miguel Topilejo, Tlalpan 2011.
10. Rodríguez, M., Factores de riesgo para embarazo adolescente. Artículo de revisión, Medicina UPB 27(1): 47-48 Enero Junio 2008. Página 48.
11. ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: http://www.onu.org.mx/objetivos_de_desarrollo_del_milenio.html Consultado en marzo de 2013.
12. Chioma O. et al. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes. La Biblioteca Cochrane Plus, 2011 Número 1. página 1. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD005215> Consultado en abril 2013.
13. J Adolesc health, 2004 Dec;35(6):442-52. The "Safer Choices" intervention: its impact on the sexual behaviors of different subgroups of high school students. Disponible en: <http://udomrut128.tripod.com/cgi-bin/science.pdf> Consultado en abril 2013.

14. Magdaleno M., Plan de Acción regional sobre salud de los adolescentes, pag 31. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-plandeaccion.pdf> Consultado en marzo de 2013.
15. Fernández, I., et al. Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo. Artículo original, Septiembre 2011. Disponible: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol27_4_11/enf06411.htm Consultado en abril 2013.
16. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) .Salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes. Disponible en: http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php Consultado en marzo 2013.
17. El Programa de Acción Específico 2007-2012. Pag 13
18. Salud Pública de México, La salud de adolescentes cambio de paradigma de un enfoque de daños de estilos de vida sana. Salud pública de México vol. 45 Supl. 1 Cuernavaca 2003 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003000700003&script=sci_arttext Consultado en abril de 2013.
19. Ornelas, E., Hernández, J. Necesidades de información sobre sexualidad en tres grupos de la ciudad de Chihuahua, Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología Escuela Libre de Psicología, A.C. (ELPAC), 1999. pp. 238
20. Rodríguez, M. Factores de riesgo para embarazo adolescente. Artículo de revisión, Medicina UPB 27(1): 52-54 Enero Junio 2008.
21. Plan Andino de Embarazo en la adolescencia, Estrategia 1: Diagnóstico e información, Marzo 2008. página 20-25. Disponible en: <http://orasconhu.org/documentos/Diagnostico%20Final%20-%20Embarazo%20en%20adolescentes.pdf> Consultado en febrero de 2013.
22. CEPAL, Embarazo adolescente. Porcentaje de mujeres adolescentes embarazadas en países seleccionados de América Latina y el Caribe. Página 3.
23. Rodríguez, G. Salud reproductiva y condiciones de vida en México. El Colegio de México, A.C. y AFLUENTES S.C. Primera edición 2009. Página 11-12
24. Rojas, BL, et al. Factores protectores para prevenir embarazo en adolescentes. Disponible en: <http://www.slideboom.com/presentations/518498/Cuales-son-los-factores-protectores-para-prevenir> Consultado en marzo 2013.
25. Geneva, S. WHO. Protective Factors Affecting Adolescent Reproductive Health in Developing Countries. 2004. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/ADH/ISBN_92_4_159227_3.pdf Consultado en abril de 2014.
26. Stern, C. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México, Papeles de Población, enero-marzo, numero 039. Universidad autónoma del Estado de México Toluca, México página 148-150

