



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## **ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

**Intervención educativa para contribuir en la prevención del embarazo en  
adolescentes en Cuernavaca, Morelos.**

Proyecto de titulación para obtener el grado de:  
**Maestría en Salud Pública con área de Concentración en Ciencias Sociales y  
del Comportamiento**

**EDER ALBERTO TALAVERA CAMACHO**

**Generación 2014-2016**

Comité asesor:

**Directora: Mtra. Rosibel Rodríguez Bolaños**

**Asesora: Mtra. Anabel Rojas Carmona**

**Lectora: Mtra. Alejandra Jiménez Aguilar**

Cuernavaca, Morelos

Agosto, 2016

## Resumen

**Objetivo.** Diseñar e implementar una iniciativa educativa, para disminuir el riesgo de experimentar un embarazo en la adolescencia (EA) en estudiantes de la Escuela Secundaria Federal No. 13 “Rosario Castellanos”, Morelos, durante el periodo de agosto 2015 - junio 2016.

**Material y métodos.** Diseño de estudio exploratorio mixto, cuasi-experimental. Fue utilizado el método Intervention Mapping (IM), el cual se desarrolla en 6 etapas. Se implementó en dos grupos de estudiantes de tercer grado de escuela secundaria. El componente cualitativo se realizó a través de 4 grupos focales (GF) (n=32) y para el cuantitativo se efectuó un pre y un post test en grupo de intervención (n=30) y en grupo control (n=22).

**Resultados. Pasos IM:** a) evaluación de necesidades: la baja habilidad para la toma de decisiones y la baja autoestima son los principales factores del comportamiento señalados en los grupos focales como aspectos que influyen en el EA; b) preparación de las matrices de cambio: el objetivo general de cambio fue *fortalecer la habilidad de toma de decisiones y autoestima en los estudiantes de tercer grado de secundaria*; c) selección de métodos teóricos: se utilizó el Modelo de Creencias en Salud (MCS) como modelo de cambio de comportamiento y para el diseño de la intervención se empleó el enfoque del Desarrollo Positivo Adolescente (DPA); d) elaboración de los materiales del programa: la iniciativa se diseñó en 7 sesiones basadas en toma de decisiones y autoestima; e) planeación de la adopción del programa: se gestionó la implementación y se realizaron talleres pilotos en grupos diferentes a los de la intervención, con los temas de cohesión grupal y comunicación asertiva; f) planeación de la evaluación: se ocuparon los instrumentos de evaluación del DPA. Se observó un incremento estadísticamente significativo en la habilidad para tomar decisiones, y un aumento en el auto reporte de autoestima que no tuvo significancia estadística.

**Conclusiones.** La implementación de acciones para reducir el riesgo de presentar un EA, deben de realizarse en el marco de la promoción de la salud, la cual puede fundamentarse a través de la salutogénesis y el DPA, cuya principal característica es el descubrimiento y desarrollo de comportamientos saludables que incrementen las probabilidades del bienestar.

## **Agradecimientos**

A *Dios*, por las letras que ha puesto en mi vida.

A mis padres, *Evelia Camacho* y *Pedro Talavera*, las personas más influyentes en mi camino: los llevo siempre en cada una de mis palabras.

A mis hermanos, *Pedro*, *Pablo* y *Evelyn*, porque sin ustedes nada sería igual.

A *Rosibel Rodríguez Bolaños* (queda corta mi gratitud), por el aprendizaje, el tiempo, el esfuerzo y la paciencia para construir este proyecto; a *Anabel Rojas*, por el gusto de leer esas sugerencias con las que disfruté más de la redacción.

A *Martha Cantú*, por acompañarme en la idea del barco que se ha convertido en un viaje estupendo.

A *las autoridades* y a *los grupos participantes* de la Escuela Secundaria Federal No.13 “Rosario Castellanos”, de Cuernavaca, Morelos.

A *mis amigos*, por las coincidencias que nos han unido...

A todas las personas extraordinarias que contribuyeron (a veces sin saberlo) en este proceso formativo... ¡muchas gracias!

## **Dedicatoria**

Para mi *Mariana*, por compartir las emociones, los retos y las mejores experiencias que nunca imaginamos.

Para *Lucía González, Bobby Burnett y Lupita Cacho*, por esa sonrisa eterna que me han regalado.

# ÍNDICE

Introducción .....	6
1. Antecedentes.....	7
1.1 Causas y consecuencias del embarazo adolescente .....	7
1.2 Aspectos socioculturales que influyen en el EA .....	8
1.3 Estrategias en salud para la prevención del EA .....	8
2. Planteamiento del problema .....	11
2.1 Pregunta de investigación .....	11
3. Justificación .....	12
4. Objetivos.....	12
4.1 Objetivo general .....	12
4.2 Objetivos específicos.....	12
5. Material y métodos .....	13
6. Consideraciones éticas.....	21
7. Resultados.....	22
8. Discusión .....	47
9. Conclusiones .....	50
10. Recomendaciones.....	51
11. Limitaciones.....	52
12. Referencias bibliográficas.....	53
13. Anexos.....	58

## Introducción

La prevención del embarazo adolescente (EA) es un reto en el ejercicio de la salud pública. Las personas entre 10 y 19 años de edad ocupan una sexta parte del total de la población en el mundo<sup>1</sup>; es decir, existen aproximadamente 1200 millones de individuos en el tránsito de la adolescencia. La necesidad de emprender acciones para promover la salud y prevenir los daños a la misma, puede enmarcarse en la identificación de los riesgos y las oportunidades que vive la juventud<sup>2</sup>.

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>2</sup> se menciona la relación entre el acceso a la educación y el embarazo adolescente, considerando como una urgencia la atención en el sector educativo para disminuir el riesgo y aumentar las oportunidades de desarrollo de este grupo de la población<sup>2</sup>. Se señala, en cuanto a la enseñanza primaria universal, que se proyectan avances en el periodo 1990-2015, pero se estima que en la actualidad casi *“100 millones de adolescentes todavía no habrán completado la escuela primaria”*<sup>2</sup>.

A su vez, el rezago educativo y las condiciones socioeconómicas son determinantes asociados a la vulnerabilidad de los grupos más jóvenes<sup>3</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado durante 2007-2013, que en los hogares más pobres de los países en desarrollo, hay cinco veces más probabilidades de no completar los estudios básicos<sup>3</sup>; asimismo, el Banco Mundial señala que es menor la probabilidad de un EA en un entorno urbano, con mayor acceso educativo y una familia con mejor posición económica<sup>3</sup>.

En este contexto, se han realizado iniciativas que tienen como objetivo fortalecer las áreas de oportunidad de los y las adolescentes. Las iniciativas señalan la importancia de atender tanto al individuo como al entorno, a través de enfoques basados en una visión integral de las condiciones que promueven la salud. Se destaca que el fortalecimiento de las habilidades personales no sólo concierne a adolescentes, sino que también está relacionado con las políticas y leyes, las comunidades y las familias en las que crecen las personas, lo cual impacta no sólo en su desempeño, sino también en el sostenimiento de los comportamientos saludables<sup>4</sup>.

## **1. Antecedentes**

### **1.1 Causas y consecuencias del embarazo adolescente**

El inicio de la vida sexual a edades tempranas es un factor de riesgo y les coloca como un grupo expuesto a la transmisión del VIH<sup>5</sup>. Para el año 2009 el 40% de la incidencia mundial en VIH se presentó en jóvenes de 15 a 24 años de edad.<sup>5</sup> Anualmente, cerca de 70,000 mujeres adolescentes fallecen en países en vías de desarrollo como consecuencia de causas asociadas al embarazo y las complicaciones en el parto<sup>3</sup>. Se sabe que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de mortalidad a nivel global<sup>6</sup>.

La pobreza y el bajo acceso a la educación han sido causas enunciadas como factores externos que intervienen en el embarazo adolescente<sup>7</sup>. Sin embargo, también la estructura social influye en la adopción de comportamientos de riesgo. Las “normas sociales”, que regulan el comportamiento de las personas, así como el rol asignado socialmente, que la población joven desempeña en sus familias y comunidades, pueden reforzar las preconcepciones que las y los adolescentes tienen sobre el embarazo. Respecto a estas “normas”, pueden manifestarse a través de los derechos y de las restricciones que la comunidad reconoce en el desarrollo de la sexualidad de sus adolescentes.

Los roles desempeñados en la comunidad, las tradiciones y los patrones de conducta pueden contar con “ambivalencias culturales” que sancionen el descubrimiento de la sexualidad, pero que a su vez acepten el embarazo a edades tempranas, e incluso rechacen la postergación del mismo<sup>8</sup>.

La aceptación del embarazo en edad temprana puede ser causada por la interpretación que la población adolescente hace de las consecuencias. En el caso de los varones, puede ser apreciado como un reforzador de su masculinidad y una situación que marca el ingreso a la vida laboral; en el caso de las adolescentes puede ligarse a algún estereotipo de la comunidad, donde el embarazo se relacione con el significado de “ser mujer”; en ambos sexos, también puede representar una “oportunidad” para salir de casa, como una forma de encontrar “libertad” o huir de situaciones de violencia intrafamiliar<sup>8,9,10</sup>.

Por otra parte, el embarazo a ésta edad se sitúa como un factor de riesgo que atenta contra la calidad de vida de la población adolescente. Las consecuencias asociadas pueden presentarse a nivel físico, mental y emocional, así como en el desarrollo social, familiar, académico y económico.

## **1.2 Aspectos socioculturales que influyen en el embarazo adolescente**

Los estudios realizados en México han resaltado la influencia que tiene el entorno en el desarrollo de comportamientos sexuales de riesgo. Se ha nombrado vulnerabilidad social<sup>10</sup> al conjunto de elementos que convergen en la vida del adolescente, colocándolo en situaciones que pueden incidir en un embarazo a temprana edad. Las dimensiones que influyen sobre las condiciones de vida se centran en lo económico, social y cultural<sup>11</sup>.

Los estudios que han permitido realizar un análisis sobre los componentes de la vulnerabilidad social, han buscado identificar las variaciones en los distintos sectores sociales, así como los mecanismos que caracterizan a cada uno, desarrollándose en zonas rurales y urbanas. Para su concreción se han utilizado investigaciones etnográficas, observación participante y entrevistas con los actores clave de las comunidades<sup>8,12,13</sup>.

Sus resultados sugieren que la vulnerabilidad se manifiesta a través de la combinación de distintas capas, destacando la influencia positiva que pueden tener las redes de apoyo familiares y sociales, las aspiraciones y el nivel de autorregulación entre adolescentes<sup>8,11</sup>. En el primer caso, la familia y la esfera social marcan una pauta en la incorporación de una identidad, que incluye normas relacionadas con los estereotipos, el género y la sexualidad de la población adolescente<sup>8</sup>. Cada contexto ofrece una malla cultural que permea la cosmovisión y los hábitos involucrados en el embarazo temprano.

Asimismo, se han identificado distintas percepciones en relación con la construcción de la masculinidad y la feminidad. En la primera, las creencias se relacionan con una necesidad de aceptación por parte de personas adultas, pares y el sexo opuesto; y *“la percepción de la sexualidad como un instinto natural cuyo ejercicio confirma la virilidad”*<sup>13</sup>, lo cual incide en el estereotipo del varón, que se

asocia a comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol y el no uso de condón en sus relaciones sexuales<sup>13</sup>. Por otra parte, el estereotipo femenino, se enmarca en la necesidad de “controlar su propia sexualidad con el fin de ser reconocida públicamente como una joven respetable”<sup>13</sup>. Además, la maternidad es vista como una oportunidad para modificar el rol que juegan en la sociedad, con algunas ventajas como el reconocimiento en la comunidad, en algunos casos representando una vía para escapar de los problemas en el núcleo familiar<sup>8,12,13</sup>.

Del mismo modo, se destaca el papel que ocupan los determinantes sociales en el desarrollo de oportunidades que permitan modificar las expectativas de vida en este grupo de población, ya que de no incidir en la infraestructura, las iniciativas tienden a no ser efectivas, puesto que no existe la motivación de experimentar un cambio en los comportamientos sexuales de riesgo de quienes cursan la adolescencia<sup>14</sup>.

Dada la relevancia de los datos que caracterizan el problema, se destaca la necesidad de construir abordajes sensibles a la percepción de las y los adolescentes, que incluyan sus creencias, significados, actitudes y valores, involucrando aspectos que no sólo se centren en los supuestos de las instituciones de salud. Resaltan la importancia de ponderar sus aspiraciones y sus oportunidades, como una herramienta que puede fortalecer el diseño de iniciativas en salud<sup>8,11</sup>.

### **1.3 Estrategias en salud para la prevención del embarazo adolescente**

Con el propósito de dar respuesta y de generar mecanismos de solución para disminuir la incidencia de este problema de salud, se distinguen acciones a diferentes niveles: las de carácter legislativo, en su mayoría expresadas a través de reformas a nivel federal y conformado por programas a nivel estatal; y las estrategias desarrolladas por organizaciones civiles que trabajan en conjunto con instancias de gobierno.

En México, la Estrategia Nacional Para la Prevención Del Embarazo En Adolescentes (ENAPEA) se posiciona como el eje principal para la atención del problema a nivel gubernamental<sup>14</sup>. Tiene como objetivo general disminuir el

número de embarazos en adolescentes, a través de actividades que se dirigen por medio de cinco objetivos específicos<sup>14</sup>:

**Tabla 1. Objetivos específicos y líneas de acción de la ENAPEA, México, 2015**

Objetivos específicos	Líneas de acción
Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México	Educación obligatoria y creación de oportunidades laborales para los adolescentes
Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de la población adolescente sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo	Divulgación de derechos sexuales y reproductivos; y fortalecimiento del marco jurídico y acciones para reducir el riesgo del EA
Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada	Garantizar el abasto y disponibilidad de métodos anticonceptivos, así como fortalecer la responsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad
Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes	Optimización y promoción de servicios amigables para adolescentes y prevención de embarazos subsiguientes
Garantizar el derecho de la población infantil y adolescente a educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada	Capacitación docente en educación integral en sexualidad

Fuente: Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. 2015

## 2. Planteamiento del problema

En México, según la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2014, indica que la tasa a nivel nacional de embarazo adolescente se encuentra en 77 nacimientos por cada 1000 mujeres entre los 15 y 19 años de edad, lo cual representa un aumento de 6.1 nacimientos contra los 70.9 que ocurrieron durante el 2009<sup>15</sup>.

