



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DELEGACION NORTE DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

Funcionalidad familiar y conocimiento post-estrategia educativa sobre sexualidad y anticoncepción: Influencia en la selección de método anticonceptivo temporal por el adolescente.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dra. Araceli Angeles Juan
Médico Residente de 3er. Grado de Medicina Familiar
Mat. 99130358
Tel. 5543364868
aritangel_77@hotmail.com

Investigador responsable
Dra. Lidia Bautista Samperio
Profesor Titular Medicina Familiar UMF No. 94
Matrícula: 5846404
Tel: 5767 20 68
lidia.68007@hotmail.com

Investigador colaborador:
Dra. Ma. Magdalena Saldaña Cedillo
Jefe de Departamento Clínico UMF No. 23
Mat: 99360313
Tel: 57505321
mmsaldanac@hotmail.com



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Funcionalidad familiar y conocimiento post-estrategia educativa sobre sexualidad y anticoncepción: Influencia en la selección de método anticonceptivo temporal por el adolescente.

Bautista-Samperio L¹ Saldaña-Cedillo MMA² Angeles-Juan Araceli³

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).Unidad de Medicina familiar (UMF) No. 94.

Introducción: El ejercicio de la sexualidad realizado generalmente con pocos elementos de educación sexual, propicia el embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual (ETS), fenómenos preocupantes para las autoridades sanitarias. Estudios individualizados resaltan aspectos educativos, familiares y sociales, sin evidencia de un abordaje conjunto de estos y la elegibilidad del método anticonceptivo por el adolescente.

Objetivo: Analizar la funcionalidad familiar y conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción pre-postestrategia educativa y su influencia en la selección del método anticonceptivo temporal por el adolescente.

Materiales y métodos: Diseño cuasi experimental de serie cronológica, en 50 derechohabientes de la UMF. 94 del IMSS, edad de 10 a 19 años, integrados al Curso de Verano para Adolescentes, muestreo por conveniencia, bajo consentimiento informado. Estrategia educativa sobre temas de adolescencia, sexualidad y anticoncepción, técnicas participativas (taller, demostración, lluvia de ideas, exposición), evaluación pre-postestrategia aplicando un cuestionario elaborado exprofeso denominado "Conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción" conteniendo datos generales, generalidades de sexualidad, embarazo, ETS y métodos anticonceptivos. Para funcionalidad familiar APGAR. Análisis con estadística descriptiva y Correlación biserial puntual.

Resultados: 50 adolescentes con media edad 12.6 ± 1.5 años, 64% sexo femenino. Disfunción familiar en 84%. Modificación a nivel bueno de conocimientos en 54%, y selección adecuada de anticonceptivo temporal post-estrategia educativa en 62% con una $p < 0.00$ y para funcionalidad familiar 0.61

Conclusiones: En más de la mitad de los participantes hubo modificación en el nivel de conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción influyendo significativamente en la selección favorable del método anticonceptivo temporal, independientemente de la funcionalidad familiar.

Palabras claves: Planificación Familiar, Educación Sexual, Adolescencia, Funcionalidad familiar, Métodos anticonceptivos.

- a) Profesor titular del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 94 IMSS-UNAM
- b) Médico Familiar. Jefe de Departamento Clínico. UMF. 23 IMSS.
- c) Médico Residente del Curso de especialización en Medicina Familiar UMF No. 94 IMSS

Tesis aprobado por el Comité Local de Investigación No. 3515 del IMSS

Con el número de registro R-2010-3515-10

AUTORIZACIONES

Dr. Víctor Manuel Aguilar
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dr. Humberto Pedraza Méndez
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dr. Alejandro Hernández Flores
Director de la UMF No. 94

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Coordinador de Educación e Investigación en Salud
De la UMF No. 94

INDICE DE CONTENIDO

Marco Teórico	4
Antecedentes científicos	30
Planteamiento del problema	33
Pregunta de investigación	34
Objetivos del estudio	35
Hipótesis	35
Identificación de variables de estudio	36
Diseño del estudio	36
Universo de trabajo	36
Población de estudio	36
Muestra de estudio	36
Determinación estadística del tamaño de la muestra	36
Tipos de muestreo	37
Criterios de selección de la muestra	37
Procedimiento para integrar la muestra	38
Descripción y validación del instrumento	38
Descripción del programa de trabajo	41
Descripción de maniobra experimental	42
Análisis estadístico de la información	43
Difusión del estudio	43
Consideraciones ticas del estudio	44
Recursos del estudio	44
Resultados	45
Análisis de resultados	49
Conclusiones	52
Sugerencias	53
Bibliografía	54
Anexos	58

INTRODUCCION

La adolescencia (OMS), es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia socio-económica. En general se considera la etapa entre la niñez y la edad adulta, comprendida de los 10 a los 19 años, durante la cual se presenta la madurez sexual. En ella se producen transformaciones biológicas y cognitivas, al mismo tiempo que se define la identidad sexual y personal además de elaborarse un proyecto de vida.

La sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida, incluye al sexo, identidad y rol de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y la reproducción. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, practicas, papeles y relaciones interpersonales. Puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Es importante la relación que existe entre el adolescente y todo su contexto y para poder interpretar el comportamiento de los adolescentes es necesario conocer el entorno sociocultural, incluyendo el familiar, en el cual se desenvuelve, el cual puede facilitar o dificultar el ejercicio de una sexualidad sana.

En la actualidad los medios de difusión les presentan a los adolescentes sexo sin afectividad ni amor, además tienen mayor libertad sexual, acceso más fácil a métodos anticonceptivos y cuentan desde 1994 con derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo en nuestro país aun existe un alto porcentaje de embarazos no deseados, inicio de relaciones sexuales sin uso de métodos anticonceptivos e incremento de Infecciones de Transmisión Sexual, secundario probablemente a una deficiencia en lo que respecta a educación sexual, por lo que es importante crear o reforzar programas educativos estratégicos y preventivos de acuerdo a los intereses de este grupo de edad. Por lo tanto es importante un abordaje conjunto en relación a todos estos aspectos educativos, familiares y sociales, para la elegibilidad de un método anticonceptivo por el adolescente y prevenir las complicaciones.