27. Güell, M. ¿Por qué he dicho blanco si quería decir negro? Técnicas asertivas para el profesorado y formadores Editorial Graó, Barcelona 2005. página 11
28. Promoviendo la evaluación saludable de nuestros adolescentes. Página 160. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado5_1.pdf Consultado en febrero de 2013.
29. Ariza, J. Teorías y conceptos, test de autoestima. Pag 1. <http://doces.es/uploads/articulos/test-de-mediciOn-de-la-autoestima.pdf> Consultado en marzo 2013.
30. Aguilar, C. et al. (sexualidad, s.a.) Conocimientos sobre sexualidad por parte de jóvenes universitarios. <http://www.geocities.ws/roxloubet/consexualidad.html> Consultado en febrero de 2013.
31. Sexualidad (s.a) en @dolescencia, PROUNISEV (Programa Universitario de Salud y Educación para la Vida) de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, Disponible en: <http://www.puni.uanl.mx/@dolescencia/Sexualidad/index.htm> Consultado en marzo de 2013.
32. Sexualidad en la adolescencia Intervención educativa. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2630/4/> Consultado en febrero de 2013.
33. Rojas, B. et al. Factores protectores para prevenir embarazo e adolescentes. Disponible en: <http://www.slideboom.com/presentations/518498/Cuales-son-los-factores-protectores-para-prevenir> Consultado en marzo de 2013.
34. Herrear, V. Riesgo reproductivo. Capítulo 11. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/riesgo_reproductivo.pdf Consultado en marzo de 2013.
35. ADCAS (Autoinformes de actitudes y valores em lãs interacciones sociales). Pagina 9 <http://www.libreriaimagina.com/juguetes/5520/guias/Manual.pdf> Consultado en febrero de 2013.
36. Bandura, A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. Stanford University
37. Rosenstock, I. et al. Social Learning Theory and the Health Belief Model Health Education Quarterly, vol. 15 (2):175-183 (summer 1988). Disponible en: http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/67783/10.1177_109019818801500203.pdf Consultado en abril de 2013.
38. Valenzuela, C., et al. Acción integral en la Salud Materno Infantil y sus componentes. Pag 48
39. Rodríguez, M. Factores de riesgo para embarazo adolescente. Artículo de revisión, Medicina UPB 27(1):50 Enero Junio 2008.
40. Sexualidad en la adolescencia. Intervención educativa. Página 4. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2630/4/Sexualidad-en-la-adolescencia.-Intervencion-educativa> Consultado en marzo de 2013.
41. Definición de autoeficacia. Interam. j. psychol. vol.43 no.2 Porto Alegre ago. 2009

42. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes OMS, comentario de la BSR (última revisión 1 agosto 2011. La biblioteca de salud reproductiva de la OMS; Ginebra OMS. http://apps.who.int/rhl/adolescent/cd005215_ramos.com/es/index.html Consultado en marzo de 2013.

43. García, A. IAME. Inventario de Autoconcepto en el Medio Escolar. 1998

15. A N E X O S

CUESTIONARIO: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, PRÁCTICAS Y FACTORES DETERMINANTES

NOMBRE: _____ GRUPO: _____ FECHA: _____

Este cuestionario sirve para tener un panorama respecto a la sexualidad de los adolescentes que cursan tercer año en la secundaria de tu localidad. La información que proporcionas al registrar tus respuestas es confidencial, con uso exclusivo para el estudio de intervención educativa que se realizará en adelante. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, solo responde de acuerdo a lo que conoces, haces o piensas, según corresponda.

I. Escribe tu respuesta delante de cada aseveración o pregunta.

A) Responde respecto a la información que se te pide sobre tus datos personales

1. Sexo (masculino o femenino): _____
2. ¿Cuántos años cumplidos tienes? _____
3. Nombre de la Colonia o localidad en que vives: _____
4. ¿Cuánto tiempo tienes viviendo (en años) en ese lugar? _____
5. Actualmente vives con (madre, padre, ambos u otros): _____

B) Responde respecto a la información que se te pide sobre tus padres o tutor

¿Cuál de los siguientes niveles de estudios (Primaria o sin estudios, Secundaria, Bachillerato o más), fue el último que cursaron tus padres?

6. Padre: _____ 7. Madre: _____

¿Qué edad tenían tu papá y tu mamá cuando se hicieron padres?

8. Padre: _____ 9. Madre: _____

¿Cuál de las siguientes opciones (Profesionista, Trabajador en área de salud, Empleado u obrero, Otro), corresponde a la ocupación de tus padres o tutor?

10. Padre: _____ 11. Madre: _____ 12. Tutor: _____

C) Escribe en el paréntesis el número que se acerque a tu respuesta, de acuerdo a las siguientes opciones:

1. *Muy frecuente* 2. *Frecuente* 3. *Poco frecuente* 4. *Nunca*

13. () ¿Con qué frecuencia, tus padres o tutores, comparten su tiempo contigo y te ponen reglas o límites?
14. () ¿Con qué frecuencia observas o escuchas anuncios o mensajes (televisivos, radio, carteles, trípticos, pláticas, etc.), sobre prevención de Embarazo o de Enfermedades de Transmisión Sexual o de adicciones?

I. En las siguientes preguntas o enunciados, elige tu respuesta de acuerdo a lo que conoces

A) Marca con una X la opción de tu respuesta

De la información que hasta el momento tienes sobre sexualidad, ¿cuál ha sido la o las fuentes de dónde la has obtenido? (puedes marcar más de una si es necesario):

15. Profesores _____ 16. Padres _____ 17. Internet _____ 18. Amigos _____ 19. Otro _____

20. El útero, las glándulas mamarias, la vagina, el clítoris, los ovarios, corresponden a los órganos genitales:

Masculinos _____ Femeninos _____ No sé _____

21. El pene, la próstata, los testículos, las vesículas seminales, corresponden a los órganos genitales:

Masculinos _____ Femeninos _____ No sé _____

22. Los órganos de la reproducción humana son los :

Genitales masculinos _____ Genitales femeninos _____ Ambos _____ No sé _____

23. ¿Cuál de las siguientes enfermedades, son de Transmisión Sexual (ETS)?