En el estado de Morelos se reportó un incremento en la tasa de fecundidad adolescente entre el 2009 y el 2014, al pasar de 61.73 a 75.16 nacimientos por cada mil mujeres de entre 15 y 19 años de edad<sup>16</sup>. Cuernavaca, la capital del estado, cuenta con un registro de 1685 nacidos vivos en mujeres de entre 15 y 19 años durante el 2014, ocupando el primer lugar con el mayor número de casos, delante de Cuautla (1,147), Yautepec (791), Jojutla (664) y Temixco (551)<sup>16</sup>.

El presente trabajo se realizó en Lomas de Cortés, localidad del municipio de Cuernavaca, cuyo reporte durante el 2014, fue de un total de 44 mujeres embarazadas entre los 15 y los 19 años, que representó un incremento aproximado del doble de las cifras generadas durante el año 2010<sup>17</sup>.

Los Servicios de Salud de Morelos atienden el embarazo adolescente a través de las consultas prenatales en los Centros de Salud (CS), los cuales se encuentran ubicados en cada colonia. En Cuernavaca, los CS tienen la facultad de referenciar a las consultantes al Hospital General “Dr. José G. Parres” ubicado en el mismo municipio, quien proporciona la atención al parto. En el reporte de la DGIS a nivel local se ubica a Lomas de Cortés como una de las colonias que presentan mayores cifras, junto a las colonias Carolina, Antonio Barona y San Cristóbal<sup>17</sup>.

Dada la magnitud del problema en que se encuentra la población adolescente se plantea la siguiente pregunta: ¿Una iniciativa educativa que incorpore los conocimientos y las creencias de los y las adolescentes, puede incidir en la adopción de comportamientos saludables para reducir el riesgo de experimentar un embarazo durante este periodo?

### **3. Justificación**

El embarazo adolescente tiene un carácter multifactorial, relacionado tanto con la influencia del entorno social y familiar en el que sucede, como con las habilidades cognitivas y emocionales, asociadas a los comportamientos de riesgo de los adolescentes<sup>9</sup>. Ante el presente panorama, el abordaje de cualquier iniciativa que pretenda incidir en la prevención del embarazo a edades tempranas, requiere de una visión construida a partir del entorno y sus participantes.

El desarrollo de una iniciativa enfocada en la identificación y fortalecimiento de las habilidades que disminuyan el riesgo de experimentar un embarazo en la adolescencia, construida en conjunto con adolescentes que asisten a la escuela, fortalecerá las acciones implementadas durante la iniciativa educativa, ya que ésta se desarrollará a partir de los conocimientos, las creencias y los significados de los mismos<sup>18, 19</sup>.

### **4. Objetivos**

#### **4.1 Objetivo general**

Diseñar e implementar una iniciativa educativa, para disminuir el riesgo de experimentar un embarazo en la adolescencia en estudiantes de tercer grado de la Escuela Secundaria Federal No. 13 “Rosario Castellanos”, Morelos, durante el periodo de noviembre de 2015 a julio de 2016.

#### **4.2 Objetivos específicos**

- Identificar los conocimientos, creencias y significados que tienen las y los estudiantes, respecto al embarazo en la adolescencia
- Diseñar una iniciativa sobre el embarazo adolescente con base en el modelo de Creencias en Salud (MCS) y con el enfoque de Desarrollo Positivo del Adolescentes (DPA) dirigida a estudiantes de escuela secundaria
- Implementar la iniciativa educativa en estudiantes de la escuela secundaria
- Evaluar antes y después de la iniciativa educativa

## **5. Material y métodos**

Para el diseño del estudio se utilizó la metodología Intervention Mapping<sup>20</sup>. Fueron utilizadas técnicas cualitativas y cuantitativas, por lo que se clasifica como un estudio exploratorio mixto, cuasi-experimental. El componente cualitativo antecedió el diseño de la iniciativa y el componente cuantitativo estuvo conformado por la evaluación a través de los test del DPA.

La iniciativa educativa fue diseñada para realizarse a un grupo de intervención, en el cual se aplicó una evaluación pre y post intervención; y a otro grupo de control, en la cual también fue aplicada la evaluación pre y post. Este estudio fue realizado durante el periodo de noviembre del 2015 hasta julio del 2016.

### ***Población objetivo***

El presente trabajo se desarrolló con adolescentes de ambos sexos de la Escuela Secundaria “Rosario Castellanos” No. 13, de la colonia Lomas de Cortés de Cuernavaca, Morelos. En esta colonia, durante el 2014 fueron reportadas un total de 88 mujeres embarazadas entre los 15 y los 19 años, lo cual representa un incremento aproximado del doble de las cifras generadas durante el año 2010<sup>16,17</sup>.

Esta escuela secundaria es un centro educativo de tipo Federal (es decir pública) que capta a la mayoría de la población adolescente de la comunidad.

El universo de la población fue el total de la población estudiantil de la escuela secundaria, tomando como muestra a dos grupos de tercer grado, uno para grupo intervención y otro para grupo control.

Los criterios de inclusión fueron que los y las adolescentes inscritos desearan participar en el estudio y que estuvieran presentes durante seis de las siete sesiones de la iniciativa para el caso del grupo de intervención; y de exclusión, fue para hombres y mujeres el no querer participar y que cursaran con un embarazo en al momento de la implementación.

### ***Descripción del método Intervention Mapping***

La metodología Intervention Mapping (IM) se desarrolla a partir de un modelo ecológico que permite analizar un problema de salud y organizar un abordaje con el objetivo de fortalecer, en sus seis etapas, el diseño de las acciones a implementar<sup>20</sup>.

La primera fase del proceso de Intervention Mapping, *Evaluación de necesidades*, tiene como objetivo analizar las principales causas en el entorno del problema y los comportamientos asociados al mismo. La segunda etapa, *Preparación de las matrices de los objetivos de cambio*, consiste en la identificación de los comportamientos en los que se establecerán objetivos de cambio para contribuir a la solución del problema. Posterior a la elaboración de la matriz, se emplea la *Selección de intervenciones basadas en teorías, métodos y estrategias prácticas*, con la finalidad de fundamentar el diseño de las acciones. Éstas últimas tendrán que contar con una descripción detallada en la *Elaboración de los componentes y materiales del programa*, así como en la *Planeación de la adopción del programa, implementación y sustentabilidad*. Por último, se contempla la medición de los alcances de la iniciativa a través de la *Planeación de la evaluación*, donde es posible verificar el impacto de los objetivos de cambio<sup>20</sup>.

A continuación, se presenta la matriz de fases de intervención Mapping, que incluye la conjugación con los componentes cualitativo y cuantitativo, además de los objetivos de cada fase y sus herramientas de análisis (Ver Tabla 2).

**Tabla 2. Fases de Intervention mapping y de diseño del estudio**

<b>Fases de Intervention mapping</b>	<b>Fases del diseño del estudio</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Herramienta de análisis</b>
Evaluación de necesidades	<b>Componente cualitativo</b>	Identificar los conocimientos y las creencias que tienen las y los adolescentes, respecto a las dimensiones del DPA	Grupos focales	Transcripción, codificación y procesamiento de la información Software <i>Atlas.ti</i> versión 7
Preparación de la matrices de los objetivos de cambio	<b>Diseño e implementación de sesiones educativas</b>	Diseñar las sesiones educativas conforme a la perspectiva de la población adolescente, proporcionada por sus conocimientos y creencias, e implementar la estrategia	Cuestionario de evaluación de proceso	Aplicación de MCS y Manual de instrumentos del DPA
Selección de intervenciones basadas en teorías, métodos y estrategias prácticas				
Elaboración de los componentes y materiales del programa				
Planeación de la adopción del programa, implementación y sustentabilidad				
Planeación de la evaluación	<b>Componentes cuantitativo</b>	Evaluar los cambios en los conocimientos y las creencias que tienen las y los adolescentes, respecto a las dimensiones del DPA	Test de las dimensiones del DPA	Codificación y análisis comparativo test de DPA Software <i>Stata</i> versión 13

Fuente: Elaboración propia

## ***Paso 1. Evaluación de necesidades***

La elaboración del primer paso tuvo como principal actividad la identificación de comportamientos que podrían incidir en la determinación de un embarazo en la adolescencia. Este paso incluyó una revisión bibliográfica y la realización de Grupos Focales (GFs) con el objetivo de conocer la percepción sobre el tema desde los y las adolescentes.

Con la información obtenida a partir de técnicas cualitativas se desarrollaron las cuatro fases del primer paso de Intervention Mapping: identificación de determinantes del comportamiento (personales y sociales), comportamientos asociados, problema de salud e impacto en la calidad de vida. Los cuales fueron el sustento para el desarrollo de la iniciativa.

Con la finalidad de caracterizar las condiciones en las que se presentan los riesgos del EA, durante la elaboración del protocolo del presente trabajo, se utilizaron diferentes fuentes de información, tales como: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, Cubos Dinámicos de Salud Poblacional, de los cuales se desprendieron los datos para dimensionar la problemática a partir de tasas y cifras globales.

La revisión bibliográfica se realizó bajo criterios de selección de estudios que no excedieran diez años de antigüedad desde su publicación; la búsqueda se efectuó con palabras clave en el idioma inglés: “adolescent pregnancy”, “prevention of adolescent pregnancy”, “contraceptive methods”, “contraceptive pill”, “adolescent sexual risk behavior”, “adolescent health behavior”, “health promotion in adolescence”, “positive youth development”, “adolescent salutogenesis” y sus traducciones al español, en buscadores como Pubmed, Scielo, BMJ, Biblioteca Central de la UNAM y Google Académico. De los resultados de búsqueda se obtuvo información que permitió cualificar los determinantes relacionados a los comportamientos de riesgo que se asocian al embarazo adolescente, así como de los factores protectores del mismo.

### Grupos focales:

Se realizaron cuatro grupos focales, con el objetivo de hacer una exploración de los conocimientos, las creencias y los significados de las y los estudiantes. Se hicieron dos con participantes varones (n=16) y dos con mujeres (n=16) adolescentes de la escuela secundaria “Rosario Castellanos”. Se hizo una invitación entre los y las estudiantes de tercer grado, entre 14 y 16 años de edad, se informó sobre el objetivo del estudio y se solicitó su consentimiento informado por escrito: las y los estudiantes que desearon participar por voluntad propia, fueron seleccionados. La información se transcribió y procesó mediante el software *Atlas.ti* versión 7, con el que se codificó y sistematizó. El análisis se realizó con base en la Teoría Fundamentada<sup>21</sup>, el cual permitió ordenar la información de acuerdo a categorías.

### ***Paso 2. Preparación de las matrices de los objetivos de cambio***

El primer paso sobre la evaluación de las necesidades, permitió esquematizar los determinantes y los comportamientos de riesgo asociados al embarazo adolescente, con lo cual se diseñó la meta para el diseño de la iniciativa: *Fortalecer la habilidad de toma de decisiones y autoestima, y con base en él se diseñaron los objetivos de desempeño y los objetivos de cambio de comportamiento, con los que se elaboraron las acciones para disminuir el riesgo de experimentar un embarazo en la adolescencia.*

### ***Paso 3. Selección de intervenciones basadas en teorías, métodos y estrategias prácticas***

Considerando que la aproximación al problema de salud se desarrolló a partir de los significados y las creencias, se utilizó el Modelo de Creencias en Salud.

El Modelo de Creencias en Salud está compuesto por cuatro dimensiones, las cuales se conjugan con la finalidad de explicar la percepción que promueve la ejecución de un comportamiento relacionado con la salud de los individuos<sup>22</sup>.

En el presente trabajo, el modelo se utilizó para enmarcar el diseño de las acciones, con la finalidad de explicar la percepción que el grupo de adolescentes

presentan sobre las dimensiones del Desarrollo Positivo Adolescente, como una manera de fortalecer las actividades que permiten aumentar las probabilidad de desarrollar comportamientos saludables<sup>23</sup>.

Los componentes del Modelo de Creencias en Salud son: barreras percibidas, beneficios percibidos, severidad percibida y susceptibilidad percibida. La primera, relacionada con el conjunto de obstáculos que las y los adolescentes identifican para llevar a cabo una toma de decisiones que se vincule con comportamientos de salud, así como con las dificultades que observan para desarrollar una buena autoestima. La segunda, sobre los beneficios que tendría el desarrollo de habilidades como la toma de decisiones y las ventajas de incrementar la autoestima, ambas enfocadas a los hábitos saludables. La severidad percibida, se vincula con la estimación del problema de salud, así como con las consecuencias que éste puede traer consigo; la susceptibilidad percibida, se relaciona con la posibilidad de experimentar el problema de salud o de identificarse como población en riesgo<sup>22</sup>.

### **Desarrollo positivo adolescente**

La adolescencia se refiere al periodo comprendido entre los 12 y los 19 años de edad. El concepto también incluye la percepción de la adolescencia como una etapa crítica en la que los cambios físicos, mentales y emocionales se sitúan como algunas de las principales características. Tal concepción ha sido discutida desde distintos enfoques que la promueven como un periodo de transición, en el cual, la persona construye su identidad, y puede estar acompañado de distintas crisis, tanto familiares, emocionales, como sociales<sup>24</sup>. Pero también ha sido considerada como una etapa donde existen oportunidades de bienestar, según las potenciales destrezas y habilidades de los y las adolescentes.

Se utilizó el enfoque Desarrollo Positivo Adolescente<sup>23</sup>, que visualiza el fortalecimiento de la autoestima, el autoconocimiento, la tolerancia a la frustración, la toma de decisiones, el manejo de las emociones y las habilidades sociales, como las principales áreas de oportunidad en el curso de la adolescencia<sup>25</sup>. Las

áreas que el DPA promueve son definidas también como activos en salud, los cuales representan los recursos con los que cuenta una persona para alcanzar el bienestar y, a su vez, prevenir los comportamientos de riesgo asociados a los problemas de salud<sup>25</sup>.

Las iniciativas en DPA promueven la participación de la comunidad en la identificación de los activos en salud<sup>25</sup>, como una herramienta capaz de lograr la apropiación de los activos, en espera de lograr la sostenibilidad de sus iniciativas.

#### ***Paso 4. Elaboración de los componentes y materiales del programa***

El diseño de las acciones a implementar, así como la selección de los temas a tratar durante las sesiones se realizó con base en el enfoque del Desarrollo Positivo en los Adolescentes, teniendo en cuenta el papel que ocupan los activos en salud para la prevención y promoción de la salud.

Se elaboraron siete sesiones, con una duración de 60 minutos cada una. Cada sesión cuenta con una carta descriptiva y con las actividades basadas en el incremento de habilidad para la toma de decisiones y la autoestima (Anexo 1).

Las acciones se concentraron en una matriz de cambio, en la cual se colocaron las propuestas y los materiales a utilizar, resultado de las propuestas elaboradas en conjunto con la comunidad adolescente.