MARCO TEORICO

Adolescencia. Etimológicamente la palabra adolescencia es un término que proviene del verbo latín “adoleceré”, que significa crecer o carecer. ⁽¹⁾ Littré emite una definición centrada en el aspecto biológico estableciendo que la adolescencia es la etapa de la vida que continua de la infancia y que comienza con los primeros signos de la pubertad. Blos enfatiza el aspecto psicológico, estableciendo que es la suma total de todos los intentos para ajustarse a los cambios internos y externos que confronta el individuo en esta etapa. ⁽¹⁾ Desde el punto de vista social Hallengted la define como el periodo de la vida de una persona durante la cual, la sociedad en la que vive cesa de considerarlo un niño para considerarlo como una persona adulta.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los adolescentes son personas que están en el grupo de edad de 10 a 19 años. Período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio–económica.

En general se considera que la adolescencia es la etapa entre la niñez y la edad adulta, comprendida de los 10 a los 19 años, durante la cual se presenta la madurez sexual. Comúnmente se hace referencia a la adolescencia como el periodo de ajuste psicosocial del individuo en su paso de niño a adulto y se aplica el término pubertad para definir los cambios correspondientes al crecimiento y maduración sexual. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. Es una etapa donde los individuos son altamente vulnerables. ⁽²⁾ Desde el punto de vista biológico, la adolescencia se inicia con los cambios físicos reconocibles de la pubertad y se divide en tres etapas:

a) La adolescencia Temprana: Ocurre aproximadamente entre los 10 a 14 años de edad, siendo esta etapa dominada por los hechos biológicos de la pubertad y sus repercusiones psicológicas más inmediatas, en la cual los adolescentes se caracterizan por tener una gran ambivalencia, buscan compañeros de su misma edad, en cuanto a su desarrollo se pregunta ¿soy normal?, ¿en mi solo hay cambios?, ¿Soy el mismo?. Todas estas interrogantes motivan la presencia de una gran labilidad emocional, teniendo con frecuencia respuestas agresivas, demostrando así su ansiedad y la tensión interna que ellos presentan, caracterizada por los cambios de carácter y las respuestas emocionales tan intensas de esta fase se le considera como la más difícil. ⁽³⁾

b) Adolescencia Intermedia: Esta etapa se presenta entre los 15 a 16 años, caracterizándose por un mayor control de los sentimientos, mayor responsabilidad, en lo que respecta a su identidad se pregunta ¿Quién soy? El proceso de pensamiento es más lógico-abstracto, por lo que tiene una forma más civilizada de relacionarse con los adultos. Los adolescentes tiene la capacidad de integrarse y entregarse a un grupo, ya sea para bien o para mal, además tiene la inteligencia necesaria para que en determinado momento pueda separarse del mismo y así poder defender sus propias ideas. En esta fase empieza a integrarse a la sociedad a la que pertenece.⁽³⁾

c) Adolescencia Tardía: Esta fase se presenta entre los 17 a 19 años de edad, caracterizándose por la formación de la identidad, el yo y la percepción de sí mismo, surgiendo como respuesta pública o privada, teniendo ya aspecto de adulto, existe ambivalencia respecto de la dependencia real y separación de la familia. Existe preguntas: ¿Quién soy respecto a otros? ¿Sexualidad, trabajo, educación?. La mejor respuesta a esto es a través de la consolidación de una identidad personal plenamente realizada y estable. Presentan un pensamiento más maduro que les permite la contemplación del futuro y la aceptación de sus obligaciones. Siendo esta una etapa de elecciones y decisiones irreversibles; trabajo, carrera profesional, desarrollo personal y familiar.⁽³⁾

Así en el ámbito mundial, los adolescentes y jóvenes (10 a 24 años de edad) representan la cuarta parte de la población; alrededor de 1 700 millones de personas se encuentran en este grupo de edad, de los cuales 85% viven en los países en desarrollo. En México la población de este grupo de edad se ha incrementado considerablemente a partir de la segunda mitad del siglo XX. En 1950, la población total de México era cerca de 25.7 millones de personas y la población adolescente y joven era de casi ocho millones, la cual representaba alrededor de 31% de la población total (22% la población adolescente y 9% la población joven). De acuerdo con el censo 2000, en México 21.3% de la población es adolescente. Viven 20.7 millones de adolescentes. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años.⁽⁴⁾

Sexualidad, embarazo, infecciones de transmisión sexual y familia en adolescentes.

Otro aspecto ligado al epidemiológico, innegablemente es el evolutivo del ser humano, es por ello que los aspectos de la sexualidad son parte inherente a éste fenómeno, para ello tendríamos que puntualizar algunos términos, así:

Sexualidad: Es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida, incluye al sexo, identidad y rol de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y la reproducción. La sexualidad es vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. Los elementos que integran la sexualidad son:

a) La reproductividad, la cual no se limita a los eventos biológicos de la concepción ya que también tiene manifestaciones psicológicas y sociales de gran importancia. Es decir es una dimensión más compleja que algunos individuos evidencian, aunque no se reproduzcan de forma estricta biológicamente hablando, pero son padres muy exitosos, ya que se ocupan del crecimiento y desarrollo biopsicosocial, emocional y espiritual.

b) El género es una serie de ideas que resultan de los procesos de construcción social, la cual asigna responsabilidades, papeles específicos a hombres y mujeres de una sociedad dada. Dichos papeles o roles son influenciados por percepciones y expectativas emanadas de factores culturales, políticos, ambientales, económicos, sociales y religiosos, así como la costumbre, la ley, la clase, la etnicidad y los prejuicios individuales y/o institucionales.

d) El erotismo, es una dimensión humana que resulta de la potencialidad de experimentar placer sexual. Es decir, es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y que por lo general, se identifican como placer sexual (Organización Panamericana de la Salud y Asociación Mundial de Sexología, 2000). Todos los seres humanos nacemos con esta potencialidad, sin embargo no todos la desarrollan o la viven.

e) El vínculo afectivo, es un lazo, una unión. Este nace de la necesidad de todos los seres humanos de ser cuidado por otros seres humanos. Tiene dos integrantes cuando menos. Es necesario que esta capacidad se desarrolle ya que de esto va a depender la funcionalidad sexual durante la vida adulta. ⁽⁵⁾

Como ya se mencionó forma parte de la reproductividad **el embarazo en adolescentes**, el cual se le define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca,

y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". Las estadísticas refieren que al inicio del siglo XX, de acuerdo con los datos del XII Censo Nacional de Población y Vivienda México era un país con 97,361,711 habitantes, de los cuales 50, 007,325 eran mujeres. La tasa global de fecundidad en México para el año 2000 fue de 2.4 hijos por mujer. En particular, la tasa de fecundidad en adolescentes ha venido descendiendo, lenta pero significativamente, en 1970 fue 13.8%, en el año 2000 de 6% y para el año 2004 fue de 5%. De acuerdo con los datos del Consejo Nacional de Población, el número de mujeres adolescentes que experimentó la maternidad en el año 2004, fue de 259 mil.⁽⁶⁾ Estas cifras muestran que el problema ha estado y está lejos de ser resuelto.⁽⁷⁾