Gonorrrea, Sífilis y Condiloma _____ VIH-SIDA _____ Todas _____ No sé _____

24. La principal forma de transmitir las ETS, es tener relaciones sexuales con penetración, sin usar un método de protección por vía:

Vaginal _____ Anal _____ Oral _____ Todas _____ No sé _____

25. De los métodos preventivos que evitan adquirir una infección por relaciones sexuales, el más **adecuado** es:

Condón _____ Lavado vaginal _____ Relaciones solo con tu pareja _____ No tener relaciones _____

26. El desenlace final de un embarazo puede ser:

Parto sin complicaciones _____ Aborto _____ Muerte _____ Todas _____

B) Escribe en el paréntesis SI, NO o NO SÉ, según tu respuesta

27. () La información que te han dado los profesores en la escuela sobre sexualidad, ¿resuelve tus dudas sobre los cambios físicos y emocionales que has experimentado?

28. () La información que te han dado tus padres o familiares sobre sexualidad, ¿resuelve tus dudas sobre los cambios físicos y emocionales que has experimentado?

29. () Si tienes relaciones sexuales a temprana edad, ¿puedes causar un embarazo que no desees?

30. () Embarazarse cuando se es adolescente, puede provocar anemia y un parto antes de tiempo?

31. () Embarazarse en la adolescencia, ¿puede causar complicaciones durante el parto?

32. () Un embarazo durante la adolescencia, ¿puede provocar riesgos de salud para la madre y su hijo?

33. () En todas las infecciones que se transmiten con las relaciones sexuales, ¿se detecta fácilmente algún signo o síntoma?

34. () El VIH- SIDA, es adquirido o se presenta solo en los homosexuales.
35. () Una persona que tiene VIH-SIDA ¿puede contagiar la enfermedad a otra persona a través de su sudor, lágrimas, saliva, orina o heces fecales (excremento)?
36. () En una prueba de laboratorio para saber si se tiene SIDA, si el resultado es negativo, ¿indica que no se tiene la enfermedad?
37. () Sexo protegido se refiere a las acciones que durante una relación sexual, se hacen para evitar el intercambio de fluidos corporales (vaginales, semen o sangre), utilizando un método de barrera.
38. () Sexo seguro se refiere a las acciones que durante una relación sexual, se hace para evitar cualquier contacto con sangre, semen u otro fluido, o evitando tener relaciones sexuales sin penetración.
39. () ¿Has escuchado hablar de los días fértiles?
40. () Los días fértiles son los días en que ocurre la ovulación y es posible que ocurra un embarazo.
41. () Los días fértiles se consideran un Método de calendario efectivo para prevenir un embarazo.
42. () Un beneficio obtenido con el uso del condón es prevenir el contagio de las ETS.
43. () Un beneficio obtenido con el uso del condón es la prevención de embarazos.

III. Contesta las siguientes preguntas de acuerdo a lo que consideres

A) Encierra en un círculo tu respuesta

44. Actualmente tu pareja o novio (a), lo consideras:
a) estable b) de ligue c) ocasional d) no tienes pareja o novio(a)
45. ¿A qué edad crees que estés preparado física, mental y socialmente (a) para tener un hijo?
a) De 16 a 19 años b) mayor de 20 años c) antes de los 16 años

B) Escribe dentro del paréntesis Si o No, según tu respuesta.

46. () Conoces algún método anticonceptivo (MAC) para evitar un embarazo?
Si tu respuesta fue sí, escribe ¿cuál es el método que conoces? _____
47. () ¿Has escuchado hablar de los MAC hormonales orales? () ¿Sabes cómo funciona?
48. () ¿Has escuchado hablar de los MAC hormonales inyectables? () ¿Sabes cómo funciona?
49. () ¿Has escuchado hablar de los MAC de barrera como el condón? () ¿Sabes cómo funciona?
50. () ¿Has escuchado hablar de los MAC temporales como el DIU? () ¿Sabes cómo funciona?
51. () ¿Has escuchado hablar de la anticoncepción de emergencia? () ¿Sabes cómo funciona?