Para conocer el apego de los materiales, su realización y la aceptabilidad de los mismos, se utilizó una evaluación de proceso (Anexo 2), en la que se contempló la realización y la asistencia a las actividades, así como la claridad de las instrucciones, explicación del objetivo de cada sesión, concordancia entre la conclusión de las actividades y las instrucciones, aclaración de dudas, respeto en las sesiones, utilidad de la información y del aprendizaje.

### ***Paso 5. Planeación de la adopción del programa, implementación y sustentabilidad***

Para llevar a cabo la implementación del programa se siguieron tres etapas de aproximación con la escuela secundaria. En la primera, se realizó un acercamiento durante el mes de noviembre del 2015 con las autoridades de la institución, para presentar el proyecto y solicitar el apoyo para la implementación.

Debido al tiempo de revisión del proyecto por parte del Comité de Ética del INSP, y para no perder el contacto y entusiasmo de la dirección de la escuela. Se presentó la oportunidad de ser facilitador para un taller piloto en los grupos “F”, “I” y “J”, cuyo abordaje estuvo diseñado para fortalecer la cohesión grupal y la comunicación asertiva.

Una vez que se contó con la aprobación del Comité de Ética del INSP, se inició la segunda etapa de implementación del programa, en la cual se realizaron los grupos focales y el diseño de las sesiones.

En la tercera etapa se implementó la intervención. Previo consentimiento de las autoridades y con el acuerdo de realizar el taller completo con el grupo control, una vez aplicado el post test un mes después de finalizar con el grupo de implementación.

Componente cuantitativo:

### ***Paso 6. Planeación de la evaluación***

Se utilizaron las siguientes escalas para la evaluación del DPA: Planeación y toma de decisiones (Anexo 3), Manejo emocional (Anexo 4) y Autoestima (Anexo 5)<sup>26</sup>, las cuales incluyeron medición de los cambios en cada uno de los activos en salud.

En el primer caso, la escala para evaluar la planeación y toma de decisiones está validada y su fiabilidad ha sido probada mediante alpha de cronbach, está conformada por 8 ítems, cuyas respuestas se organizan en una escala de likert con siete opciones que tienen como objetivo medir la

autopercepción de los y las adolescentes sobre sus mecanismos para planear y ejecutar la toma de decisiones<sup>26</sup>.

La escala de manejo emocional está conformada por 24 ítems, cuyas respuestas se organizan en una escala de likert con cinco opciones que tienen como objetivo medir tres dimensiones del manejo emocional: la atención a los sentimientos, la claridad emocional y la reparación de las emociones<sup>26</sup>.

La escala de autoestima está conformada por 10 ítems, cuyas respuestas se organizan en una escala de likert con cuatro opciones que tienen como objetivo medir por centiles la autoestima<sup>26</sup>.

## **6. Consideraciones éticas**

El proyecto de titulación fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública. El manejo de los datos se realizó por códigos para conservar el anonimato de las personas informantes y sólo se usaron para los fines de este proyecto.

Para los grupos focales fue solicitado el consentimiento informado. Para los dos grupos (intervención y control), se elaboró una carta de asentimiento para los estudiantes (Anexo 6) y una carta de consentimiento informado escrito para los padres (Anexo 7), donde se solicitó el espacio para el trabajo de las sesiones, se explicó la utilidad técnica de los cuestionarios a implementar y la utilidad técnica de las fotografías, las cuales ilustraron gráficamente el curso de las sesiones educativas.

Respecto a las sesiones que se tenían programadas con el grupo control, sólo fue posible implementar las primeras dos del taller de toma de decisiones, ya que las actividades de evaluación final se modificaron y el calendario escolar terminó cuando se estaba programando la sesión número tres.

## **7. Resultados**

### **Paso 1. Evaluación de necesidades**

Las necesidades identificadas por el grupo de adolescentes se enmarcaron en dos ejes temáticos: el primero, relacionado con los problemas de salud y los comportamientos de riesgo asociados a estas problemáticas; el segundo, basado en el enfoque del DPA, en el cual se estima como uno de los principales aportes la identificación de las áreas que pueden potenciar el desarrollo adecuado y saludable de las y los adolescentes. Por lo tanto, se realizó una búsqueda de los comportamientos saludables que, según la percepción de cada participante, realizan quienes llevan una vida sana.

### ***Análisis del comportamiento y sus determinantes***

En los grupos focales (GFs) realizados con las mujeres adolescentes se identificaron como principales problemas de salud: “embarazarse a corta edad”, “meterse en adicciones” y “no alimentarse sanamente”. En los GFs realizado con hombres, el embarazo adolescente se situó en segundo lugar, ya que los varones puntualizaron sobre el “meterse en adicciones” como el principal problema de salud.

Las participaciones relacionadas con las posibles causas y consecuencias del EA fueron diferentes en el grupo de mujeres, comparadas con el grupo de hombres. En el primero, se abordaron de manera espontánea, ya que la relación que establecieron las adolescentes entre el problema, sus causas y consecuencias, se expresó sin la necesidad de que fuera sugerida como una propuesta del facilitador. En el grupo de los adolescentes mencionaron el embarazo como un problema de salud, pero no profundizaron al respecto, hasta que fue sugerido como un punto a reflexionar, contando con la aceptación y los aportes reflexivos sobre este problema para los adolescentes.

Para un mejor abordaje del problema se describen las causas en dos tipos: factores personales y del ambiente (es decir del contexto donde se desenvuelven los y las adolescentes).

### **A) Factores personales**

Respecto a la percepción que mostraron sobre los factores que influyen en el EA, ambos GFs de hombres y mujeres resaltaron los siguientes comportamientos:

a) Actuar sin pensar en las consecuencias que pueden tener sus acciones en la vida sexual (referida como falta de fuerza de voluntad, y explicada como la capacidad de actuar de acuerdo a lo que *“tú quieres, cómo quieres lograrlo y por qué”*); al respecto se mencionó:

*“Podría ser que lo haces (refiriéndose a las relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos) pensando que no pasa nada porque tus papás te dan todo y no piensas en las consecuencias”.*  
Manuel, 15 años

b) La influencia que tienen los pares fue mencionado en ambos grupos. Los varones *“creen que son más importantes si logran acostarse con una chava”* y para las mujeres la situación se promueve para sentir que ya adquieren cierta madurez, y fue expresado así: *“a veces, las amigas también se sienten grandes (relacionado como adultez) cuando ya tuvieron relaciones sexuales”*, lo que en ocasiones tiene como resultado la aceptación para su grupo de pares;

*“A veces también está mal cuando te dejas llevar por lo que dicen tus amigos y ellos a veces no saben lo que es bueno para ti”.*  
Marcos, 16 años

c) El bajo uso de métodos anticonceptivos (que se manifestó en el grupo de mujeres como un acto que los hombres *“justifican”* diciendo que *“no se siente lo mismo”*); las mujeres refirieron falta de capacidad para negociar con la *“presión por parte de los chavos para tener relaciones sexuales”*, ya que los perciben como *“con más experiencia y habilidad para ejercer presión”*. El grupo de hombres no identificó la presión como un aspecto involucrado en el no uso de preservativo.

d) La falta de comunicación que existe entre los padres y las adolescentes, que concluye en una decisión enmarcada en el desconocimiento, el temor y la falta de apoyo.

*“Una vez nos tocaba hacer un cartel de métodos anticonceptivos y nosotros teníamos que llevar a cabo como una experimentación de cómo meter el condón en el pene. Entonces lo que hicimos fue ir a casa de una amiga y, pues, lo empezamos a hacer con plastilina y o metimos al refri y después la mamá de la chava lo vio y se molestó, y dijo que eso no le parecía bien porque sentía que nos estaban empujando a hacerlo (refiriéndose a tener relaciones sexuales). Pero no es así, en realidad nos están informando”. Ana, 15 años*

Resaltaron el papel de la información sobre los métodos anticonceptivos, destacando la existencia del acceso al conocimiento de las causas y consecuencias, sin embargo, resulta poco efectivo porque existen otros factores que influyen en el “no uso de los métodos anticonceptivos”. Los adolescentes mencionaron dos áreas individuales que influyen en el comportamiento: falta de voluntad para usar el condón, y falta de comunicación con la pareja. Al respecto, las adolescentes mencionaron que es posible que los varones tengan mayor habilidad para ejercer presión en las mujeres, porque es más común que ellos ya sean sexualmente activos y sepan cómo convencer a la mujer.

*“El problema no es la falta de información, ahorita ya hay mucha; el problema es la falta de voluntad”. Luis, 15 años*

También se buscó identificar las causas de los comportamientos que influyen en el EA. En los aspectos individuales las participaciones señalaron: a) poca habilidad para decidir conforme a lo que quieren para realizar su proyecto de vida, b) baja autoestima, c) no contar con un plan de vida, d) bajo autoconocimiento, y e) las creencias sobre los roles sociales que asumen.

*"No conocernos, no saber lo que nos gusta, ni lo que queremos en un futuro, no plantearse un plan de vida y no saber qué situaciones me ponen en riesgo de no lograrlo, no analizar las cosas, ni saber los contras de las cosas que hacemos". Marytza, 16 años*

Por otro lado, al indagar sobre los factores que intervienen para el desarrollo de comportamientos saludables, los cuales aumentan la probabilidad de una mejor calidad de vida. Ambos grupos identificaron: a) "hacer deporte", b) "descubrir algún talento", c) "estudiar", como los principales comportamientos saludables para un adolescente. Mencionaron que para poder realizarlos es necesario contar con: a) confianza en sí mismos, b) no hacer caso a las opiniones negativas de los demás, c) no dejarse influir por los amigos.

*"Creer en sí mismo, creer que uno puede, sin importar las opiniones de los demás, que no te afecte que te digan que no sabes o que no puedes". Carlos, 15 años.*

## **B) Factores del ambiente**

Enmarcaron como principales factores del entorno que influyen en el EA: a) el abandono familiar, explicado como la ausencia de una relación de confianza, o incluso la falta de atención a los intereses y las necesidades propias de esta etapa por parte de la familia nuclear, b) la falta de información de los padres, relacionada con la educación sexual, c) la aceptación del EA en redes sociales, y d) la religión.

En el abandono familiar, resaltaron el papel ausente que tienen los padres y las madres en la enseñanza de la responsabilidad y la voluntad (que explican como la capacidad para tomar decisiones a favor de su bienestar), además de la necesidad de comunicación y apoyo. Se explicitó que el apoyo que buscan es

principalmente emocional, así como la muestra de interés por las actividades que realizan. Destacaron la importancia de dicho soporte como un factor que puede contribuir al desarrollo de actividades saludables.

*“El problema de que no estén los padres es que son los que te enseñan responsabilidad y a tener fuerza de voluntad y a decir “no” cuando no quieres hacer algo”. Raúl, 15 años*

La falta de información de los padres fue enunciada como una situación que provoca que las y los adolescentes se encuentren desorientados, dada la prohibición referente a la educación sexual y al inicio de la vida sexual. No obstante, hay una aceptación del embarazo adolescente por parte de los mismos. Se mencionó que entre los adultos existe una percepción que parece ver el EA como una situación no deseable, pero una vez que sucede, se convierte en “algo normal”, e incluso toman un nuevo rol en la crianza de los infantes. En el mismo sentido, se señaló el papel que ocupan los estereotipos, al ser transmitidos por los padres a través de los roles que son inculcados desde la infancia; mencionaron que mientras a las mujeres se les enseña a ser mamás y amas de casa, a los hombres se les adjudican diferentes obligaciones que los despojan de responsabilidad sobre su vida sexual. Por ejemplo, las relacionadas con las consecuencias en el uso del preservativo y las referentes a las consecuencias de un embarazo adolescente.

*"A las niñas particularmente las enseñan desde que nacen: te vas a casar, vas a ser madre de familia, te compran los muñecos, los trastecitos... ¡para eso vas!... y creo que eso influye mucho en lo que tú piensas y para lo que vas a querer de tu futuro". Daniela, 15 años*

En el grupo de hombres, no se señaló directamente hacia los estereotipos, pero se mencionó la necesidad de sentirse aceptado por sus pares, como una muestra de que es capaz de confirmar su masculinidad, a través de su primera

experiencia sexual, ya que de no lograrlo, el adolescente puede ser separado de su grupo de pertenencia.

El tercer factor mencionado, “la difusión del EA en redes sociales”, se explicó como una nueva forma en la que la sociedad contribuye a la aceptación del EA, además de convertirse en una promoción de alto alcance, dada la susceptibilidad que tienen los y las adolescentes a la influencia de las redes sociales.

*“La noticia de que una amiga de la secundaria quedó embarazada puede ser vista por cientos de personas en pocos minutos y ahí es fácil ver los comentarios que la gente les pone, como si de verdad estuvieran felices de que va a tener un bebé”.* Elena, 15 años

Las adolescentes refirieron a la religión como instrumento de reproducción de desigualdad de género, la cual desempeña un papel importante en la percepción que se genera sobre las responsabilidades que “tienen” las mujeres en la prevención del EA, ya que en ella se sugiere una “culpabilidad” directa sobre lo que “deberían” hacer las adolescentes para “no provocar” al hombre o, dado el caso, “obligarlo” a utilizar un preservativo. Estas expresiones agudizan el rol de la mujer de responsabilidad, sometimiento y culpa en cuando a su sexualidad.

*“La religión también influye en que la mujer es vista como una tentación, o luego ese ejemplo de que Eva mordió la manzana y ella es la tentación y el hombre fue a la tentación. Eso es lo que la sociedad enseña”.* Luisa, 15 años

Por último, también se resaltó el lugar que ocupa la religión en la educación de los padres. Se hizo mención de las “normas” que son vistas como una “guía” del comportamiento y las repercusiones que tiene cuando se presenta un caso de EA.

*"Yo estudiaba en un lugar que era así (de costumbres religiosas), era un pueblo. Tengo una compañera que desde primer grado quedó embarazada y la casaron sus padres". Ofelia, 15 años*

Los resultados de los grupos focales se cotejaron con los resultados de la revisión bibliográfica y se esquematizaron a través del modelo lógico del problema de salud, elaborado con las participaciones de los grupos focales de adolescentes, con lo que se busca establecer un orden coherente, en el cual se describen cuáles son los determinantes internos y externos que pueden influir en el comportamiento de los adolescentes y la posibilidad de un embarazo en esta etapa de la vida, con la finalidad de identificar en qué determinante del comportamiento se tienen que elaborar los objetivos de cambio y las acciones para incidir en la resolución del problema de salud .