La adolescencia es una etapa de transición, los cambios ocurren con rapidez y son necesarias continuas readaptaciones; los jóvenes se hacen más autónomos de su familia, de las instituciones educativas, de la moral y en general de la influencia de los adultos. El comportamiento sexual en esta etapa es variable y depende de las normas culturales y sociales. El despertar sexual suele ser precoz en aquellos cuyas vidas carecen de otros intereses, con escolaridad pobre, sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio), con modelos familiares de iniciación sexual precoz, por estimulación de los medios entre otros. Estas relaciones sexuales se caracterizan por escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal, sin protección, lo que les propicia a contraer enfermedades de transmisión sexual, o un embarazo no deseado. Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos, desde el más alejado, el nivel macrosocial, al más próximo, la conducta o el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales. En el nivel macrosocial se pueden mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica, y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente. El contexto social abarca también factores importantes más próximos al individuo, entre otros, el lugar de residencia, la estructura y funcionalidad familiar, la interacción con los padres, con otros adultos y grupos de pares, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, además de la disponibilidad de recursos anticonceptivos. En último lugar, las percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, al ejercicio de la sexualidad y a la prevención del embarazo influyen en la adopción de conductas reproductivas conducentes o no a una fecundidad temprana.⁽⁸⁾

Otro aspecto importante en la salud de los adolescentes, como ya se menciona

anteriormente son las infecciones de transmisión sexual (ITS) las cuales constituyen un problema de salud pública a nivel mundial. Se estima que en el mundo se producen anualmente 250 millones de nuevos casos. El grupo de edad más afectado es de 18 a 24 años de edad, siendo las mujeres 30% más afectadas que los hombres. Aproximadamente, el 50% de éstas corresponden a tricomoniasis, 26% a clamidiasis, 18% a gonorrea, 3% a sífilis y 2% a chancroide. Se estima que de 75 al 85% de estos casos ocurren en países en vías de desarrollo. Algunos de los factores desencadenantes del aumento en las ITS son la práctica de relaciones sexuales sin protección y la promiscuidad, lo cual es común entre los adolescentes, cambios en el comportamiento social debidos a la urbanización, industrialización y facilidades de viajes, los cambios en la mentalidad referente a la virginidad, la tendencia actual a una mayor precocidad y promiscuidad sexual aunado a una menarquía cada vez más temprana y a patrones de machismo que imperan en algunos países del mundo. Diversos estudios han demostrado que cuando la mujer embarazada adquiere una ITS, las consecuencias para ella y el feto son significativamente más graves y hasta pueden ser mortales, sobre todo si se encuentra en los extremos de la vida reproductiva. La importancia de las ITS ha sido ampliamente reconocida a partir de la llegada de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de los casos de SIDA. Los adolescentes tienen como características propias la falta de control de los impulsos, la ambivalencia emocional, los cambios emotivos y de la conducta, además que su maduración sexual, cada vez más temprana, los lleva a la búsqueda de las relaciones sexuales como inicio de su vida sexual activa. Estas características los condicionan a mantener comportamientos arriesgados y los expone a ser víctimas comunes de las ETS, lo cual se agrava por la falta de conocimientos reales acerca de éstas. Por lo tanto la combinación del poco conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, así como una más temprana edad de inicio de relaciones sexuales se ha expresado en un aumento de las tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS) Por ejemplo, se duplicó el número de infecciones con VIH entre el año de 1995 y el 2000 (de 1.7 a 3.5 por cada 100,000 jóvenes de entre 12-24 años de edad).⁽⁸⁾

Distintos grupos sociales ejercen influencia en la conducta sexual y reproductiva del adolescente. En particular el tipo de familia en la que se ha socializado o con la que habita. Así, las familias bien constituidas, con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector y se tendría una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo. Pero si en su historia, se encuentran figuras masculinas

cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, y por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del abuso sexual, en la mayoría de los casos por su padre biológico. Cuando surge el embarazo en una adolescente, la familia se ve obligada a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que aparecen nuevas necesidades en torno a este binomio, hay una movilización inmediata de todos los integrantes para encontrar un nuevo estado de homeostasis familiar, el cual puede ser inicialmente rechazado o causar sorpresa y frustración. El embarazo en la etapa temprana de la adolescencia se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia. Las consecuencias del mismo abarcan aspectos físicos, maternos y psicosociales que interfieren con la madurez, aceptación social y familiar de la madre y su hijo. Por lo tanto la familia en los adolescentes juega un papel muy importante. Sobre todo como un factor social que influye en la presencia o no del embarazo en las adolescentes. ^{(7) (9)}

Familia, funcionalidad y Apgar familiar. Este último señalamiento hace reflexionar que para hablar de dicho fenómeno de re-estructuración de la familia es necesario tener elementos que puedan ubicar como se conceptúa la familia, sus características, los elementos que lo conforman, sus funciones, etc. Para esto se cuenta con la visión de múltiples autores, empezaremos mencionando por ejemplo a Minuchin (1984), quien la define como “el grupo en el cual los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad e independencia; el primero de ellos principalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares, y por su participación con grupos extrafamiliares. Refiere también que es un grupo natural para crecer, que en el tiempo, ha desarrollado pautas de interacción recíprocas, mismas que constituyen la estructura familiar y que rigen el funcionamiento de sus miembros.”⁽¹⁰⁾ Para Satir, la familia es un sistema dinámico, se compara como si fuera una unidad dinámica que está en continua evolución y las relaciones entre sus miembros afectan la estructura del sistema. Cuando tomamos a la familia con este enfoque se hace necesario tener en cuenta sus características, que es más que la suma de cada uno de los individuos, con una finalidad, formado por seres vivos, complejos en sí, en el se genera un proceso de desarrollo, permitiendo su crecimiento en complejidad y en organización; se debe tomar en cuenta una perspectiva multigeneracional en el que

un evento histórico o situacional afectara a sus miembros en diferentes grados, pero al final todos serán modificados de cierta manera por esta situación.⁽¹¹⁾

Las familias como grupo social necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, como son el afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar, otros autores refieren las funciones económica, biológica, educativa, cultural y espiritual. Es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el **funcionamiento familiar**, es decir que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo, o bien podemos referir que es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.⁽¹²⁾

De manera general se tienen indicadores para medir funcionamiento familiar:

1. Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).
2. Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar. Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.
3. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: lo que se debe y no se debe hacer y las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobreexigencias. También en este indicador debe analizarse la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía).
4. Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.

5. Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. La capacidad de adaptación es uno de los elementos más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente 2 tipos de tareas que son las tareas de desarrollo y las tareas de enfrentamiento.⁽¹²⁾

Por otra parte **la disfunción familiar** se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares. También aparece cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros.⁽¹³⁾ No se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que reajustarse constantemente. Debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. Por lo tanto, la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.⁽¹²⁾

Al hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Además existen diferentes instrumentos de evaluación, con distintas características, entre ellos encontramos: APGAR familiar, Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel, Escala de Mc Master, Escala de Funcionamiento de Freedman, FACES III, entre otras.

El Apgar familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias de riesgo. El Dr. Gabriel Smilkestein de la Universidad de Washington, Seattle, lo creo en 1978 con la finalidad de ser un instrumento fácil, que sea entendido por personas aún con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. Fue diseñado con el propósito de ser un instrumento para uso diario en el consultorio del médico de familia, para obtener datos que reflejan el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación familiar, la segunda versión de éste contempla una pregunta

relacionada con la participación de amigos y algunos autores la denomina FAPGAR, e incluye los mismos parámetros básicos del primero.

En comparación con otras escalas similares presenta gran ventaja por su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. El diseño del APGAR considera principios básicos, es dinámico, es un formulario auto-administrado, de fácil lectura e instrucciones simples, probado y validado en diversas culturas, que requiere de un tiempo muy corto para ser completado. La familia percibe el funcionamiento familiar y puede manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de esta. Sin embargo no hay que olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función del sistema familiar en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar: adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.

Adaptability (ADAPTABILIDAD), mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

Partnership (PARTICIPACION), mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.

Growth (GRADIENTE DE CRECIMIENTO), mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia. Es la manera en que los miembros de la familia proponen o emprenden nuevas actividades tendientes a su desarrollo personal en las diferentes esferas, facilita o bloquea el inicio de acciones académicas, laborales o recreativas.

Affection (AFECTO), mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

Resolved (RESOLUCIÓN-RECURSOS), mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia. Se exploran tres recursos básicos para la familia: tiempo, espacio y dinero.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para

hacer frente a las diferentes crisis.

El cuestionario está elaborado de tal modo que pueda ser contestado por todo tipo de familias, y mientras mayor sea el número de individuos a quienes se les aplique, más completa será la visión que se pueda tener del funcionamiento del sistema familiar. Sin embargo, como cada persona contribuye al total, incluso la respuesta de una sola de ellas puede ser de valor. Cada uno de los miembros de la familia, puede ser participe a partir de los 7 años de edad, aunque generalmente los mayores de 15 años, elige por separado una de las cinco opciones de cada uno de las preguntas: Los ítems de la escala se califican como nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, y se les asignan puntuaciones de 0 a 4, respectivamente. En este instrumento, los puntajes totales pueden oscilar entre 0 y 20; a mayor puntaje, mejor funcionalidad familiar. Funcionalidad familiar 18 – 20, Disfunción familiar leve 14 – 17, Disfunción familiar moderada 10 – 13, Disfunción familiar severa 9 o menos.⁽¹⁴⁾

Educación sexual. Un aspecto importante inherente a la familia es la Educación sexual, esta se define como un proceso formal e informal, por el cual se recibe información acerca de la sexualidad desde el nacimiento hasta la muerte. Otros la refieren como un proceso formativo intencionado realizado por expertos, a través del cual una persona adquiere los conocimientos y valores que le permiten optar entre diversas actitudes y comportamientos sexuales para lograr un desarrollo sexual armónico con libertad y responsabilidad.⁽¹⁵⁾ Es un término usado para describir la educación acerca del sexo, la sexualidad, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción, los derechos sexuales y otros aspectos de la sexualidad humana con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual. Para Frederick Bois la educación sexual puede definirse como: el conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad, comunicación, respeto y estima. La educación sexual se lleva a cabo, consciente e inconscientemente, en el entorno familiar, fundamentalmente en la denominada familia nuclear, en el grupo de amigos, a través medios de comunicación, en las instituciones escolares y a través de las políticas de salud pública.⁽¹⁶⁾ El comportamiento sexual no planeado, irresponsable, inseguro o violentado, precede

serios problemas como embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual (ETS), disfunciones sexuales, insatisfacción, etc., situaciones que atentan en contra del placer, la felicidad, la salud y la vida. Una manera de prevenir esto es a través de la educación e información sexual.⁽¹⁷⁾

En México, a lo largo de la historia, la sexualidad ha sido un tema controversial lleno de temores y de tabúes, lo que ha ocasionado que a la fecha las condiciones para una educación sexual integral y liberadora aún no están plenamente dadas. Sin embargo, los esfuerzos desde diferentes modelos son múltiples, de manera general y esquemática los principales modelos en educación sexual para adolescentes son:

1) Escolar oficial. Los conceptos referidos corresponden al enfoque biológico y reproductivo, con contenidos centrados en ciencias naturales, pero constituyendo un avance incipiente en la incorporación de la perspectiva de género. Metodológicamente se centra en modelos informativos.

2) Institucional de salud y planificación familiar. Aquí podrían incluirse programas como los de Secretaría de Salud, IMSS, DIF y MEXFAM. En todos se incluyen gran cantidad de temas. Se da especial importancia al cuerpo de la mujer, al erotismo, al desarrollo personal y la autoestima. Las formas de trabajo son participativas.

3) Talleres de sexo más seguro. Este tipo de talleres se efectúan dentro de los organismos gubernamentales y no gubernamentales que luchan contra el SIDA. Dan mayor énfasis temático a las relaciones placenteras sin riesgo y respetan las diferentes preferencias sexuales. El enfoque de trabajo es muy participativo.