52. () ¿Has escuchado hablar de los MAC definitivos: vasectomía o ligadura? () ¿Sabes cómo funciona?
53. () ¿Has escuchado hablar de los parches anticonceptivos? () ¿Sabes cómo funciona?

C) Escribe en el paréntesis la letra que más se acerque a tu respuesta según el grado de acuerdo en que estés con la oración, a partir de las siguientes opciones:

a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Poco de acuerdo d) En desacuerdo

54. () Durante una relación sexual, hablar de protección se refiere a las acciones que pueden evitar que te contagien o que contagies, así como evitar que te embaraces o que embaraces a alguien.
55. () En las relaciones sexuales con penetración, el usar condón durante todo el tiempo de la relación, previene que contagies o que te contagien de una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS).
56. () Tener sexo con protección es importante para tu salud y la de tu pareja
57. () Si tuvieras sexo solo con tu novio (a), es importante protegerte para prevenir tu salud y la de él o ella
58. () Al tener una relación sexual con cualquier tipo de pareja, es mejor tener doble protección (MAC y un condón)
59. () Es importante tener sexo con protección ya que desconozco el estado de salud de mi pareja estable u ocasional y el mío, respecto a las ETS

D) Contesta SI o NO a las siguientes preguntas. Si tu respuesta a la primer o segunda pregunta es NO, pasa a las preguntas en el numeral 4.

60. () ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en tu vida?
61. () ¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?
62. () En tu primera relación sexual, ¿usaste algún método de protección o prevención para evitar un embarazo o una ETS?
63. () ¿Has estado embarazada alguna vez o has embarazado a alguien alguna vez?
64. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? _____
65. ¿Tuviste protección durante tu primera relación sexual? _____
66. ¿Tuviste protección durante tu última relación sexual? _____
67. ¿Con qué frecuencia **NO** has tenido protección durante una relación sexual? **Encierra tu respuesta**
- | | | | |
|-------------|---------------|-------|---------|
| Pocas veces | Algunas veces | Nunca | Siempre |
|-------------|---------------|-------|---------|

IV. Respecto a los Servicios de Salud en tu comunidad, contesta las siguientes preguntas

A) Escribe tu respuesta a las siguientes preguntas

68. ¿Conoces los lugares que existen en tu comunidad que proporcionan atención de la salud? _____

69. ¿A cuál o a cuáles acudes para recibir atención o servicio médico? _____

B) Responde a las siguientes preguntas con SI, NO o NO SÉ, según corresponda

Si necesitas o necesitaras obtener un Método Anticonceptivo (MAC) y tener alguna información de éste:

70. ¿Conoces los lugares donde puedes obtenerlos? _____

71. ¿En esos lugares existen los MAC que buscas o buscarías? _____

72. ¿Te otorgan u otorgarían él o los MAC con toda facilidad? _____

73. ¿El horario y la distancia en donde se encuentran éstos lugares son accesibles para ti? _____

74. ¿Has tenido alguna dificultad para obtener información o un MAC? Descríbela

Si en los últimos 12 meses has recibido de manera gratuita condones, marca con una **X** él o los lugares de donde te los han obsequiado

75. Servicio Médico Escolar

76. Evento público (ferias de salud, conciertos, etcétera)

77. Hospital o Centro de salud

78. No he recibido condones

V. Si tienes planes a futuro, contesta lo siguiente (si los tienes, describe al menos 3 cosas que desees, o más): 79.

¿Qué te gustaría hacer, realizar o alcanzar?	¿Qué debes ser, hacer o tener para conseguirlo?	¿En qué tiempo, crees poder alcanzarlo?
1.	-	-
2.	-	-
3.	-	-
4.	-	-
5.	-	-

CUESTIONARIO DE ASERTIVIDAD

NOMBRE: _____ EDAD: _____

GRUPO: _____ FECHA: _____

Instrucciones:

Debes escribir el número que tú creas corresponde mejor en la actualidad al grado de dificultad que, generalmente, te supone cada relación, según la siguiente escala:

- 0 = Ninguna dificultad
- 1 = Poca dificultad
- 2 = Mediana dificultad
- 3 = Bastante dificultad
- 4 = Máxima dificultad

Al decir dificultad nos referimos tanto a aquellas situaciones en las que no sabes cómo responder o actuar (por ejemplo: te callas y te pones rojo), como aquellas otras en las que crees que te has excedido con la otra persona (por ejemplo, le insultas y luego te arrepientes).