**Tabla 3. Modelo lógico del problema de salud elaborado a partir de los grupos focales**

**Fase 4** Determinantes de los factores del comportamiento  
(¿Por qué?)

**Determinantes internos**

- Baja habilidad para tomar decisiones saludables
- Baja autoestima
- "No conocernos, no saber lo que nos gusta, ni lo que queremos en un futuro, no plantearse un plan de vida y no saber qué situaciones me ponen en riesgo de no lograrlo, no analizar las cosas, ni saber los contras de las cosas que hacemos"

**Determinantes externos**

- Creencias (roles sociales): "A las niñas particularmente las enseñan desde que nacen: te vas a casar, vas a ser madre de familia, te compran los muñecos, los trastecitos... ¡para eso vas!... y creo que eso influye mucho en lo que tú piensas y para lo que vas a querer de tu futuro"

**Fase 3** Comportamiento  
(¿Qué comportamiento influye?)

**Factores del comportamiento**

- "Actuar sin pensar en los beneficios o contras de tus acciones"
- Actuar bajo la influencia de pares en los adolescentes (hacer las cosas con el objetivo de pertenecer a un grupo de pares)
- Bajo uso de métodos anticonceptivos en adolescentes

**Fase 2** Problema de salud  
(¿Cuáles son los problemas de salud?)

**Problemas de salud**

- "Embarazarse a corta edad"
- "Complicaciones en la salud de la madre por la edad que tiene"

**Fase 1** Calidad de vida  
(¿Cómo afecta el problema de salud a la calidad de vida?)

**Indicadores de la calidad de vida**

- "Se queda su vida trunca, porque luego ya ninguno de los dos (refiriéndose a las y los adolescentes) estudia"
- "La vida que le van a dar, ese hijo va a repetir un patrón porque la mamá no ha completado su desarrollo"
- "Cuando la chava dice que está embarazada el chavo se va"

**Fase 4** Determinantes de los factores del entorno (Por qué?)

**Determinantes internos**

- Bajo nivel educativo de los padres

**Determinantes externos**

- Religión  
"La religión también influye en que la mujer es vista como una tentación, o luego ese ejemplo de que Eva mordió la manzana y ella es la tentación y el hombre fue a la tentación"
- Problemas familiares

**¿Qué factores en el entorno influyen o causan tanto el comportamiento de riesgo como el problema de salud?**

- Que los padres no te enseñen a ser responsable y tener fuerza de voluntad
- Que los padres no confíen en ti y no tengan buena comunicación contigo
- "También puede ser de que la mujer es vista como culpable de que los hombres no se cuiden"

Fuente: Elaboración propia

Para identificar las capas que están involucradas como determinantes del comportamiento a nivel ambiental, se utilizó la Teoría ecológica<sup>27</sup> y su enfoque de aproximación a los determinantes que permite ubicar su interacción con el micro, meso y macro sistema. En el primer caso, se enuncian dimensiones personales desarrolladas durante la adolescencia y se observa que los adolescentes enunciaron los mismos recursos mentales que se encontraron en la literatura. En el segundo caso, las opiniones en los grupos focales sólo coincidieron en la influencia que tienen los pares y en la falta de información de los padres, sin embargo, no mencionaron la violencia intrafamiliar, aunque refirieron el abandono familiar como una posible causa del EA. Por último, en la literatura (Anexo 8) se mencionan determinantes estructurales, de los cuales no se mencionó ninguno durante los GFs. Además, en éstos últimos se mencionó un aspecto que resultó nuevo en el abordaje del tema: el papel que tienen las redes sociales en la aceptación del EA.

**Tabla 4. Determinantes del problema de salud desde teoría ecológica**

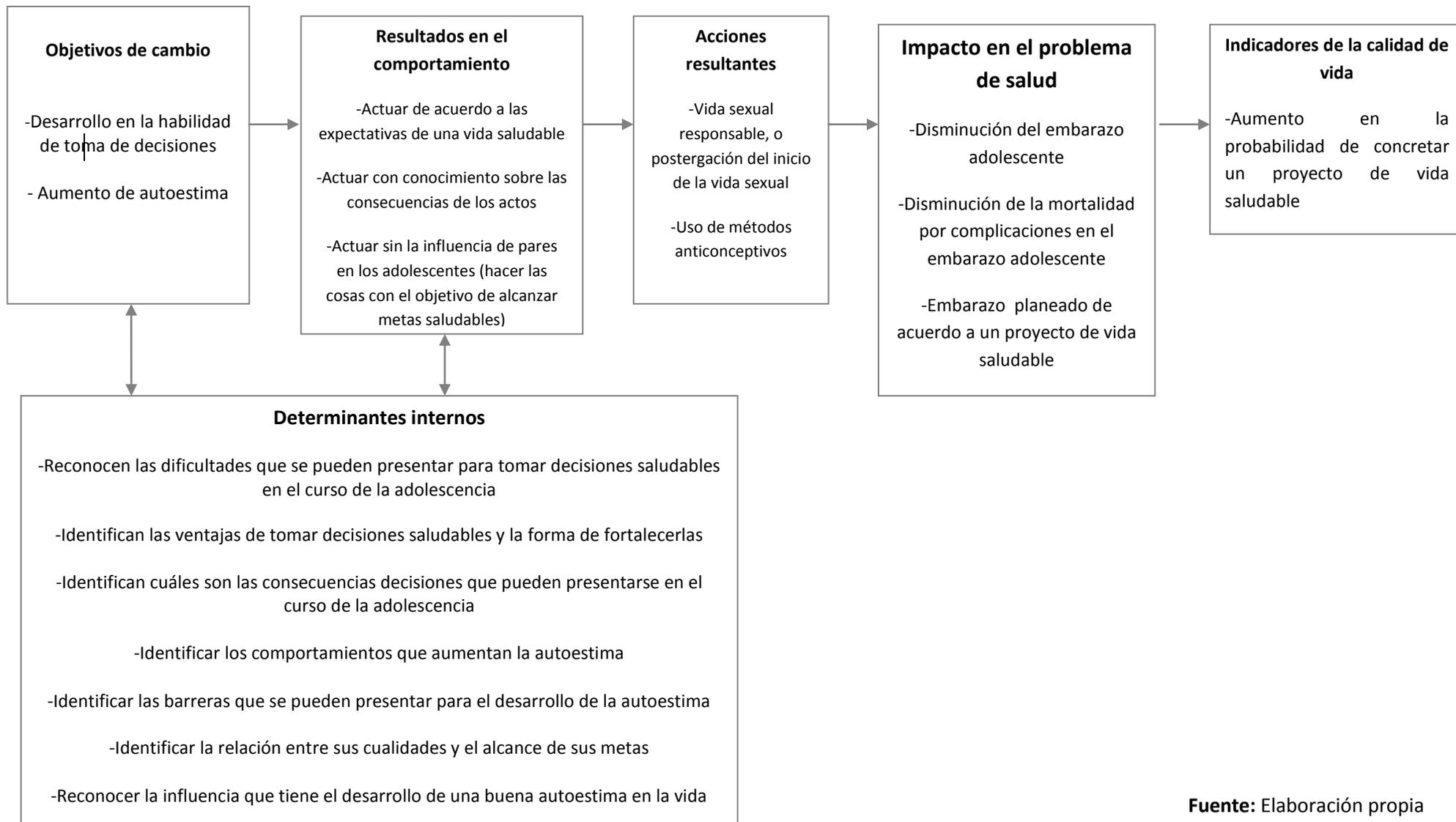
Teoría ecológica	Literatura	Grupos focales
<b>Determinantes de microsistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja habilidad en la toma de decisiones saludables</li> <li>• Bajo desarrollo en la habilidad de comunicación asertiva</li> <li>• Baja habilidad en el manejo de las emociones</li> <li>• Falta de proyecto de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja habilidad en la toma de decisiones saludables</li> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Baja habilidad en el manejo de las emociones</li> <li>• Falta de proyecto de vida</li> </ul>
<b>Determinantes de mesosistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influencia de pares en el inicio de la vida sexual</li> <li>• Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la decisión de iniciar la vida sexual para salir de casa</li> <li>• Falta de información de los padres, relacionada con educación sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandono familiar</li> <li>• Falta de información de los padres, relacionada con educación sexual</li> <li>• Influencia de pares</li> </ul>
<b>Determinantes de macrosistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobreza</li> <li>• Bajo nivel educativo</li> <li>• No existen políticas públicas que regulen la educación sexual en menores de 15 años</li> <li>• Tradiciones y creencias ligadas al EA</li> <li>• Sobre-estimulación en contenidos de sexualidad explícita en los medios de comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La influencia que tienen los roles sociales</li> <li>• Los padres de familia repiten patrones de EA (modelos que incentivan el EA)</li> <li>• Aceptación del EA en redes Sociales</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

Tanto en el modelo lógico del problema de salud, como en la comparación de los determinantes encontrados en GFs y literatura se observó que la toma de decisiones y la baja autoestima son factores que se sitúan como determinantes clave en los comportamientos de riesgo asociados al EA. En el primer caso, se menciona como un proceso capaz de proporcionar a las y los adolescentes la facultad para tomar elecciones de acuerdo a un proyecto de vida saludable, el cual incluya un conocimiento de las posibles consecuencias de sus acciones. En el segundo caso, señalan que la baja autoestima es un elemento clave en la identificación que se tiene con los grupos de pares, los cuales podrían fungir como promotores de comportamientos de riesgo, pero que al existir una buena autoestima, se reducen las probabilidades de atender las demandas de los grupos que los colocan en situaciones que pueden poner en peligro la concreción de un proyecto de vida saludable.

Por lo anterior, se elaboró la figura del modelo de cambio del comportamiento, en la cual se describen los objetivos de cambio y la secuencia que podría tener el incremento de la habilidad para tomar decisiones y una buena autoestima, con lo cual, se identifica el impacto que tendría en la reducción del riesgo de experimentar un EA.

**Figura 1. Modelo de cambio del problema de salud**



**Fuente:** Elaboración propia

## Paso 2. Preparación de las matrices de los objetivos de cambio

Se definió como meta de la iniciativa: *Fortalecer la habilidad de toma de decisiones y autoestima en estudiantes de tercer grado de secundaria*, para lo cual se requiere que las y los adolescentes identifiquen y practiquen un conjunto de acciones específicas, las cuales serán definidas como Objetivos de desempeño, que serán cruzados en las Matrices con los determinantes del DPA y el Modelo de Creencias en Salud, que generarán los ya mencionados Objetivos de Cambio.

Tabla 5. Objetivos de desempeño y cambio para aumentar la toma de decisiones y la autoestima

Objetivos de desempeño	DPA	Objetivos de cambio
<b>Estudiantes desarrollan la habilidad de toma de decisiones</b>	<b>Toma de decisiones</b>	Reconoce las dificultades que se pueden presentar para tomar decisiones saludables en el curso de la adolescencia
		Identifica las ventajas de tomar decisiones saludables y la forma de fortalecerlas
		Identifica cuáles son las consecuencias de las decisiones que pueden presentarse en el curso de la adolescencia
<b>Los estudiantes reconocen el concepto de autoestima y las formas de fortalecerla</b>	<b>Autoestima</b>	Reconoce los comportamientos que aumentan el autoestima
		Identifica las barreras que se pueden presentar para el desarrollo del autoestima
		Conoce la relación entre sus cualidades y el alcance de sus metas
		Reconoce la influencia que tiene el desarrollo de una buena autoestima en la vida

Fuente: Elaboración propia

### **Paso 3. Selección de métodos teóricos y actividades**

La promoción de las dimensiones del DPA<sup>18</sup> permite fortalecer las habilidades mentales, perceptuales, emocionales y prácticas para ejecutar comportamientos ligados a la salud, con los cuales es posible disminuir los comportamientos de riesgo asociados al EA. Los estudios revisados sobre la habilidad para tomar decisiones se enfocan en el desarrollo de las facultades del pensamiento que están involucradas a nivel psicológico en el funcionamiento para la ejecución de la misma: análisis, pensamiento lógico, discriminación, planeación y concreción. Cabe señalar que tales funciones, se enmarcan dentro de las fases de desarrollo de la Teoría psicogenética<sup>28</sup>, que sitúa a los y las adolescentes en un periodo propicio para el fortalecimiento de la habilidad para tomar decisiones.

De la misma manera, el autoestima ha sido relacionado como un predictor de los comportamientos saludables y como un determinante del DPA que reduce las posibilidades de exposición a un problema de salud como el EA, ya que proporciona una autopercepción de capacidad para ejercer comportamientos de autocuidado y fomentar la génesis de las expectativas de una vida saludable<sup>18</sup>.

Como ya fue mencionado se eligió el Modelo de Creencias en Salud<sup>22</sup>, ya que el fundamento de la presente iniciativa se centra en las creencias y los conocimientos de los adolescentes y los principales componentes de la toma de decisiones y la autoestima se abordarán desde las barreras percibidas para tomar decisiones saludables o tener una buena autoestima, los beneficios de las decisiones saludables y la buena autoestima y la severidad de ambos conceptos.

También fueron considerados para las estrategias pedagógicas, elementos de la Teoría Constructivista<sup>28</sup>, el Aprendizaje Psicosocial<sup>29</sup> y la Teoría Social Cognitiva<sup>30</sup> (TSC) con el propósito de comprender los distintos componentes del proceso de aprendizaje, en el que se observan los conocimientos y la percepción previa de las y los adolescentes, para proyectar la construcción de nuevos esquemas.

Para el diseño de las sesiones, se integraron el concepto de acomodación de la Teoría Constructivista<sup>28</sup>, que refiere la posibilidad de integrar nuevos aprendizajes a los conceptos preestablecidos por los participantes. Además, se consideró el concepto modelaje, tomado de la TSC, en la cual lo describe como el proceso de incorporación del aprendizaje y la replicación de comportamientos a través de un modelo que facilita la identificación de las prácticas saludables<sup>30</sup>. Por último, se utilizó el enfoque del aprendizaje significativo<sup>29</sup>, con el cual se busca que el proceso de incorporación del conocimiento de las y los adolescentes sea con base en una participación activa y mediante la construcción personal de materiales significativos que facilitan la comprensión de los temas<sup>29</sup>.