4) De abstinencia. Seguido entre otros organismos por la Unión Nacional de Padres de Familia y el Comité Nacional Provida. Las propuestas metodológicas se centran en el activismo y la denuncia en los medios masivos, más que en actividades de educación sexual. Los partidarios de este enfoque rechazan la información sexual abierta, considerando que ésta podría propiciar la promiscuidad sexual, visualizan la educación sexual como derecho y responsabilidad exclusiva de los padres, rechazan el aborto, la masturbación y el uso del condón.⁽¹⁸⁾

Históricamente en México desde 1908, los primeros esfuerzos de educación sexual planteaban programas de prevención materno –infantil, de enfermedades venéreas y la pubertad. Las demandas de educación sexual se dieron a partir del Congreso Feminista de Mérida realizado en 1915, pero es hasta el año de 1932 que se logra integrar lo que fue el primer proyecto de educación sexual legitimado por el estado. El programa de educación revolucionaria en el maximato de Calles, da entrada al proyecto antes mencionado, el cual pretendía establecer la educación sexual desde

tercero de primaria, planteando una enseñanza gradual dosificada sin sobresaltos. Pero la polémica de este proyecto abarca a toda la prensa del Apis y fue proyecto de pugnas políticas, provocando de tal forma que el ministro de educación (Narciso Basols) renunciara en mayo de 1934 antes de poder implantar un proyecto calificado de criminal, inoportuno y ofensivo a la conciencia infantil. Los organizadores de los padres de familia reclamaron el derecho de dar educación sexual a sus hijos, lo anterior aunado a las organizaciones religiosas y las instituciones escolares. En los cincuenta cobra auge la televisión, la radio y el cine, agregándose nuevos patrones sexuales, como el cuestionamiento de la virginidad y de la doble moral, característicos de las juventudes de los sesentas. La educación sexual se incorpora desde una política amplia que busca regular la dinámica, el volumen, la estructura y la distribución de la población y asegurar la participación de los mexicanos. Así desde 1974 por medio de la Comisión Nacional de Población (CONAPO) se extendieron los servicios de educación sexual a través del Programa Nacional de Planificación Familiar y del Curriculum escolar del nivel básico, incluyendo en este último los fenómenos de la pubertad, la reproducción humana, las enfermedades de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos y el crecimiento de la población, contribuyendo en lo anterior, la radio, la televisión y la prensa, enviando mensajes informativos al respecto. Además se elaboran modelos de educación sexual para maestros, profesionales de la salud y promotores rurales. A finales de los ochentas las condiciones propician nuevas prácticas hacia la educación sexual: el SIDA y las presiones económicas de los grupos juveniles que tiene un incremento importante al llegar a la última década del siglo. La amenaza de una enfermedad mortal transforma los comportamientos hacia prácticas sexuales más seguras, señalando como estrategia preventiva la educación sexual.⁽¹⁹⁾ Actualmente la educación sexual es incluida en el programa de escuelas públicas, en forma coordinada con la Secretaría de Educación Pública y el IMSS, quienes desde 1993 diseñaron estrategias participativas dirigidas a padres, profesores y adolescentes. La educación sexual que se ha registrado en México parte desde la Administración del Lic. Luis Echeverría Álvarez; para la época del salinismo, el país se convirtió en la segunda nación a nivel mundial con índice más alto de madres solteras, según informes del Consejo Nacional Técnico de la Educación, que estima que ha sido un efecto de la ignorancia y de la desinformación sobre el tema. Después de que en los libros de texto de primaria se explica la función orgánica de los aparatos sexuales femeninos y masculinos, para el gobierno del Lic. Carlos Salinas de Gortari se anexó otra

información más: cómo es que los sueños de una adolescente pueden verse frustrados, tras resultar embarazada. Para el sexenio del Lic. Ernesto Zedillo, los datos del Hospital General y del Centro Médico revelaron que muchos de los 20 millones de jóvenes en México, entre los 11 y 20 años de edad, que se encontraron en edad fértil, carecían de una educación sexual adecuada, a causa de la desigualdad social. Por la escasa educación sexual que existe en México, no se han podido abatir los embarazos no deseados en adolescentes, ni las violaciones, ni el acoso sexual. Por lo menos unos 4 millones de estudiantes abandonan la secundaria por resultar embarazadas anualmente. Las enfermedades venéreas continúan proliferándose a pesar de la constante promoción del uso del condón y existen unos 3 millones de infectados de SIDA y más de la mitad de los varones se resiste a usar algún preservativo en el acto sexual, según lo informa la Secretaría de Salud. Finalmente, el Instituto Mexicano de Sexología establece que el mexicano vive una “múltiple moral”, ante el conservadurismo y la práctica sexual, pero establece una seria necesidad en obtener una mayor información y educación sexual que promueva la aceptación y la felicidad de individuo.⁽²⁰⁾

Como un apartado especial mencionaremos a la educación sexual dentro del IMSS: Desde 1990 se crea un departamento de Salud Reproductiva del Adolescente. En 1998 instrumenta el Modelo de Atención Integral del Adolescente en el Medio Rural. Este programa es llevado a los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA). Además se implementan dentro de los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) el Programa de Salud del Adolescente de 10 a 19 años en el que se realizan acciones de promoción de la salud, vigilancia de la nutrición, prevención, detección y control de enfermedades y de salud reproductiva que repercuten en el bienestar y calidad de vida.

Es importante mencionar la experiencia de IMSS Oportunidades en su trabajo con adolescentes, año en que se instrumentó y diseñó el Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente en el Medio Rural, en el cual mediante 7 líneas de acción y en especial la del acercamiento de los servicios, otorgan atención médica y educativa a casi 2.5 millones de jóvenes en el ámbito rural, en 17 estados de nuestro país. Consolidando hasta la fecha 3609 Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA) con más de 60, 000 participantes.

PREVENIMSS aprovecha esta experiencia y desarrollo un Modelo Educativo de Atención Preventiva Integrada en el medio urbano, denominado CENTRO JUVENIMSS. Cuyo objetivo principal es el contribuir al cambio por la cultura de la

salud, a través de Promotores Adolescentes PREVENIMSS que participen como educadores de sus pares para lograr formar generaciones saludables.

Por tal motivo se llevan a cabo cursos en las diferentes Unidades de Medicina Familiar (UMF), en el cual se deberá de incluir a todos los adolescentes derechohabientes que se inscriban. Formando 2 grupos educativos, uno de 10 a 14 años de edad y otro de 15 a 19 años, abordando los temas en sesiones separadas. Cada grupo se integrara con un mínimo de 10 y un máximo de 30 adolescentes. Todos los temas se abordaran de forma amena y con dinámicas vivenciales que favorezcan el aprendizaje y la participación activa.