Item Enunciado: ¿Tienes dificultad para...?

- 1 () Reclamar a la cajera del supermercado que te ha devuelto 500 pesetas de menos?
- 2 () Hacer cumplidos (elogios, piropos, etc.) a una persona del sexo opuesto por la que te Interesas?
- 3 () Exponer en clase un trabajo que has realizado?
- 4 () Pedir a un camarero que te atienda a ti primero porque tú estabas antes?
- 5 () Expresar tu opinión en una asamblea de estudiantes cuando no estás de acuerdo con lo Que dicen?
- 6 () Decirle a un desconocido que intenta colarse en la cola para el cine que guarde su turno?
- 7 () Preguntar en clase cuando no entiendes lo que ha explicado tu profesor?
- 8 () Quejarte a un amigo/a que ha dicho algo que te molesta?
- 9 () Iniciar una conversación con un desconocido mientras esperas el autobús?
- 10 () Opinar en contra si no estás de acuerdo con tus padres?
- 11 () Quejarte a un camarero cuando te sirve comida o bebida en mal estado?
- 12 () Decirle a una persona que acaban de presentarte lo mucho que te gusta cómo viste?
- 13 () Dar las gracias a tus amigos/as cuando salen en tu defensa?
- 14 () Pedir a un desconocido que apague su cigarrillo porque te molesta?

- 15 () Para vender lotería por la calle para el viaje de estudios?
- 16 () Pedir información a un camarero si tienes dudas sobre el menú?
- 17 () Salir voluntario a la pizarra a pesar de que no llevas preparada la lección?
- 18 () Preguntar a un desconocido una dirección cuando te pierdes en un barrio que no Conoces?
- 19 () Preguntar en la ventanillas de tu ayuntamiento sobre el permiso municipal para motos?
- 20 () Decirle a un familiar (abuelos, tíos, etc.) que te molestan tus bromas pesadas?
- 21 () Expresar tu punto de vista ante tus compañeros de clase?
- 22 () Invitar a alguien del otro sexo a ir al cine?
- 23 () Pedir disculpas a tu madre por no asistir a una comida familiar?
- 24 () Dar las gracias a un amigo/a que te ayuda en tus tareas escolares?
- 25 () Defenderte cuando tus padres te culpan de algo que no has hecho?
- 26 () Decirle a un vecino que no te deja estudiar con el ruido que está haciendo?
- 27 () Defenderte cuando tu hermano/a te acusa de haberle estropeado algo suyo (libro, prenda De vestir, etc.)?
- 28 () Acercarte y presentarte a alguien del otro sexo que te gusta?
- 29 () Felicitar al delegado de clase por haber conseguido más tiempo para preparar el examen?
- 30 () Disculparte con un compañero/a con quien te pasaste discutiendo?
- 31 () Devolver un compact-disk defectuoso a la tienda donde lo compraste?
- 32 () Decir que no a un amigo/a que te pide prestada la bici la moto?
- 33 () Defender a un amigo/a tuyo/a cuando está siendo criticado/a por otros?
- 34 () Quejarte a tus padres cuando no te dejan ir a la excursión que ha organizado tu centro Escolar?
- 35 () Iniciar una conversación con una persona del otro sexo que te atrae?
- 36 () Decir que no a un mendigo que te pide dinero?
- 37 () Dar las gracias a tu madre por haberte hecho una comida especial el día de tu Cumpleaños?
- 38 () Dar las gracias a un desconocido?

AUTOCONCEPTO EN EL MEDIO ESCOLAR ALUMNOS DE ENSEÑANZA SECUNDARIA.

ALUMNO/A..... EDAD.....
LOCALIDAD..... GPO: FECHA.....

A continuación encontrarás una serie de frases en las cuales se hacen afirmaciones relacionadas con tu forma de ser y de sentirte. Después de leer cada frase, rodea con un círculo la opción de respuesta (A, B, C, o D) que exprese mejor tu grado de acuerdo con lo que, en cada frase se dice.

A= Muy de acuerdo.

B= Algo de acuerdo.

C= Algo en desacuerdo.

D= Muy en desacuerdo.