Tabla 6. Objetivos de desempeño, constructos teóricos, objetivos de cambio, estrategias teóricas y actividades

Objetivos de desempeño	DPA	Modelo de Creencias en Salud	Objetivos de cambio	Estrategia pedagógica	Actividades
Estudiantes desarrollan la habilidad de toma de decisiones	Toma de decisiones	Barreras percibidas	Reconoce las dificultades que se pueden presentar para tomar decisiones saludables en el curso de la adolescencia	Modelaje	Aprendizaje activo por medio de la técnica de <i>fotovoz</i>
		Beneficios percibidos	Identifica las ventajas de tomar decisiones saludables y la forma de fortalecerlas	Persuasión	Redacción de una historia basada en la técnica de la narratología
		Severidad percibida	Identifica cuáles son las consecuencias de las decisiones que pueden presentarse en el curso de la adolescencia	Práctica guiada	Elaboración de una "cápsula de radio"
Los estudiantes reconocen el concepto de autoestima y las formas de fortalecerla	Autoestima	Conocimiento	Reconoce los comportamientos que aumentan el autoestima	Modelaje	Demostración pictórica con la técnica "El árbol de las fortalezas"
		Barreras percibidas	Identifica las barreras que se pueden presentar para el desarrollo de la autoestima	Modelaje	Elaboración de un guion de Podcast, basado en la socialización del conocimiento
		Beneficios percibidos	Conoce la relación entre sus cualidades y el alcance de sus metas	Persuasión	Redacción de una historia basada en la técnica de la narratología
		Beneficios percibidos	Reconoce la influencia que tiene el desarrollo de una buena autoestima en la vida	Práctica guiada	Taller de elaboración de "Podcast"

Fuente: Elaboración propia

#### **Paso 4. Elaboración de los componentes y materiales del programa**

La iniciativa se distribuyó en siete sesiones con una duración de 60 minutos cada una. Los objetivos de cambio, las sesiones y los materiales desarrollados se adaptaron a los recursos económicos y temporales con que se dispuso.

Como ya fue mencionado, se elaboró una carta descriptiva para cada sesión, con la finalidad de que el programa pueda ser replicado en instituciones de salud o educativas; por ejemplo, como parte de los programas que la Secretaría de Salud implementa en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y en la promoción a la salud en los jóvenes. Se recomienda que la persona (facilitadora del programa) esté vinculada a las áreas afines a la salud pública para una implementación adecuada.

Las sesiones se implementaron durante los meses de marzo y abril, dentro de las instalaciones de la escuela.

**Tabla 7. Sesiones para el fortalecimiento de la toma de decisiones y la autoestima**

<b>Sesión</b>	<b>Temas</b>	<b>Implementación</b>
✓ <b>Sesión educativa sobre la toma de decisiones I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Qué es la habilidad para tomar decisiones?</li> <li>✓ ¿Qué decisiones toman los adolescentes?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aprendizaje activo por medio de la técnica de <i>fotovoz</i></li> <li>✓ Modelos con imágenes</li> </ul>
✓ <b>Sesión educativa sobre la toma de decisiones II</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Cómo se toman las decisiones saludables?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Técnica de aprendizaje activo basada en la teoría de la narratología</li> </ul>
✓ <b>Taller de elaboración de "Cápsula de radio"</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Beneficios de las decisiones saludables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aprendizaje activo por medio de la incorporación del conocimiento a través de la retransmisión del mismo</li> </ul>
✓ <b>Taller de fortalecimiento de la toma de decisiones y escucha de "Cápsula de radio"</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Qué cualidades pueden fortalecer la toma de decisiones?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Modelamiento guiado por las cualidades de los pares</li> </ul>
✓ <b>Sesión educativa sobre Autoestima</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Qué es el autoestima?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aprendizaje activo por medio de la incorporación del conocimiento a través de la retransmisión del mismo</li> </ul>
✓ <b>Sesión educativa sobre autoestima II</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar la relación entre las cualidades y el alcance de metas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Técnica de aprendizaje activo basada en la teoría de la narratología</li> </ul>
✓ <b>Taller de elaboración de "Podcast"</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Cuál es la importancia de tener una buena autoestima?</li> <li>✓ Relación del autoestima con el alcance de un proyecto de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aprendizaje activo por medio de la incorporación del conocimiento a través de los modelos sociales a partir de su experiencia</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia

Sobre la realización de las sesiones, se llevaron a cabo las siete que se tenían contempladas, con una asistencia superior al 90%. Sobre la evaluación del proceso, se observó que los adolescentes puntuaron los siguientes aspectos dentro del rango de aceptabilidad (3 a 4 puntos): claridad de las instrucciones, explicación del objetivo de cada sesión, concordancia entre la conclusión de las actividades y las instrucciones, aclaración de dudas, respeto en las sesiones, utilidad de la información y del aprendizaje.

**Tabla 8. Evaluación de proceso de las sesiones**

Preguntas	Promedio de puntuación en respuestas
1.-Las instrucciones de las actividades fueron claras	3.70
2.-El guía explicó el objetivo de las actividades con claridad	3.70
3.-Las actividades se concluyeron de acuerdo a las instrucciones	3.93
4.-Mis dudas sobre el tema fueron aclaradas	3.77
5.-El guía de la sesión se dirigió con respeto hacia el grupo	4.00
6.-La información que recibí es útil para mí	3.73
7.-Aprendí algo nuevo	3.80

**Fuente:** Elaboración propia

## **Paso 5. Planeación de la adopción del programa, implementación y sustentabilidad**

- 1) Acercamiento durante el mes de noviembre del 2015 con las autoridades de la institución, para presentar el proyecto y solicitar el espacio. Los acuerdos logísticos que se establecieron fueron los siguientes: la escuela propuso el grupo del 3° grado "G" como grupo de intervención y al grupo 3° grado "H" como control.
- 2) Realización de los grupos focales y el diseño de las sesiones. Se elaboraron las cartas descriptivas y, en conjunto con las autoridades de la escuela, se presentó la iniciativa a adolescentes participantes, estableciendo en común acuerdo los horarios y los días de trabajo.
- 3) Aplicación de test para grupo de intervención (n=30) conformado por 20 hombres y 10 mujeres y con un promedio de edad de 14.6 años y para el grupo control (n=22) con 13 mujeres y 9 hombres e igual promedio de edad que el de intervención.
- 4) Implementación en el grupo de intervención seleccionado previo consentimiento de las autoridades y para el grupo control se realizaron 2 sesiones un mes después de la aplicación del post test.

**Cuadro 1. Distribución por sexo en el grupo de intervención y control**

	<b>Grupo de intervención</b>	<b>Grupo control</b>
<b>N</b>	30	22
<b>Hombres</b>	20	9
<b>Mujeres</b>	10	13
<b>Edad promedio</b>	14.6	14.6

**Fuente:** Elaboración propia

## **Paso 6. Planeación de la evaluación**

La evaluación se centró en los cambios existentes en la habilidad para tomar decisiones y la autoestima de las y los adolescentes participantes. Cabe señalar que en el diseño de las actividades se incluyó el fortalecimiento de la planeación como un área perteneciente a los procesos de toma de decisiones; por tal motivo, en la implementación de los cuestionarios se incluyó la pregunta “¿A qué edad te gustaría tener un hijo?”, con la finalidad de observar algún posible cambio en sus expectativas de convertirse en padres y madres en un futuro.

Para evaluar la intervención, se aplicaron los test de autoestima y toma de decisiones del DPA<sup>26</sup> en el grupo de intervención y en el grupo control, en dos ocasiones. La primera, como ya se mencionó, previo inicio de las sesiones educativas, y la segunda, cinco semanas posteriores al final de la última sesión.

Para la interpretación del test sólo se utilizan las puntuaciones globales que, en ambos casos, indican la proximidad al desarrollo promedio de la habilidad para tomar decisiones y el autoestima. El puntaje del pre test será considerado como el punto comparativo para la valoración del post test; por tanto, las observaciones que se desprenden de la evaluación, sólo corresponden a las modificaciones de los puntajes obtenidos en el post test y no a una clasificación de “buena o mala autoestima”.

A continuación, se presentan los resultados promedio obtenidos por el grupo, en cada ítem del cuestionario. Los puntajes en el grupo de intervención muestran un incremento en todos ítems, sin embargo, sólo existe significancia estadística en dos de ellos: “Cuando pienso en varias opciones, las comparo con detalle” y “Soy capaz de resolver problemas utilizando la lógica”. Mientras que para el grupo control no hubo ninguno con significancia estadística (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Puntaje obtenido del test de toma de decisiones, evaluación pre y post en el grupo de intervención y en el grupo control**

Preguntas	Intervención		Valor <i>P</i>	Control		Valor <i>P</i>
	Pre	Post		Pre	Post	
Le doy vueltas a la cabeza y lo analizo todo cuando estoy intentando resolver un problema	5.1	5.5	0.44	5.5	5.2	0.26
Me pongo manos a la obra cuando decido el tipo de trabajo que quiero hacer	5.2	5.5	0.62	5.8	5.8	0.86
Cuando pienso en varias opciones, las comparo con detalle	5	5.6	0.05	5.1	5	0.68
Me gusta planearlo todo antes de tomar una decisión definitiva	5	5.2	0.94	5.8	5.4	0.31
Soy capaz de diseñar un buen plan de acción cuando tengo que decidir algo importante relacionado con mis estudios	4.9	5.7	0.12	5.8	5.2	0.06
Considero todos los factores antes de tomar una decisión ante un problema	5.1	5.7	0.11	4.9	5.2	0.28
Utilizo la información que obtengo para descubrir diferentes soluciones a un problema	5	5.5	0.45	5.1	5	0.77
Soy capaz de resolver problemas utilizando la lógica	4.7	6	0.05	5.5	5.2	0.49

Fuente: Elaboración propia a partir de cuestionarios aplicados, 2016.

En el cuadro 3, se muestra la comparación de medias de grupos independientes en el grupo de intervención, la cual contiene una distribución normal y varianzas iguales, con una  $p < 0.05$ , lo cual indica que las diferencias en los resultados son estadísticamente significativas. El promedio de las respuestas para el test de toma de decisiones en las mujeres mostró un incremento de 8

puntos, con un valor  $p=0.1$ , lo que cual corresponde a un valor  $p > 0.05$ . Se realizó un análisis de potencia estadística de la prueba y se obtuvo un valor de 0.84, lo cual indica que con una muestra más grande, existe el 84% de probabilidad de detectar un efecto estadísticamente significativo en condiciones semejantes. En el grupo de hombres se observó un aumento de 4.8, lo cual representa la superación del puntaje obtenido en el pre test, con una  $p=0.1$  y una potencia estadística de 0.51, lo cual indica que una vez incrementado el número de la muestra, existe la probabilidad de 51% de detectar un efecto estadísticamente significativo.

Sin embargo, en el grupo control no fue observado un cambio estadísticamente significativo en ninguno de los valores de la media.

**Cuadro 3. Resultados totales del pre y post de la escala para la evaluación de la Toma de decisiones en el grupo de intervención y grupo control**

	Grupo de intervención					Grupo control				
	N	PRE Media	POST Media	Valor $P$	P	N	PRE Media	POST Media	Valor $P$	P
<b>Mujeres</b>	10	38	46	0.1	0.84	13	43	41.5	.48	.01
<b>Hombres</b>	20	40.9	45.7	0.1	0.51	9	44.1	42.6	.61	.01
<b>Total</b>	30	39.9	44.9	0.02	1	22	43.5	42	.37	.02

En el grupo de intervención el valor de significancia estadística fue de  $p < 0.05$ , en el grupo control fue de  $p > 0.05$ . Mientras que el valor de potencia estadística de la prueba fue  $P=1$  en el grupo de intervención y  $P=.02$  en el grupo control.

**Fuente:** Elaboración propia

En el grupo intervención, cuando se analizó sobre la edad a la que les gustaría ser padres y madres, se mostró una diferencia positiva de 0.34 años; es decir, su expectativa sobre la edad a la que les gustaría ser padres se postergó aproximadamente cuatro meses en el grupo de intervención. Sin embargo, la comparación de medias mostró una  $p > 0.05$ , lo cual indica que las diferencias en los resultados no son estadísticamente significativas. Mientras que para el grupo control, muestra una diferencia de 0.04 años ( $p > 0.05$ ), lo cual indica que las diferencias en los resultados no son estadísticamente significativas.

**Cuadro 4. Distribución de la escala para la evaluación de la autoestima**

Preguntas	Intervención		Valor <i>p</i>	Control		Valor <i>p</i>
	PRE	POST		PRE	POST	
<b>1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a</b>	3.07	3.1	0.88	3.23	3.14	0.70
<b>2. A veces, pienso que no sirvo absolutamente para nada</b>	2.83	2.93	0.69	2.95	2.91	0.85
<b>3. Creo tener varias cualidades buenas</b>	3.23	3.17	0.74	3.5	3.45	0.78
<b>4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas</b>	3.23	3.37	0.52	3.45	3.5	0.81
<b>5. Creo que tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a</b>	3.33	3.13	0.35	3.41	3.36	0.79
<b>6. A veces me siento realmente inútil</b>	2.87	2.77	0.67	2.73	2.91	0.53
<b>7. Siento que soy una persona digna de estima o aprecio, al menos en igual medida que los demás</b>	3.10	3.03	0.76	3.09	3.14	0.79
<b>8. Desearía sentir más aprecio por mí mismo</b>	2.17	2.43	0.30	1.95	2.14	0.83
<b>9. Tiendo a pensar que en conjunto soy un fracaso</b>	2.83	3.03	0.40	3.00	3.05	0.67
<b>10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a</b>	3.37	3.37	1.00	3.32	3.32	0.83

Fuente: Elaboración propia a partir de cuestionarios aplicados, 2016.

Para la evaluación de la autoestima (Cuadro 4), los ítems están agrupados en dos tipos de autopercepción: autovaloración positiva (ítems 1, 3, 4, 5, 7 y 10) y negativa (ítems 2, 6, 8 y 9). En el primer caso, se busca que los ítems aumenten su puntuación, ya que significa una mejora en la autopercepción de los adolescentes. En el segundo, se busca disminuir su puntaje, ya que los ítems se relacionan con la autopercepción desvalorizada. Los puntajes por ítems para ambos grupos no muestran cambios estadísticamente significativos.

En el cuadro 5, se describe el autoestima por sexo. En el grupo de intervención se realizó una comparativa de los resultados totales obtenidos en el pre y en el post test. La comparación de medias de grupos independientes mostró una distribución normal y varianzas iguales, con una  $p > 0.05$ , lo cual indica que las diferencias en los resultados no son estadísticamente significativas. El promedio

de las respuestas en hombres no tuvo diferencias en el pre y en el post test. El de mujeres mostró un aumento de 1 punto en la valoración de la escala de Likert. En el grupo control tuvo una  $p > 0.05$ , lo cual indica que las diferencias en los resultados no son estadísticamente significativas. En mujeres no hubo diferencias en el pre y en el post test; en el de hombres, la diferencia fue de aproximadamente 1 punto en la valoración de la escala de Likert.