La adolescencia es sin lugar a duda la etapa más complicada para el ser humano, esto quizás se debe a que es el momento en el que la niñez y la adultez se enfrentan por el dominio de la persona; resulta complicada también por la dependencia de los padres y a la vez cierta rebeldía hacia ellos, conviven con la todavía fuerte necesidad de juego y la capacidad de procrear, tal vez de ahí surge la confusión, las relaciones sexuales son divertidas, pero no son un juego. Es ahí donde surge una intensa búsqueda de las primeras experiencias sexuales, por tal motivo la educación sexual se convierte en una necesidad absolutamente imprescindible para evitar embarazos y/o enfermedades de transmisión sexual. La educación sexual integral debería iniciarse en épocas tempranas de la vida, debería ser adecuada para la edad y el grado de desarrollo y debería promover una actitud positiva hacia la sexualidad. Debe proporcionar una base de conocimientos sobre la sexualidad humana. Además se ha reconocido que la información sexual por sí sola no basta, también debe incluir el desarrollo de destrezas, además de la adquisición de conocimientos.⁽²¹⁾

La salud reproductiva forma parte de la Educación sexual, y esta abarca embarazo y planificación familiar o anticoncepción. Es importante por lo tanto conocer el **contexto normativo de los servicios de anticoncepción de los adolescentes**. Existen acuerdos internacionales que ha firmado el gobierno de México, así como leyes y normas que permiten que el personal de salud brinde información y servicios de anticoncepción a las y los adolescentes cuando éstos los soliciten, sin necesidad de que cuenten con el permiso o la presencia de sus padres, madres o tutores. Este conjunto de documentos representa un marco legal para el ejercicio de los derechos que tienen las personas de estas edades a recibir información y servicios anticonceptivos de calidad. En el ámbito internacional podemos hablar de **la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD)**, convocada por la

Organización de las Naciones Unidas, celebrada en El Cairo, Egipto en septiembre de 1994, y cuyo objetivo fue elaborar un Programa de Acción para mejorar la salud sexual y reproductiva en todo el mundo. La CIPD definió el concepto de salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud sexual que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. En esta definición están implícitos los "derechos reproductivos", que se refieren al ejercicio de la facultad reproductiva y se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir libre y responsablemente de tener hijos o no, el número de éstos y el espaciamiento entre los nacimientos, así como tener acceso a servicios de salud de calidad. La CIPD se planteó "proteger y propiciar los derechos de las/os adolescentes a la información y los servicios de salud reproductiva." Se acordó que los países deben: "asegurar que los programas y las actitudes de los prestadores de servicios de salud no limiten el acceso a este grupo de edad a los servicios y a la información que necesitan." Asimismo, se estableció que se deben salvaguardar los derechos de las y los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta.⁽²²⁾

Se da seguimiento de esta Conferencia y en Cairo en Santiago de Chile, se reunió el 10 y 11 de marzo de 2004 para revisar los acuerdos de la CIPD al cabo de 10 años de haberse adoptado el Programa de Acción. Se asentó promover y proteger el derecho de adolescentes y jóvenes al acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva amigables, salvaguardando los derechos a la privacidad, confidencialidad, consentimiento informado e involucrarlos en el diseño, ejecución y evaluación de estos programas".⁽²³⁾

La Convención sobre los Derechos de la Infancia (CDI), efectuada en Nueva York, en 1989, en donde se menciona que a la luz de los artículos 3, 17 y 24 de la Convención, los Estados deben ofrecer información a los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo planeación familiar y métodos anticonceptivos, los peligros del embarazo temprano, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y el

tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). En suma se debe asegurar que ellos tengan acceso a información adecuada, independientemente de su estado civil, con o sin el consentimiento de sus padres o tutores. Confirma que "Las adolescentes deben tener acceso a la información sobre el daño que la uniones tempranas y el embarazo en esas edades pueden causar, y aquellas que se embarazan deben tomar medidas para reducir la morbilidad y mortalidad materna en mujeres adolescentes, particularmente causadas por el embarazo temprano y la práctica de abortos inseguros, y apoyar la paternidad adolescente. A lo largo de la Convención, se reconoce que toda persona menor de 18 años tiene derechos, y que tiene capacidad para ejercerlos de acuerdo a la evolución de sus capacidades. El poder de los padres sobre sus hijos menores se ve limitado cuando las y los adolescentes desarrollan sus capacidades no sólo para tomar decisiones, sino también para anticipar y prevenir responsablemente las consecuencias de las mismas -solicitar un método para prevenir un embarazo. Este concepto es particularmente importante en el área de atención a la salud sexual y reproductiva, porque muchas veces en el proceso de atención a la salud de las y los jóvenes menores de 18 años se viola el derecho a la confidencialidad, aludiendo a la incapacidad e inmadurez del o la menor para tomar decisiones sobre su vida y su cuerpo (iniciar su vida sexual, utilizar algún método anticonceptivo, interrumpir un embarazo).⁽²²⁾

En México a través de los instrumentos legales nacionales y las convenciones y conferencias firmadas y ratificadas, se reconoce que las y los adolescentes menores de 18 años de edad pueden adquirir, a través de la evolución de sus capacidades, la suficiente madurez para responsabilizarse de sus decisiones, pudiendo acudir a un servicio de planificación familiar y solicitar un método anticonceptivo en igualdad de condiciones que una persona adulta, sin ser necesaria la presencia de los padres y tutores, respetándose así su derecho a la confidencialidad.

Los servicios de anticoncepción para adolescentes se enmarcan dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006 y en el Programa de Acción: Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud (SS), y tienen sus fundamentos jurídicos en los artículos 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el 3º de la Ley General de Población, en el 3º de la Ley General de Salud y en los criterios y recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar (NOM), cuya resolución, publicada en enero de 2004, modifica los contenidos de la misma para incluir la anticoncepción de

emergencia y el condón femenino como métodos anticonceptivos que tienen que estar disponibles para la población en general.⁽²⁴⁾

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Protege por igual a hombres y mujeres, y contiene garantías individuales, sociales y principios básicos, incluyendo el derecho de cada persona a la protección de su salud. El Artículo 4º Constitucional indica: Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

La Ley General de Población En el Artículo 3º, párrafo segundo de esta Ley se indica que: "La Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará, o en su caso promoverá ante las dependencias componentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para: Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país.

La Ley General de Salud en el Artículo 27º reconoce que la planificación familiar es parte de los servicios básicos de salud y expresión del ejercicio del derecho a la protección de la salud del individuo y de la sociedad en general. El Artículo 67º, indica que: "la planificación familiar es prioritaria e incluye información y orientación educativa para las y los adolescentes y jóvenes e información a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años de edad y la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser proporcionada de manera oportuna, eficaz y completa a la pareja.