1. Hago muchas cosas mal	A	B	C	D
2. Mis padres están contentos con mis notas	A	B	C	D
3. En conjunto, me siento satisfecho conmigo mismo	A	B	C	D
4. Me enfado por cosas sin importancia	A	B	C	D
5. A menudo el profesor me llama la atención sin razón	A	B	C	D
6. Soy un chico/a guapo/a	A	B	C	D
7. Tengo más aspectos negativos que positivos	A	B	C	D
8. Mis padres me exigen mucho en mis estudios	A	B	C	D
9. Suelo sacar notas altas	A	B	C	D
10. Me pongo nervioso cuando tenemos examen	A	B	C	D
11. Tengo muchos amigos	A	B	C	D
12. Creo que tengo un buen número de cualidades	A	B	C	D
13. Soy una persona de poco valor	A	B	C	D
14. Soy buen@ para las matemáticas, los cálculos y él o los idiomas	A	B	C	D
15. Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo	A	B	C	D
16. Creo que tengo un buen tipo (personalidad)	A	B	C	D
17. Muchos de mis compañeros dicen que soy torpe para los estudios	A	B	C	D
18. Me pongo nervioso/a cuando pregunta el profesor	A	B	C	D
19. Me siento inclinado/a a pensar que soy un/a fracasado/a	A	B	C	D
20. En general soy una persona tímida	A	B	C	D
21. Muchas veces siento que no sirvo para nada	A	B	C	D
22. Generalmente siento que los profesores la toman conmigo	A	B	C	D
23. A veces me siento como un montón de escombros	A	B	C	D
24. En general mis compañeros me aprecian	A	B	C	D
25. Si volviera a nacer, me gustaría ser como soy	A	B	C	D



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN DE PADRES Y SUS HIJOS

Título del proyecto: Intervención educativa en adolescentes para la práctica responsable de su sexualidad en la localidad de San Miguel Topilejo, Tlalpan.

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de intervención educativa, en colaboración con la Secretaría de Salud a través de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan dependiente de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. El objetivo del estudio es incrementar el conocimiento de los adolescentes en el tema de salud sexual y reproductiva. El estudio se está realizando en esta escuela, Secundaria Técnica No. 56 "Enrique Ramírez Ramírez" y dirigida a los alumnos que actualmente cursan el tercer grado.

Procedimientos:

Si usted permite la participación de su hijo(a), ocurrirá lo siguiente:

1. **A usted** le daremos una plática informativa sobre el contenido y desarrollo de la intervención educativa. La plática se realizará en una sola sesión con una duración aproximada de 30 minutos.
2. **A su hijo(a)** se le aplicará un cuestionario para medir el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, así como las actitudes ante su propia sexualidad. Posteriormente se realizarán 7 sesiones sobre educación sexual y habilidades sociales, todas se desarrollarán durante el horario de clases sin que éstas se vean afectadas, durante los meses de septiembre a enero en el ciclo escolar vigente. En todas intervendrá personal capacitado.
3. Por último se aplicará nuevamente el cuestionario para medir el incremento en el conocimiento adquirido. Este se aplicará en el mes de enero de 2014.

Beneficios: Ni usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta la participación de su hijo(a), estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para evaluar el impacto de la intervención educativa y que pueda replicarse a otros adolescentes en momentos futuros, así como conocer las actitudes y comportamientos de los adolescentes que nos permitan buscar acciones en beneficio de ellos.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio, será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted y su hijo(a) quedarán identificados(as) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a) a su hijo(a), tiene el derecho de no responderla y también de retirarse en cualquier momento de las sesiones educativas. No existe costo por la participación y tampoco un pago por la misma.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negar que su hijo(a) participe o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los Servicios de salud ni en la escuela.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el investigador responsable del proyecto: __Noé Guarneros Soto__ al siguiente número de teléfono 5487 1000 ext: __ de lunes a viernes en un horario de 9:00 a 15:00 horas, o con Estela Chávez Bucio al 5424 2359 de lunes a viernes de 9:00 a 13:00 horas.

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética del INSP, Julieta Ivone Castro R., al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 8:30 am a 16:30 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si usted acepta que su hijo participe, le entregaremos una tarjeta de contacto para cualquier duda. Por lo que le pedimos sea tan amable de firmar en el siguiente documento.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN DE PADRES Y SUS HIJOS

**Título de proyecto: Aplicación de Cuestionario sobre sexualidad en adolescentes:
“Conocimientos, actitudes, prácticas y factores predisponentes”**

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de intervención educativa, en colaboración con la Secretaría de Salud a través de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan dependiente de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. El objetivo del estudio es identificar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes en el tema de salud sexual y reproductiva. El estudio se está realizando en esta escuela, Diurna No. 284 “Gustavo Cabrera Acevedo” y dirigida a los alumnos que actualmente cursan el tercer grado.