**Cuadro 5. Distribución por sexo de la escala para la evaluación de la autoestima en el grupo de intervención**

	Grupo de intervención					Grupo control					
	N	PRE	POST	Valor <i>P</i>	P	N	PRE	POST	Valor <i>P</i>	Edad promedio	P
		Media					Media				
<b>Mujeres</b>	10	27.7	28.9	.62	.01	13	29.8	29.5	.85	14.5	.07
<b>Hombres</b>	20	31	31	.90	.06	29	31.9	33	.55	14.8	.01
<b>Total</b>	30	30	30	.80	.05	22	30.6	30.9	.83	14.6	.07

Fuente: Elaboración propia

En el grupo de intervención el valor de significancia estadística fue de  $p > 0.05$ . Mientras que el valor de potencia estadística de la prueba fue  $P=.80$  en el grupo de intervención y  $P=.07$  en el grupo control.

Se realizó el análisis del efecto de la intervención, a través del método de inferencia causal “diferencias en diferencias”<sup>31</sup>, con el cual se busca obtener el valor de la efectividad de la intervención, como una resultante de la comparación del grupo de intervención con el grupo control y el ajuste de las variables observadas y no observadas durante el trabajo desarrollado.

En los puntajes obtenidos en el test de toma de decisiones, se observó que en el ajuste por edad, sexo y variabilidad no observada existió un efecto positivo de 6.33 unidades, lo que significa que hubo un impacto mayor al observado cuando sólo se ha valorado la media entre los grupos. El cual se considera un efecto estadísticamente significativo.

**Cuadro 6. Análisis del efecto en el test de toma de decisiones ajustado por edad, sexo y variabilidad no observada, en el grupo de intervención comparado con el grupo control**

<b>Resultados en TD</b>	<b>Coeficiente</b>	<b>Error estándar</b>
<b>Efecto</b>	6.33	2.89
<b>Sexo</b>	2.34	1.51
<b>Edad</b>	-1.45	1.19
<b>Intervención</b>	-4.06	2.08
<b>Tiempo</b>	-1.5	2.19

**Fuente:** Elaboración propia

En los puntajes obtenidos en el test de autoestima, se observó que en el ajuste por edad, sexo y variabilidad no observada existió un efecto positivo de 0.07 unidades, el cual no se considera como un efecto estadísticamente significativo.

**Cuadro 7. Análisis del efecto en el test de autoestima ajustado por edad, sexo y variabilidad no observada, en el grupo de intervención comparado con el grupo control**

<b>Resultados en TD</b>	<b>Coeficiente</b>	<b>Error estándar</b>
<b>Efecto</b>	0.07	1.68
<b>Sexo</b>	2.66	0.88
<b>Edad</b>	0.65	0.69
<b>Intervención</b>	-1.33	1.21
<b>Tiempo</b>	0.27	1.28

**Fuente:** Elaboración propia

## 8. Discusión

El diseño de una iniciativa educativa en la cual se tomaron en cuenta las necesidades desde la población participante, para disminuir el riesgo de experimentar un embarazo, ha sido muy beneficioso al aumentar las habilidades en la toma de decisiones y la autoestima en estudiantes de secundaria. Los principales resultados muestran que la toma de decisiones saludables y la buena autoestima desempeñan un papel protector en su desarrollo.

La iniciativa desarrollada y diseñada con la metodología Intervention Mapping<sup>20</sup> y con materiales basados en el enfoque del DPA<sup>26</sup>, es la primera en su tipo. La aplicación del enfoque de DPA reconoce la fortaleza de la etapa de la adolescencia desde un modelo salutogénico, es decir un enfoque positivo en donde se busca mantener y potenciar la salud en las personas.

Otros estudios realizados se han abordado a través de la promoción del uso de métodos de anticoncepción<sup>32</sup>. Los resultados obtenidos permiten observar los factores involucrados en el embarazo a edades tempranas, desde la perspectiva de los y las adolescentes, con lo cual es posible elaborar un programa adaptado a las necesidades percibidas por esta población.

El EA se situó como una problemática de salud evidenciado por el aumento de casos en el reporte de mujeres embarazadas entre los 15 y 19 años<sup>17</sup>. Y fue expresado en los grupos focales de adolescentes donde se identificó el EA como el principal problema de salud. Por lo cual, podría deducirse que la percepción del EA no sólo está relacionada con los registros que se generan en los servicios de salud, sino también con la población involucrada. Sin embargo, dentro de los hallazgos de los GFs los hombres no visualizan el EA como un problema de salud, dejando ver la influencia que tiene el género en el cuidado de la salud y la responsabilidad de evitar un embarazo, principalmente adjudicado hacia las mujeres.

La relación entre los determinantes que se han identificado en la literatura y los mencionados por las y los adolescentes, muestra un elemento que no se encontró en la revisión bibliográfica: la influencia que tienen las redes sociales virtuales como un reforzador de aceptación del EA, con lo cual queda abierto

como una posibilidad para futuras iniciativas que puedan utilizar las redes sociales virtuales como reforzadores de comportamientos preventivos.

Por otra parte, también coincidió la mención sobre la influencia de los pares fue señalada como uno de los principales factores del comportamiento que inciden en el actuar del adolescente<sup>6</sup>. Asimismo, en los GFs se destacó el papel ambivalente que pueden tener las amistades a una edad temprana: se señaló como positivo, cuando el vínculo fomenta el desarrollo de actividades saludables (referidas con ejemplos como: el deporte, la escuela y los hábitos relacionados con el bienestar), y negativo, cuando se ejerce una presión que orienta el actuar del adolescente hacia actividades perjudiciales (mencionadas con ejemplos como: el consumo de sustancias, los comportamientos sexuales de riesgo y la violencia).

La población adolescente señaló que la baja autoestima y la falta de autoconocimiento son los principales factores que intervienen en la presión que ejercen los grupos de pares en sus comportamientos y decisiones. Los resultados de las sesiones en las que se trabajó el aumento de la autoestima y el autoconocimiento se observó un cambio entre el pre y el post test, cuyos valores no muestran significancia estadística, lo cual puede estar relacionado con el tamaño de la muestra.

Por otro lado, en los GFs de hombres y mujeres se mencionó el bajo uso de métodos anticonceptivos como otro comportamiento asociado al EA, pero existen discrepancias porque las y los adolescentes opinaron que a pesar de que existe información, así como disponibilidad y acceso al preservativo, hay una baja habilidad para tomar decisiones saludables, como hacer uso del mismo, que concuerden con sus expectativas de vida.

Los resultados de la toma de decisiones en la iniciativa sí señalaron un cambio estadísticamente significativo. Por lo que es necesario seguir abordándolo en todas las iniciativas que se realicen con población adolescente. Además, para fortalecer y tener un mejor impacto en cambios es pertinente sugerir la exploración del tema desde otras disciplinas que se complementen con una visión de Salud Pública. Es decir se pueden incluir perspectiva a partir de la neuropsicología y la economía del comportamiento, que proporcionan elementos específicos para

distinguir los componentes cognitivos de la toma de decisiones en la adolescencia<sup>32-34</sup>. En el primer enfoque, se analizan los procesos del pensamiento que influyen a nivel mental: capacidad de análisis, concreción, discriminación de posibilidades, planeación y pensamiento lógico, y ayudaría a diseñar actividades específicas en cada proceso mental, con el objetivo de incrementar las posibilidades de que los y las adolescentes fortalezcan la habilidad para tomar decisiones saludables<sup>34</sup>. En los aportes que podría generar la economía del comportamiento se identifican las áreas perceptuales involucradas en el proceso: utilidad, incertidumbre, retraso o esfuerzo y recompensa, como las áreas que más influyen en las decisiones de cualquier ser humano.

El abordaje desde el modelo del DPA no se contrapone a continuar con los esfuerzos en materia de uso de métodos anticonceptivos como una alternativa para prevención del EA; sin embargo, en el contexto mexicano a pesar de que existe la NOM 005-SSA2-1993<sup>35</sup>, en la cual se manifiesta el derecho de las y los adolescentes a ser acreedores de la información que corresponde a su educación sexual, a ser orientados en la planificación de sus necesidades en salud sexual y a recibir la atención, que incluye el acceso a los métodos anticonceptivos, aún persiste una educación sexual con prejuicios. Por lo que se debería promover el uso del preservativo para los adolescentes y las píldoras anticonceptivas, las cuales pueden ser efectivas con una administración adecuada para mujeres adolescentes<sup>36,37</sup>.

Existen diferencias relacionadas con el enfoque que se promueve en el modelo de las habilidades para la vida (HPV) de la OMS<sup>38-41</sup> y el modelo utilizado por el DPA. La principal distinción podría enunciarse en la estrategia de abordaje que se utilizan en el DPA, la cual involucra a la comunidad como el principal elemento con el que se pueden identificar las áreas (los activos en salud) que potencian su bienestar. Por otra parte, el modelo de habilidades para la vida parte en sus inicios de un enfoque basado en el modelo del déficit, o la ausencia de herramientas comportamentales, cognitivas y sociales para enfrentar las barreras que supone el crecimiento durante una etapa que es vista como una fase de cambios biológicos.

## 9. Conclusiones

La utilización del método Intervention Mapping fue relevante, puesto que sus pasos permitieron colaborar con las y los adolescentes y la institución educativa para identificar las necesidades sentidas de la población de estudio, con lo cual se buscó corresponder en la realización de las acciones. El método facilitó la estructuración de una secuencia que permitiera contar con una evaluación, la cual proporcionó datos que pueden incentivar futuras iniciativas.

Es necesario considerar que la participación a nivel intersectorial constituye una base imprescindible para la operación y ejecución de las actividades de promoción de la salud adolescente. El trabajo realizado puede posicionarse como un primer esfuerzo por atender las necesidades en salud; se destaca el papel que desempeñó el modelo del DPA y la demanda de más acciones sustentadas a partir de sus determinantes.

La implementación de acciones que proporcionen mejoras a la calidad y accesibilidad de la atención en materia de educación sexual y salud reproductiva, debe contener un enfoque integral que no solo contemple la disminución de los comportamientos de riesgo, sino que se realice en el marco de la promoción de la salud, la cual puede fundamentarse a través de la salutogénesis, cuya principal característica es el descubrimiento y desarrollo de comportamientos saludables que incrementen las probabilidades del bienestar.

## **10.Recomendaciones**

- En futuras iniciativas con mayor recurso de tiempo se sugiere un abordaje que incluya la participación de la comunidad y los padres de familia.
- Es necesario explorar la influencia que tienen las redes sociales virtuales como un reforzador negativo en el EA, con la finalidad de promover un papel positivo para prevenir el EA.
- Queda abierta la posibilidad de abundar en el trabajo con enfoque de género, para fortalecer los conocimientos y la práctica sobre la responsabilidad compartida en el uso de métodos anticonceptivos
- La disposición de las y los adolescentes puede estar sujeta a condiciones diferentes, de acuerdo a las necesidades implícitas de cada grupo. El trabajo para fortalecer la cohesión grupal y el trabajo en equipo puede impactar positivamente en futuras iniciativas relacionadas con el desarrollo personal.

## **11. Limitaciones**

- La falta de estudios previos con el enfoque del DPA, específicamente en abordajes relacionados con la prevención del embarazo adolescente, no permitió establecer puntos de comparación que refuercen los resultados obtenidos.
- El tiempo para la realización de toda la iniciativa es muy corto para el alcance que se pudiera obtener.
- Los recursos económicos son autofinanciados, con lo cual queda restringida la posibilidad de utilizar materiales didácticos apropiados, por ejemplo uso de aparatos de reproducción.

## 12. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. [Consulta en línea: 18 de septiembre de 2014]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78253/1/WHO\\_FWC\\_MCA\\_12\\_02\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78253/1/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio: informe de 2015. [Consulta en línea: 21 de octubre 2015]. Disponible en: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report\\_015\\_spanish.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report_015_spanish.pdf).
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Panamá: UNICEF; 2014.
4. Banco Mundial. Cada vez más jóvenes latinoamericanas llegan a los quince años con un embarazo. 2015 [Consulta en línea: 12 de noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/12/26/embarazo-adolescente-en-latinoamerica>.
5. Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012 en respuesta al VIH/SIDA e ITS. 2014 [Consulta en línea: 3 de octubre 2014] Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ProgAc2007-2012.pdf>.
6. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. 2014, [Consulta en línea: 9 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es>
7. Secretaría de gobernación. Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes. México: SEGOB; 2013.
8. Stern C. Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. Estudios Sociológicos. 2007. [Consulta en línea: 10 de enero 2016]. Disponible en: <http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=59807304>.

9. Banco Mundial. Embarazo adolescente, un escape ante la falta de oportunidades. 2015 [Consulta en línea: 12 de septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/09/01/teenage-pregnancy-latin-america>.
10. Stern C. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Papeles de Población. Universidad Autónoma del Estado de México. 2004; 039: 129-158.
11. Monsivais M. Ambiente social familiar en el embarazo adolescente. México: UNAM; 2013.
12. Cortés M. Asociación entre disfunción familiar y embarazo adolescente. México; UNAM; 2013.
13. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud pública. 1997 [consulta en línea: 20 de enero 2016]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36341997000200008&lng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000200008&lng=es)
14. Secretaría de gobernación. Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes. México: SEGOB; 2013. [Consulta en línea: 20 de enero 2016]. Disponible en: [http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA\\_0215.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf)
15. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. 2014 [Consulta en línea: 22 de octubre 2014]. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados\\_enadid14.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados_enadid14.pdf).
16. Consejo Nacional de Población. Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente, 2009 y 2014. 2015 [Consulta en línea: 19 de octubre 2014]. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Tasa\\_Global\\_de\\_Fecundidad\\_y\\_Tasa\\_de\\_Fecundidad\\_Adolescente\\_2009\\_y\\_2014](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Tasa_Global_de_Fecundidad_y_Tasa_de_Fecundidad_Adolescente_2009_y_2014).