El Programa Nacional de Salud y el Programa de Acción: Salud Reproductiva 2001-2006. En estos documentos, la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), consideran a las y los adolescentes como un grupo prioritario de atención de la salud sexual y reproductiva, porque las decisiones que se tomen durante esta etapa de la vida tienen una gran trascendencia individual y social. En estos documentos se reconoce que los embarazos no planeados, el aborto inseguro y las infecciones de transmisión sexual se han convertido en un problema de salud pública que afecta a un mayor número de adolescentes, situación

que demanda de esfuerzos multisectoriales con un enfoque integral, que den respuesta inmediata a sus necesidades insatisfechas de salud sexual y reproductiva.⁽²²⁾

La Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar tiene como objetivo uniformar los criterios para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basado en la aplicación del enfoque integral de la salud reproductiva. Las acciones de salud sexual y reproductiva para adolescentes, tienen su antecedente inmediato en esta norma que elimina las restricciones al uso de cualquiera de los anticonceptivos temporales, basadas en exclusivos criterios de edad o paridad. Para cada uno de estos métodos, así enuncia: están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, **incluyendo adolescentes**. Señala que los servicios de planificación familiar, su promoción y difusión, información y educación, consejería, selección, prescripción y aplicación de todos los métodos anticonceptivos deben ofrecerse, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de estos servicios, a todas las personas en edad reproductiva, incluyendo a las y los adolescentes. Enfatiza la importancia de la consejería y del ejercicio del consentimiento informado que debe ofrecer un médico(a) capacitado(a) en los servicios de anticoncepción, y en los casos que se requiera.⁽²⁵⁾

Educación. Todos estos programas como se señala, están fuertemente relacionados con el proceso educativo, en donde el profesional de la salud tiene una gran participación, por ello es importante tener claros algunos conceptos. Así Hanz, define la educación la como el conjunto de todos los efectos procedentes de personas, de sus actividades y actos, de las colectividades, de las cosas naturales y culturales que resultan beneficiosas para el individuo despertando y fortaleciendo en él sus capacidades esenciales para que pueda convertirse en una personalidad capaz de participar responsablemente en la sociedad, la cultura y la religión, capaz de amar y ser amado y de ser feliz.⁽²⁶⁾ El término de educación se entiende como un proceso de vida, que involucra no solo conocimientos y habilidades, sino que tiene que ver con la esencia misma del ser. De acuerdo a esta definición la educación no debe ser ni estática ni homogénea, sino que debería ser pertinente a las diferencias que se presentan entre cada persona.⁽²⁷⁾ La educación involucra a su vez dos procesos bidireccionales la enseñanza y el aprendizaje. La enseñanza es el proceso

por el cual se comunican o transmiten conocimientos, habilidades, destrezas, valores, actitudes y comportamientos. En tanto que el aprendizaje es la modificación más o menos estable de los patrones de conducta del individuo, producto de la confrontación reflexiva de los conocimientos, habilidades, destrezas.

En el tiempo actual los métodos de enseñanza han dado un giro importante con la disminución de la teoría y mayor complementación práctica. La metodología de enseñanza que predomina hoy en día se clasifica como pasiva y participativa.

Metodología pasiva: Idea del conocimiento. Consumo (memorización de la información). Direccionalidad: unilateral del maestro al alumno. Evaluación: exámenes opción múltiple. Protagonista: maestro.

Metodología Activa: Idea del conocimiento: construcción individual del conocimiento a través de la evaluación y reflexión de la información recibida. Direccionalidad: doble línea del maestro al alumno y del alumno al maestro. Evaluación: instrumentos de competencia. Protagonista: el alumno.

Las principales técnicas educativas por estos métodos de enseñanza son:

Las clases magistrales expositivas: (memorizar), donde la enseñanza está centrada en el profesor y el aprendizaje busca la memorización del saber que se transmite.

Clases magistrales y el libro de texto: (memorizar, aplicar-rutina), aquí el profesor es un instructor, la enseñanza se centra en los conocimientos que el alumno debe memorizar y aplicar para concertar preguntas.

La escuela activa: (comprender, generar, aplicar conocimiento, estrategias cognitivas). La enseñanza se centra en el alumno en donde se debe proporcionar entornos de aprendizaje con la información estructurada y actividades significativas en donde se puedan desarrollar proyectos y actividades que les permitan descubrir el conocimiento, aplicarlo en situaciones prácticas y desarrollar sus capacidades.

La enseñanza abierta y colaborativa: (comprender, generar, aplicar conocimiento y estrategias cognitivas), aquí el profesor se convierte en mediador del aprendizaje y los estudiantes trabajan colaborativamente entre ellos y con el profesor con el fin de construir conocimiento.

El aprender no solamente consiste en obtener nuevos conocimientos, también se pueden consolidar, reestructurar o eliminar conocimientos que ya tenemos. Las modificaciones de los esquemas de conocimientos y/o de las estructuras cognitivas de los individuos se consiguen a partir de la información y de la comunicación interpersonal, así como de las operaciones cognitivas.

El proceso de aprendizaje constituye una actividad individual, aunque se desarrolla en un contexto social y cultural, en donde se incluye:

- Acceso a la información
- Proceso de la información (operaciones cognitivas)
- Productos obtenidos (concepciones del aprendizaje)
- Aplicación del conocimiento (operaciones cognitivas)
- Durante este proceso de aprendizaje, se desarrollan diversas operaciones cognitivas que intervienen en la estructura mental.
 - d) Receptivas (percibir/observar, leer/identificar, escuchar)
 - e) Retentivas (memorizar/recordar, calcular/aplicar conocimientos)
 - f) Analíticas (analizar, comparar/relacionar, ordenar/clasificar, abstraer)
 - g) Resolución de problemas (deducir/inferir, comprobar/experimentar, analizar/interpretar, transferir/generalizar, elaborar hipótesis/resolver problemas)
 - h) Críticas (analizar/conectar, evaluar, argumentar, debatir)
 - i) Creativas (extrapolar/transferir/predecir, Imaginar/crear)
 - j) Expresiva simbólica (representar/comunicar, usar lenguaje)
 - k) Expresiva practica (aplicar/usar herramientas)
 - l) Metacognitivas (tener conciencia de los procesos cognitivos de aprendizaje)

Estrategia educativa se define como los procesos de dirección educacional integrados por un conjunto o secuencia de acciones y actividades planificadas, organizadas, ejecutadas y controladas, de acuerdo con objetivos formativos previamente delimitados en cada fase de un proceso educativo, para el logro de una meta o fin propuesto. Este conjunto de procedimientos se apoya en técnicas de enseñanza, que tienen por objeto llevar a buen término la acción didáctica, es decir, alcanzar los objetivos de aprendizaje. “Es una secuencia integrada de procedimientos o actividades que se eligen con el propósito de facilitar la adquisición, almacenamiento o utilización de la información” (Pozo, 1990 :201); “la secuencia de procedimientos que se aplican para lograr aprender” (Mayor y cols. 1993:29); “las actividades u operaciones mentales seleccionadas por un sujeto para facilitar la adquisición del conocimiento” (Beltrán, 1998 :205).⁽²⁸⁾

Es relevante mencionar que las estrategias de aprendizaje son conjuntamente con los contenidos, objetivos y la evaluación de los aprendizajes componentes fundamentales del proceso de aprendizaje. Son las encargadas de establecer lo que

se necesita para resolver bien la tarea del estudio. Determina las técnicas más adecuadas a utilizar. Controla su aplicación y toma decisiones posteriores en función de los resultados.