Procedimientos:

Si Usted permite la participación de su hijo(a), ocurrirá lo siguiente:

1. **A usted** le daremos una plática informativa sobre el contenido del cuestionario y el material impreso que se le obsequiará al término de la aplicación del cuestionario. La plática se realizará en una sola sesión con una duración aproximada de 30 minutos.
2. **A su hijo(a)** se le aplicará un cuestionario para medir el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, así como las actitudes ante su propia sexualidad en el mes de septiembre de 2013 y nuevamente en el mes de enero de 2014.
3. Por último se les otorgará de manera gratuita la información impresa sobre algunos temas en relación a su sexualidad.

Beneficios: Ni Usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta la participación de su hijo(a), estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para la evaluación de intervenciones educativas sobre salud sexual y reproductiva dirigida a los adolescentes.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted y su hijo(a) quedarán identificados(as) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a) a su hijo(a), tiene el derecho de no responderla. No existe costo por la participación y tampoco un pago por la misma.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negar que su hijo(a) participe. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los Servicios de Salud ni en la escuela.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la investigador/a) responsable del proyecto: __Noé Guarneros Soto__ al siguiente número de teléfono 5487 1000 ext:___ en un horario de

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética del INSP, Julieta Ivone Castro R., al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 8:30 am a 16:30 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si usted acepta que su hijo participe, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CARTA DE ASENTIMIENTO

Título de proyecto: Intervención educativa en adolescentes para la práctica responsable de su sexualidad en la localidad de San Miguel Topilejo, Tlalpan.

Hola mi nombre es Estela Chávez Bucio y vengo del Instituto Nacional de Salud Pública. Actualmente el Instituto está realizando un estudio sobre una intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar un cuestionario sobre sexualidad y asistir a 7 sesiones educativas que se impartirán en esta escuela y dentro del horario de clases, sin embargo tus clases no se verán afectadas.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones nos ayudará a identificar en los adolescentes, el nivel de conocimiento sobre el tema mencionado y las actitudes ante ciertos momentos de tu vida diaria, respecto a tu sexualidad.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

☐ Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el consentimiento:

Fecha: a _____ de _____ de ____.

Observaciones: _____



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CARTA DE ASENTIMIENTO

**Título de proyecto: Aplicación de Cuestionario sobre sexualidad en adolescentes:
“Conocimientos, actitudes, prácticas y factores predisponentes”**

Hola, mi nombre es _Estela Chávez Bucio_ y vengo del Instituto Nacional de Salud Pública. Actualmente el Instituto está realizando un estudio para identificar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes en el tema de salud sexual y reproductiva. Para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar un cuestionario sobre sexualidad, mismo que se aplicará en esta escuela y dentro del horario de clases, sin embargo tus clases no se verán afectadas.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones nos ayudará a identificar en los adolescentes, el nivel de conocimiento sobre el tema mencionado y las actitudes ante ciertos momentos de tu vida respecto a tu sexualidad.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus datos, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

☐ Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: a _____ de _____ de ____.

Observaciones: _____



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
AVISO DE PRIVACIDAD

Aviso de Privacidad: Documento físico, electrónico o en cualquier otro formato generado por el responsable que es puesto a disposición del titular, previo al tratamiento de sus datos personales, de conformidad con el artículo 15 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. “El responsable en este caso es el investigador (a) responsable y el Titular el (la) participante”.

Título del Proyecto: __Intervención Educativa en adolescentes, para la práctica responsable de su sexualidad en la localidad de San Miguel Topilejo, Tlalpan.

Registro INSP CI: _____

Investigador(a) Responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección.

Nombre: MSP Noé Guarneros Soto

Domicilio: INSP 7ª Cerrada de Fray Pedro de Gante # 50, Col. Sección XVI, Tlalpan. C.P. 14080 México, D.F.