17. Dirección General de Información en Salud. Cubos dinámicos de nacimientos: nacidos vivos registrados, INEGI,1990-2013. DGIS. [Consulta en línea: 14 de noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/nacidosvivos.html>.
18. Consejería de Salud. Desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. Andalucía: Consejería de Salud; 2011.
19. Carta de Ottawa. Canadá. Organización Panamericana de la Salud; 1986.
20. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Planning health promotion programs. An intervention mapping approach. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2006.
21. Strauss J, Corbin A. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
22. Gil Roales-Nieto J, Moreno San Pedro E. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2003. 2015 [Consulta en línea : 24 de octubre 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
23. Oliva A, Ríos M, Antolín L, Parra A, Hernando A, Pertegal M. Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2010.
24. Solís M. Promoción del autocuidado a partir del modelo de habilidades para la vida en adolescentes. México: UNAM; 2015.
25. García H, Lineros C. Los Activos para la salud. Granada: EASP; 2009.
26. Delgado O et al. Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. Andalucía: Consejería de Salud; 2011.
27. Gifre M, Guitart M. Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. Universidad de Girona. Girona; 2012.
28. García E. Piaget: la formación de la inteligencia. Trillas. México: 2007

29. Santoianni F, Striano M. Modelos teóricos y metodológicos de la enseñanza. Argetina: Siglo XXI; 2006.
30. Baranowski T., Perry C. How individuals, environment and health behavior interact. En: Glanz K (ed.) Health behavior and health education. Jossey-Bass. USA. 2002.
31. Shahidur R. et al. Handbook on impact evaluation: quantitative methods and practices. Washington, D.C: The world bank; 2010.
32. Torres P, Walker DM, Gutiérrez JP, Bertozzi SM. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud Publica Mex; 2006. 48:308-316.
33. Pentz, Mary Ann et al. Improving substance use prevention efforts with executive function training. California; Drug & Alcohol Dependence.2016. [Consulta en línea: 12 de junio 2016]. Disponible en: [http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716\(16\)00118-6/abstract](http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716(16)00118-6/abstract)
34. Schultz, Wolfram. "Neuronal Reward and Decision Signals: From Theories to Data." Physiological; Reviews 95(3): 853–95; 2015. [Consulta en línea: junio 2016]. Disponible en: <http://physrev.physiology.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=26109341>
35. Secretaria de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. 2014 [Consulta en línea: 19 de junio 2016]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
36. González-Hernando C, Almeida M. Souza-de, Martin-Villamor P, Cao-Torija MJ, Castro-Alija M J. La píldora anticonceptiva a debate. 2016 [Consulta en línea: 23 de junio 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632013000300005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000300005&lng=es)
37. Shahabuddin ASM, Nöstlinger C, Delvaux T, Sarker M, Bardají A, Brouwere VD, et al. What Influences Adolescent Girls' Decision-Making Regarding

- Contraceptive Methods Use and Childbearing? A Qualitative Exploratory Study in Rangpur District, Bangladesh; 2016. [Consulta en línea: 27 de junio 2016]. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0157664>
38. Mangrulkar L, Vince Ch, Postner M. Enfoque de Habilidades para la Vida para un Desarrollo Saludable de Niños y Adolescentes. Washington; OPS: 2001.
39. CENEP. Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes con Énfasis en Salud Sexual y Reproductiva. Washington: CENEP; 2000.
40. Minnis A, Van E, Luecke E, Dow W, Bautista S, Padian N. *Yo Puedo*. A Conditional Cash Transfer and Life Skills Intervention to Promote Adolescent Sexual Health: Results of a Randomized Feasibility Study in San Francisco. *Journal of Adolescent Health*. 2016 [Consulta en línea: 29 de junio 2016]. Disponible en: [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(13\)00801-X/pdf](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(13)00801-X/pdf)
41. Rosenthal M, Ross J, Bilodeau R, Palley J, Bradley E. Economic Evaluation of a Comprehensive Teenage Pregnancy Prevention Program. *American Journal of Preventive Medicine*. 2016 [Consulta en línea: 29 de junio 2016]. Disponible en: [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(09\)00528-5/abstract](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(09)00528-5/abstract)

## ANEXOS

### Anexo 1. Cartas descriptivas de sesiones educativas

SESIÓN 1	DESCRIPCIÓN	
<b>Nombre</b>	<b>Sesión educativa sobre la toma de decisiones 1</b>	
<b>Público Objetivo</b>	Estudiantes de secundaria	
<b>Objetivo de sesión</b>	Que los estudiantes identifiquen cuáles son las decisiones que pueden presentarse en el curso de la adolescencia	<b>Tiempo de aplicación</b>
<b>Materiales requeridos</b>	Guía de sesión, pelota chica, un celular con cámara fotográfica por equipo, cañón y cable usb	
<b>Técnicas de implementación</b>	Aprendizaje activo por medio de “fotovoz” y modelos con imágenes	
<b>Proceso metodológico</b>	1.- El guía realizará una breve presentación de sí mismo y explicará la duración, los objetivos y un esbozo general del proyecto.	
	2.-Los estudiantes se presentarán con la técnica lúdica “El tío Luis”, en la cual se invita a los participantes a completar las oraciones propuestas por el guía, con la condición de que inicie con la letra “L”. Ej. “Cuando el tío Luis salió al parque llevó a su mascota que era un_____”. La forma adecuada de responder en el ejemplo, sería la palabra “león, lince, leopardo, etc”. El alumno que no responda, será el primero en presentarse.	5 min
	3.-Con el papel bond, el guía propondrá la participación del grupo para crear las normas de convivencia que mediarán durante las sesiones, resaltando aquéllas relacionadas con el respeto mutuo y la participación.	5 min
	4.-El guía proporcionará las instrucciones del pre-test y acompañará cada pregunta con lectura en voz alta, otorgando un tiempo en consenso para las respuestas.	10 min
	5.-La sesión educativa inicia con la pregunta: ¿Cuáles son las decisiones importantes para los adolescentes? En equipos, los estudiantes elaborarán una serie de tres fotografías, representando de forma libre las decisiones importantes que toman los adolescentes (ej. Elecciones cotidianas como cumplir o no cumplir con las responsabilidades; o elecciones complejas como escoger la escuela en la que estudiarán, etc.)	15 min
	6.-Se realizará una puesta en común de lo que trabajó el grupo	10 min

SESIÓN 2		DESCRIPCIÓN	
Nombre	Sesión educativa sobre la toma de decisiones 2		<b>Tiempo de aplicación</b>
Público Objetivo	Estudiantes de secundaria		
Objetivo de sesión	Que los estudiantes identifiquen cuáles son las formas en las que se realiza la toma de decisiones que pueden presentarse en el curso de la adolescencia		
Materiales requeridos	Guía de sesión, pelota chica, marcadores, borrador y papel bond		
Técnica de implementación	Aprendizaje activo basado en la teoría de la narratología		
Proceso metodológico	1.- El guía solicita la formación de un círculo en el grupo. Pasará la pelota a cualquiera de los estudiantes, y al lanzarla mencionará un elemento de la naturaleza “agua, tierra, aire” y el estudiante que la reciba tendrá que mencionar un animal que pertenezca al elemento solicitado. Por ejemplo, en el caso del “agua” el alumno puede enunciar “delfín” y posteriormente lanzará la pelota a cualquier compañero para repetir la secuencia con la consigna de no repetir los nombres hasta encontrar a un ganador.		10 min
	2.-La sesión educativa inicia con la pregunta: “¿Cómo se toman las decisiones?”		10 min
	A) Se realiza una lluvia de ideas sobre las formas en que las personas toman las decisiones y se proponen las siguientes formas en caso de que los alumnos no las mencionen: planeando tiempos y formas de realizar la decisión, recolectar información en torno al problema, identificar sus fortalezas y mencionando las áreas de oportunidad a vencer		15 min
	B) Se solicita que los estudiantes escriban una carta con una extensión mínima de media cuartilla, dirigida a un amigo imaginario del futuro. En ella, tendrán que incluir el “nombre” de su amigo y algunos ejemplos de las decisiones que es posible que tomen, así como una recomendación sobre las mejores formas de tomar una decisión.		
	3.-Se realiza una puesta en común de lo propuesto por el grupo y como actividad final, se les pedirá que borren el nombre del “amigo del futuro” y lo cambien por su propio nombre.		5 min

SESIÓN 3	DESCRIPCIÓN		
<b>Nombre</b>	<b>Taller de elaboración de "Cápsula de radio"</b>		
Público Objetivo	Estudiantes de secundaria		
Objetivo de sesión	Que los estudiantes refuercen el aprendizaje adquirido, fortaleciendo la habilidad de transmitir la información desarrollada en las sesiones		<b>Tiempo de aplicación</b>
Materiales requeridos	Guía de sesión, pelota chica, una cartulina y un plumón por equipo		
Técnica de implementación	Aprendizaje activo por medio de la incorporación del conocimiento, a través de la retransmisión		
Proceso metodológico	1.-El guía solicitará a los estudiantes que, en orden, coloquen las butacas alrededor del salón, con la finalidad de tener espacio suficientes para desplazarse en el aula.		
	2.-La actividad inicial consiste en narrar a los estudiantes la historia de “un barco que pasó una tormenta y se formaron botes salvavidas, los cuales tenían cupo limitado para no naufragar”, a continuación, se indica que sólo se salvarán aquellos botes conformados por “x” número de personas, y los estudiantes tendrán que reunirse en equipos conformados por el número indicado. Los equipos que no logren integrarse serán descalificados y el ganador será el último equipo que sí logre “salvarse”.		
	3.-En equipos, los estudiantes tendrán que elaborar el “El árbol de las capacidades”, el cual tiene que incluir raíces, tronco, follaje y frutos: en el área de las raíces tendrán que incluir las fortalezas y cualidades que los pueden ayudar a tomar decisiones; en el área del tronco las decisiones importantes que tendrán que tomar (en positivo, por ejemplo: estudiar, hacer deporte, descubrir algún talento propio, etc.); en el follaje, incluirán los beneficios que tiene una toma de decisiones saludable; y en los frutos escribirán los objetivos (aspiraciones y sueños) que les gustaría alcanzar.		20 min
	4.-Se realizará una exposición sobre lo trabajado en la sesión por equipos.		
	5.-Se solicita que cada integrante del equipo redacte, en formato eslogan, una reflexión final sobre la actividad trabajada y se invitará a los participantes a grabarlo en el dispositivo del guía, cuya responsabilidad será editar los mensajes, con el formato de un spot de radio, el cual será escuchado por todo el grupo en la siguiente sesión. Cabe destacar que el guía tendrá que exponer al grupo la confidencialidad del spot y la facultad del grupo para que la grabación sea borrada en cuanto el grupo la escuche.		10 min 10 min

SESIÓN 4	DESCRIPCIÓN	
Nombre	Taller de fortalecimiento de la toma de decisiones y escucha de "Cápsula de radio"	
Público Objetivo	Estudiantes de secundaria	
Objetivo de sesión	Que los estudiantes identifiquen las cualidades asociadas a la toma de decisiones y la forma de fortalecerlas	
Materiales requeridos	Guía de sesión, lap top, altavoces, marcadores, borrador, hojas de papel, lápices y papel bond	
Técnica de implementación	Modelamiento guiado por las cualidades de los pares	
Proceso metodológico	1.-El guía solicitará a los estudiantes que anoten en un trozo de papel una cualidad que consideren útil para la toma de decisiones (por ejemplo: paciencia, confianza en sí mismo, creatividad, persistencia, etc) y lo doblen a la mitad para introducirlo en una bolsa de plástico que circulará por el salón.	10 min
	2.-El guía solicitará la participación de 10 voluntarios y les pedirá que, en orden, tomen un papel y lo lean en voz alta. De forma breve, explicarán si tienen o les gustaría tener la cualidad que les tocó. En el primer caso, deben explicar cómo es que esa cualidad les ayuda en la toma de decisiones, y en el segundo, el grupo hará una lluvia de ideas para explicar cómo se puede desarrollar la cualidad.	20 min
	3.-El guía mostrará al grupo el resultado de la cápsula de radio editada.	5 min
	4.-Se invitará a los participantes a proponer nuevas ideas para transmitir la importancia de identificar la capacidad de tomar decisiones y el impacto que éstas tienen en un proyecto de vida.	10 min
	5.-Se abrirá un espacio para observaciones finales por parte de los estudiantes y el cierre por parte del guía	5 min
		<b>Tiempo de aplicación</b>

SESIÓN 5		DESCRIPCIÓN	
Nombre	Sesión educativa sobre la Autoestima		Tiempo de aplicación
Público Objetivo	Estudiantes de secundaria		
Objetivo de sesión	Que los estudiantes identifiquen qué es la autoestima y las formas de desarrollarla		
Materiales requeridos	Guía de sesión, pelota chica, marcadores, borrador y papel bond		
Técnica de implementación	Aprendizaje activo por medio de la incorporación del conocimiento a través de su retransmisión		
Proceso metodológico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-El guía solicitará a los estudiantes que, en orden, coloquen las butacas alrededor del salón, con la finalidad de tener espacio suficientes para desplazarse en el aula</li> <li>2.-El guía menciona a cada estudiante el nombre de una fruta (uva, manzana, pera). Posteriormente, solicita a los adolescentes que se integren formando “una canasta de frutas”, que contenga: “x” número de uvas, “x” número de manzanas y “x” número de peras.</li> <li>3.-La sesión educativa inicia con la pregunta: ¿Qué es la autoestima? Se realizará una lluvia de ideas con las respuestas de los adolescentes y se colocarán las ideas en el pizarrón.</li> <li>4.-En equipos, los estudiantes elaborarán en sus cuadernos una lista de 15 <i>hashtags</i> relacionados con las formas de desarrollar una buena autoestima.</li> <li>5.- Se realizará una puesta en común de lo que trabajó el grupo</li> </ol>		<p>10 min</p> <p>15 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p>

SESIÓN 6	DESCRIPCIÓN	
<b>Nombre</b>	<b>Sesión educativa sobre la toma de decisiones 2</b>	
<b>Público Objetivo</b>	Estudiantes de secundaria	
<b>Objetivo de sesión</b>	Que los estudiantes identifiquen la relación entre sus cualidades y el alcance de sus metas	<b>Tiempo de aplicación</b>
<b>Materiales requeridos</b>	Guía de sesión, pelota chica, marcadores, borrador y papel bond	
<b>Técnica de implementación</b>	Técnica de aprendizaje activo basada en la teoría de la narratología	
<b>Proceso metodológico</b>	1.-El guía solicitará a los estudiantes que, en orden, coloquen las butacas alrededor del salón, con la finalidad de tener espacio suficientes para desplazarse en el aula	
	2.-Los estudiantes formarán dos equipos, uno de mujeres y otro de hombres. El guía explicará que la actividad consiste en desarrollar la atención a través del sentido del oído. A continuación les pedirá que se coloquen de espalda a él y solicita que nadie lo observe durante la actividad. Posteriormente, realizará una secuencia de sonidos (ej. Dos palmadas, un chasquido, dos palmadas y un silbido) que tengan armonía y le dará tres oportunidades a cada equipo para que repliquen la secuencia. El equipo que logre mejor sincronía será el ganador.	15 min
	3.- El guía explicará a los estudiantes que la siguiente actividad se desarrolla individualmente. Les pedirá que en una hoja de su cuaderno tracen una línea para que queden dos columnas. En la primera, escribirá como título “Yo tengo” y en la segunda “Me sirve para”. A continuación, los estudiantes tendrán que enlistar un mínimo de cinco cualidades en el apartado “Yo tengo” y sus respectivos usos en la lista de “Me sirve para”.	10 min
	4.-Al reverso de la hoja, se solicitará a los alumnos que formen nuevas columnas. En la primera, anotarán el título “Yo quiero” y en la segunda “Para lograrlo, necesito:”. En la primera, incluirán un listado de metas, y en la segunda, colocarán las cualidades que les ayudarán a conseguirlos.	10 min
	5.-Se invitará a compartir el trabajo de la sesión y a realizar una reflexión final sobre la relación de las cualidades con el alcance de metas.	

SESIÓN 7	DESCRIPCIÓN	
Nombre	Taller de elaboración de "Podcast"	<b>Tiempo de aplicación</b>
Público Objetivo	Estudiantes de secundaria	
Objetivo de sesión	Que los estudiantes refuercen el aprendizaje adquirido, fortaleciendo la habilidad de transmitir la información desarrollada en las sesiones	
Materiales requeridos	Guía de sesión, hojas, lápices, bocinas y teléfono celular	
Técnica de implementación	Aprendizaje activo por medio de la incorporación del conocimiento a través de su retransmisión	
Proceso metodológico	1.-El guía solicitará a los estudiantes que, en orden, reúnan las butacas a las orillas del aula, Convocará a todos a que se integren en el centro para “encontrar a sus iguales”. La encomienda principal es que formen equipos de un mínimo de 5 personas con quienes tengan algo en común. Por ejemplo, “el equipo de los que les gusta el futbol, algún tipo de música, la lectura, un color, etc.”.	10 min
	2.-El guía tomará la última ronda de equipos formados para trabajar en las siguientes instrucciones: a)Cada equipo tendrá 20 minutos para proponer un guión de un programa en formato “Podcast”, que destaque algunos de los siguientes puntos: ¿cuál es la importancia de tener una buena autoestima? y la relación de la autoestima con el alcance de un proyecto de vida b) Los mensajes deberán tener una extensión mínima de 10 líneas.	20 min
	3.-Cuando los mensajes estén listos, el guía invitará a los alumnos a realizar una grabación de audio en la que cada miembro del equipo participe con su voz. El guía especificará que la edición y el uso de dicha grabación serán sólo para mostrarse en el salón y será borrado en cuanto las sesiones terminen.	10 min
	4.-El guía integrará los mensajes y serán mostrados al final de la sesión.	10 min
	5.-Se abrirá un espacio para observaciones finales por parte de los estudiantes y el guía hará una reflexión final sobre el trabajo en las sesiones	

## Anexo 2. Cuestionario de evaluación de proceso

### ¿Qué opinas de las sesiones?

#### Evaluación de proceso

Instrucciones: en la presente tabla encontrarás siete enunciados que tienen como objetivo medir el proceso de aprendizaje en el que participaste. Marca con una "X" la opción de tu preferencia

Cuestionario sobre las actividades realizadas				
				
1.-Las instrucciones de las actividades fueron claras				
2.-El guía explicó el objetivo de las actividades con claridad				
3.-Las actividades se concluyeron de acuerdo a las instrucciones				
4.-Mis dudas sobre el tema fueron aclaradas				
5.-El guía de la sesión se dirigió con respeto hacia el grupo				
6.-La información que recibí es útil para mí				
7.-Aprendí algo nuevo				

### Anexo 3. Escala para la evaluación de la Planeación y Toma de decisiones

Folio: \_\_\_\_\_

Hombre       Mujer

		Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Le doy vueltas a la cabeza y lo analizo todo cuando estoy intentando resolver un problema	1	2	3	4	5	6	7
2	Me pongo manos a la obra cuando decido el tipo de trabajo que quiero hacer	1	2	3	4	5	6	7
3	Cuando pienso en varias opciones, las comparo con detalle	1	2	3	4	5	6	7
4	Me gusta planearlo todo antes de tomar una decisión definitiva	1	2	3	4	5	6	7
5	Soy capaz de diseñar un buen plan de acción cuando tengo que decidir algo importante relacionado con mis estudios o mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
6	Considero todos los factores antes de tomar una decisión ante un problema	1	2	3	4	5	6	7
7	Utilizo la información que obtengo para descubrir diferentes soluciones a un problema	1	2	3	4	5	6	7
8	Soy capaz de resolver problemas utilizando la lógica	1	2	3	4	5	6	7

#### Anexo 4. Escala para la evaluación del manejo de emociones

Folio: \_\_\_\_\_

Hombre       Mujer

		Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22	Me esfuerzo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24	Cuando estoy enfadado intento que se me pase.	1	2	3	4	5

## Anexo 5. Escala para la evaluación de la Autoestima

Folio: \_\_\_\_\_

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	En general estoy satisfecho conmigo mismo/a	1	2	3	4
2	A veces pienso que no sirvo absolutamente para nada	1	2	3	4
3	Creo tener varias cualidades buenas	1	2	3	4
4	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas	1	2	3	4
5	Creo que tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a	1	2	3	4
6	A veces me siento realmente inútil	1	2	3	4
7	Siento que soy una persona digna de estima o aprecio, al menos en igual medida que los demás	1	2	3	4
8	Desearía sentir más aprecio por mí mismo/a	1	2	3	4
9	Tiendo a pensar que en conjunto soy un fracaso	1	2	3	4
10	Tengo una actitud positiva hacía mí mismo/a	1	2	3	4

## Anexo 6. Carta de asentimiento



### INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA CARTA DE ASENTIMIENTO

Título de proyecto: Iniciativa educativa para contribuir a la prevención del embarazo en adolescentes de Cuernavaca, Morelos.

Hola mi nombre es Eder Alberto Talavera Camacho. Soy estudiante en el Instituto Nacional de Salud Pública y actualmente estoy realizando un estudio para conocer acerca de las habilidades que tienen las y los adolescentes, en relación con los comportamientos saludables, y para ello queremos pedirte que nos apoyes. Cabe destacar, que dicho proyecto no lo realiza el Instituto Nacional de Salud Pública, sin embargo, es parte de la formación académica del programa de maestría en el que estoy inscrito.

Tu participación en el estudio consistiría en: escuchar las instrucciones de las actividades, realizarlas y opinar de forma respetuosa en las actividades que desarrollaremos en el salón. 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 y las actividades que realicemos nos ayudarán a identificar qué habilidades pueden fortalecer los comportamientos saludables en la población adolescente.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo 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: \_\_\_\_\_



Versión Aprobada: marzo 31, 2016.

PT 187, Folio Identificador: K43

*Copia sellada en archivo*

## Carta de consentimiento para participación de padres e hijos



### INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN DE PADRES Y SUS HIJOS

Título de proyecto: **Iniciativa educativa para contribuir a la prevención del embarazo en adolescentes de Cuernavaca, Morelos.**

Estimado(a) Señor/Señora:

Hola mi nombre es Eder Alberto Talavera Camacho. Soy estudiante en el Instituto Nacional de Salud Pública y actualmente estoy realizando un estudio para conocer acerca de las habilidades que tienen las y los adolescentes, en relación con los comportamientos saludables, y para ello queremos pedirte que nos apoyes. Dicho proyecto no lo realiza el Instituto Nacional de Salud Pública, sin embargo, es parte de la formación académica del programa de maestría en el que estoy inscrito. Cabe destacar que el estudio se está realizando en Escuela Secundaria Federal No. 13 "Rosario Castellanos".

#### **Procedimientos:**

Si usted acepta participar y que hijo(a) participe también en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

1. **Su hijo(a)** participará en una iniciativa conformada por siete sesiones educativas que tienen como objetivo conocer sus habilidades relacionadas con los comportamientos de salud. Los temas a tratar se enfocan en el desarrollo de la autoestima, la habilidad de toma de decisiones y el manejo emocional.
2. En la primer y última sesión se aplicará un cuestionario para valorar los resultados de las sesiones educativas.

**Beneficios:** Ni Usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para identificar qué habilidades pueden fortalecer los comportamientos saludables en la población adolescente.

**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).

#### **Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)**

Su firma indica su aceptación para que Usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

**Riesgos Potenciales/Compensación:** en el presente estudio ni usted, ni su hijo se exponen a ningún riesgo. Por otra parte, tampoco se recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

**Participación Voluntaria/Retiro:** La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar 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 la institución educativa donde se desarrollará el estudio.

**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: al siguiente número de teléfono (777)7876333; o bien, con la directora del proyecto: Mtra. Rosibel Rodríguez, al 1012900 Ext. 3352

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico [etica@insp.mx](mailto:etica@insp.mx)

Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Folio: \_\_\_\_\_

**Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Su firma indica su aceptación para que Usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del Padre/Madre/Tutor participante: \_\_\_\_\_

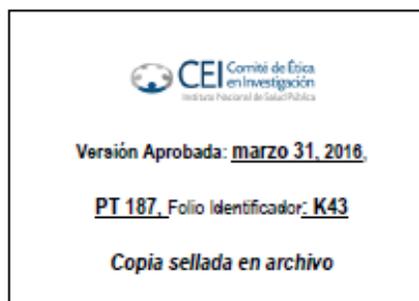
Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el menor participante \_\_\_\_\_

Nombre completo del menor participante  
\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:  
\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año



## Anexo 7. Carta de asentimiento para la realización de grupos focales



### INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA CARTA DE ASENTIMIENTO

**Título de proyecto: Iniciativa educativa para contribuir a la prevención del embarazo en adolescentes de Cuernavaca, Morelos.**

Hola mi nombre es Eder Alberto Talavera Camacho. Soy estudiante en el Instituto Nacional de Salud Pública y actualmente estoy realizando un estudio para conocer acerca de las habilidades que tienen las y los adolescentes, en relación con los comportamientos saludables, y para ello queremos pedirte que nos apoyes. Cabe destacar, que dicho proyecto no lo realiza el Instituto Nacional de Salud Pública, sin embargo, es parte de la formación académica del programa de maestría en el que estoy inscrito.

Tu participación en el estudio consistiría en: escuchar las instrucciones de las actividades que se desarrollará en una sesión y opinar de forma respetuosa sobre el tema propuesto en el grupo que formaremos con ocho compañeros de tu salón. 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 y las actividades que realicemos nos ayudarán a identificar qué habilidades pueden fortalecer los comportamientos saludables en la población adolescente.

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:



Versión Aprobada: marzo 31, 2016.  
PT 187, Folio Identificador: K43  
Copia sellada en archivo



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN DE**  
**PADRES Y SUS HIJOS**

**Título de proyecto: Iniciativa educativa para contribuir a la prevención del embarazo en adolescentes de Cuernavaca, Morelos.**

Estimado(a) Señor/Señora:

Hola mi nombre es Eder Alberto Talavera Camacho. Soy estudiante en el Instituto Nacional de Salud Pública y actualmente estoy realizando un estudio para conocer acerca de las habilidades que tienen las y los adolescentes, en relación con los comportamientos saludables, y para ello queremos pedirte que nos apoyes. Dicho proyecto no lo realiza el Instituto Nacional de Salud Pública, sin embargo, es parte de la formación académica del programa de maestría en el que estoy inscrito. Cabe destacar que el estudio se está realizando en Escuela Secundaria Federal No. 13 "Rosario Castellanos".

**Procedimientos:**

Si usted acepta participar y que hijo(a) participe también en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

1. **Su hijo(a)** participará en una iniciativa conformada por siete sesiones educativas que tienen como objetivo conocer sus habilidades relacionadas con los comportamientos de salud. Los temas a tratar se enfocan en el desarrollo de la autoestima, la habilidad de toma de decisiones y el manejo emocional.
2. Sólo participará en una sesión para identificar cuáles son sus creencias y significados sobre la autoestima, la toma de decisiones y el manejo emocional.

**Beneficios:** Ni Usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para identificar qué habilidades pueden fortalecer los comportamientos saludables en la población adolescente.

**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).

**Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)**

Su firma indica su aceptación para que Usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

**Riesgos Potenciales/Compensación:** en el presente estudio ni usted, ni su hijo se exponen a ningún riesgo. Por otra parte, tampoco se recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

**Participación Voluntaria/Retiro:** La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar 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 la institución educativa donde se desarrollará el estudio.

**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: al siguiente número de teléfono (777)7876333; o bien, con la directora del proyecto: Mtra. Rosibel Rodríguez, al 1012900 Ext. 3352

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico [etica@insp.mx](mailto:etica@insp.mx)

Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Folio: \_\_\_\_\_

**Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Su firma indica su aceptación para que Usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del Padre/Madre/Tutor participante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el menor participante \_\_\_\_\_

Nombre completo del menor participante  
\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año



Versión Aprobada: marzo 31, 2016.

PT 187, Folio Identificador: K43

*Copia sellada en archivo*

**Anexo 8. Modelo lógico del problema de salud elaborado a partir de la revisión bibliográfica**

**Fase 4** Determinantes de los factores del comportamiento (¿Por qué?)

**Determinantes internos**  
 -Bajo desarrollo en la habilidad de toma de decisiones  
  
 -Bajo desarrollo en la habilidad de comunicación asertiva  
  
 -Bajo desarrollo en la habilidad de manejo de emociones  
  
 -Falta de proyecto de vida

**Determinantes externos**  
 -Barreras culturales en el acceso a métodos anticonceptivos  
 -Bajos recursos económicos  
 -Familia disfuncional

**Fase 4** Determinantes de los factores del entorno (Por qué?)

**Determinantes internos**  
 -Pobreza  
  
 -Bajo nivel educativo

**Determinantes externos**  
 --Creencias (roles sociales)  
  
 -No hay políticas que regulen la educación sexual en menores de 15 años

**Fase 3** Comportamiento (¿Qué comportamiento influye?)

**Factores del comportamiento (Qué comportamientos del grupo de riesgo causan o influyen en el problema?)**  
  
 -Influencia de pares en el inicio de la vida sexual  
  
 -Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la decisión de iniciar la vida sexual para salir de casa  
  
 -Bajo uso de métodos anticonceptivos

**¿Qué factores en el entorno influyen o causan tanto el comportamiento de riesgo como el problema de salud?**  
  
 -Bajo acceso a métodos anticonceptivos  
  
 -Tradiciones y costumbres ligadas al embarazo adolescente  
  
 -Sobreestimulación en contenidos de sexualidad explícita en los medios de comunicación

**Fase 2** Problema de salud (¿Cuáles son los problemas de salud?)

**Problemas de salud**  
  
 - Un incremento durante el periodo comprendido entre los años 2011-2014 en el embarazo adolescente en la colonia Lomas de Cortés, de Cuernavaca, Morelos.  
  
 -Muerte materna, preeclampsia, fístulas obstétricas, síndrome de hellp

**Fase 1** Calidad de vida (¿Cómo afecta el problema de salud a la calidad de vida?)

**Indicadores de la calidad de vida**  
  
 -Vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia económica  
  
 -Ausentismo/deserción escolar  
  
 -Matrimonio infantil  
  
 -Estigma/discriminación/exclusión  
  
 -Pérdida de la productividad económica