Teléfono: + (55) 5487 1000

Correo electrónico: nguarneros@insp.mx

Tipo de información que se solicitará:

Su información personal será utilizada con la finalidad de *identificar para el estudio los datos estadísticos que permitan tener un panorama del grupo de adolescentes respecto al conocimiento, actitudes y prácticas respecto a su sexualidad*, para lo cual requerimos obtener los siguientes datos personales: Nombre, edad, sexo, lugar de residencia y tiempo de residir en ella, *así como escolaridad y ocupación de los padres*, así como otros datos considerado como sensibles de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, tales como: *estado de salud, opiniones sobre sexualidad y proyectos de vida.*

Es importante que usted sepa que todo el equipo de investigación que colabora en este estudio se compromete a que todos los datos proporcionados por usted sean tratados bajo medidas de seguridad y garantizando siempre su confidencialidad. En el caso de este proyecto las medidas que se tomarán para ello serán: *Se utilizará un folio de identificación para cada participante, la unidad de análisis será grupal y no individual, es decir, la captura de la información y su análisis, se realizará en conjunto del todo el grupo participante bajo manejo del investigador.*

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al manejo de los mismos o anular el consentimiento que nos haya otorgado para tal fin, presentando una carta escrita dirigida al/la Investigador(a) Responsable MSP Noé Guarneros Soto, ubicado en el Instituto Nacional de Salud Pública, en 7ª cerrada de Fray Pedro de Gante #50, Col. Sección XVI, Tlalpan, D.F. al teléfono 5487 1000, ó a la oficina de la Presidenta de la Comisión de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública, la Dra. Julieta Ivone Castro Romero ubicada en el Cubículo 5 Planta Alta del CISEI. Tel 7773293000 Ext. 7424/2262/2465. Correo electrónico: etica@insp.mx.

Así mismo le aclaramos que solo los resultados obtenidos de este estudio como análisis grupal, se compartirán con el director del plantel escolar donde estudia, para su conocimiento y considerar la implementación una intervención educativa, a todos los grupos escolares en los años sucesivos. Aclaramos también que “los datos que nos proporcione, no serán compartidos con otras estancias o instituciones y únicamente serán usados por el equipo de investigación para este proyecto.”

Declaración de conformidad

Si usted no manifiesta oposición para que sus datos personales se compartan con las instancias mencionadas, se entenderá que ha otorgado su consentimiento para ello.

En caso de no estar de acuerdo favor de marcar el siguiente cuadro.

☐ No consiento que mis datos personales sean transferidos en los términos que señala el presente aviso de privacidad.

Nombre y firma autógrafa del (la) titular _____

Titular: La persona física a quien corresponden los datos personales.
--

Fecha: [día/mes/año]

Tarjeta de contactos



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.

Título del proyecto: Intervención educativa en adolescentes para la práctica responsable de su sexualidad en la localidad de San Miguel Topilejo, Tlalpan.

Agradecemos mucho su participación.

En caso de que usted tenga alguna duda, comentario o queja en relación a su participación en este estudio, favor de comunicarse con el investigador responsable del proyecto: Noé Guarneros Soto al teléfono: +(55) 5487 1000 de lunes a viernes de 9:00 a 15:00 hrs.

Y si usted tiene preguntas generales acerca de sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidenta de la Comisión de Ética de este Instituto: Dra. Julieta Ivone Castro Romero, al teléfono: 7773293000extensión7424/2262/2465 de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 hrs. O si prefiere puede usted escribirle a la siguiente dirección de correo: etica@correo.insp.mx

Fecha / /
 Día Mes Año

Av. Universidad # 655 Col. Santa María Ahuacatlán; Cuernavaca Morelos, México.

CRONOGRAMA PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO TERMINAL																			
Tiempo	2013												2014						
Actividad	Feb	Mzo	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mzo	Abr	May	Jun	Jul	Ago
Elaboración del protocolo	*	*	*																
Revisión y autorización del protocolo			*																
Elaboración de los instrumentos de evaluación				*	*														
Coordinación y gestión					*														
Capacitación para el desarrollo de la intervención						*													
Inicio de la intervención: Medición basal								*		*									
Implementación de la intervención									*	*	*	*							
Medición final													*						
Captura de cuestionarios									*	*	*	*	*	*					
Análisis de la información															*				
Resultados y discusión																*	*		
Discusión																		*	
Conclusiones y recomendaciones																		*	
Entrega del informe final																			*

Cálculo de la muestra para dos proporciones

Fórmula:

Comparación de dos proporciones:

$$n = \frac{\left[Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

- n = sujetos necesarios en cada una de las muestras
- Z_{α} = Valor Z correspondiente al riesgo deseado
- Z_{β} = Valor Z correspondiente al riesgo deseado
- p_1 = Valor de la proporción en el grupo de referencia, placebo, control o tratamiento habitual.
- p_2 = Valor de la proporción en el grupo del nuevo tratamiento, intervención o técnica.
- p = Media de las dos proporciones p_1 y p_2

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$