Se dice que un individuo emplea una estrategia cuando es capaz de:

1. Realizar una reflexión consciente sobre el propósito u objeto de la tarea.
2. Planificar que va a hacer y como lo llevara a cabo.
3. Realizar la tarea o actividad encomendada.
4. Evalúa su actuación.

Se han identificado 5 tipos de estrategias generales en el ámbito educativo.

Estrategias de ensayo: Son aquellas que implican la repetición activa de los contenidos diciendo, escribiendo o centrarse en partes claves de el (repetir términos en voz alta).

Estrategias de elaboración: Implica tener conexiones entre lo nuevo y lo familiar (parafrasear, resumir, crear analogías, tomar notas no literales).

Estrategias de organización: Agrupan la información para que sea más fácil recordarla. Implican imponer estructura a contenidos de aprendizaje, dividiéndolo en partes e identificando relaciones y jerarquías (resumir un texto, esquema, subrayado, cuadro sinóptico, red semántica, mapa conceptual, árbol ordenado).

Estrategias de control de la comprensión: estas son las estrategias ligadas a la metacognición. Implican permanecer consciente de lo que se está tratando de lograr, seguir la pista de las estrategias que se usan y del éxito logrado con ellas y adaptar la conducta en concordancia. Incluyen a su vez:

Estrategias de planificación. Son aquellas mediante las cuales los alumnos dirigen y controlan su conducta. Son, por tanto anteriores a que los alumnos realicen ninguna acción. Se llevan a cabo las siguientes actividades:

- Establecer el objetivo y la meta de aprendizaje
- Seleccionar los conocimientos previos que son necesarios para llevarlo a cabo
- Descomponer la tarea en pasos sucesivos
- Programar un calendario de ejecución
- Prever el tiempo que se necesita para desarrollar esa tarea, o recursos que se necesitan.
- Seleccionar la estrategia a seguir

Regulación, dirección y supervisión: Se utilizan durante la ejecución de la tarea e indican la capacidad que el alumno tiene para seguir el plan trazado y comprobar su

eficacia:

- Formular las preguntas.
- Seguir el plan trazado.
- Ajustar el tiempo y el esfuerzo requerido por la tarea.
- Modificar y buscar estrategias alternativas en el caso de que las seleccionadas anteriormente no sean eficaces.

Evaluación: son las encargadas de verificar el proceso de aprendizaje. Se llevan a cabo durante y al final del proceso:

- Revisar los pasos dados.
- Valorar si se han conseguido o no los objetivos propuestos.
- Evaluar la calidad de los resultados finales.
- Decidir cuándo concluir el proceso emprendido, cuando hacer pausas, la duración de las pausas, etc.

Estrategias de apoyo afectivo: La misión fundamental es mejorar la eficacia del aprendizaje, optimizando las condiciones en las que se produce. Establecer y mantener la motivación, enfocar la atención, mantener la concentración, manejar la ansiedad, manejar el tiempo de manera efectiva.^{(29) (30)}

En las últimas décadas del siglo XX, a la luz de investigaciones relacionadas con la educación, se llegó a concluir que el aprendizaje no es simplemente un fenómeno que se dé en forma inexplicable, sino algo que acontece dentro de ciertas condiciones observables, más aún tales condiciones pueden ser controladas y alteradas, lo que conduce a considerar la posibilidad de utilizar un método científico para dirigir el aprendizaje.⁽³¹⁾

Es importante el recordar que el proceso educativo no se realiza únicamente en las escuelas, sino que en ello están inmersos también los ámbitos familiar y social, al respecto es conveniente recordar que ambos están considerados como una enorme aula, educadora y des-educadora, promotora y destructora de la humanidad y la cultura, de ahí que la educación deba ser obra y responsabilidad de la sociedad en su conjunto siendo las instituciones de salud una parte vital en dicho proceso que no debe dejarse de lado.⁽³²⁾

Métodos y técnicas de enseñanza. Los métodos y las técnicas constituyen recursos necesarios de la enseñanza, siendo considerados los medios de realización de ésta. Las técnicas de enseñanza, son también formas de orientación del aprendizaje. Los métodos de enseñanza pueden ser clasificados tomando en

consideración una serie de aspectos tales como: La forma de razonamiento, coordinación de la materia, concretización de la enseñanza, sistematización de la materia, globalización de los conocimientos, participación de los alumnos, relación del maestro con los alumnos, aceptación de lo enseñado, y/o al trabajo del alumno. Estos tres últimos puntos son muy relevantes cualquier grupo de aprendizaje, por lo que se ahondará un poco en ellos, así puede decirse que los métodos en cuanto a la aceptación de lo enseñado, pueden dividirse en:

a) Método dogmático. Lo dogmático no admite discusión, ya que impone al alumno aceptar sin discusión ni revisión lo que el profesor enseña. Aunque todas las disciplinas, pueden presentar partes que exigen una exposición dogmática, conviene no perder el punto de vista científico, la apertura, que como su nombre lo indica mantiene las posibilidades de movimiento, abiertas y falibles.

b) Método heurístico. Del griego heurisko cuyo significado es “yo encuentro,” consiste en que el profesor motive, estimule al alumno a comprender, a “encontrar” razones antes de fijar el aprendizaje. El alumno debe tener oportunidad de descubrir justificaciones o fundamentos, y debe “investigar” para ello.

Métodos en cuanto al trabajo del alumno, en los que puede identificarse:

a) Método de trabajo individual. Este permite establecer tareas diferenciadas de acuerdo con las diferentes capacidades de los alumnos, hace que la enseñanza sea “individualizada”.

b) Método de trabajo colectivo. Este se apoya en el trabajo en grupo. Se distribuye una determinada tarea entre los componentes de un grupo y cada subgrupo debe realizar una parte de la tarea, fomenta el trabajo en cooperación y permite reunir los esfuerzos en función de una sola tarea.

c) Método mixto de trabajo. Cuando planea actividades socializadas e individuales. Es un método muy aconsejable, ya que da oportunidad a la acción socializada e individualizadora.

Métodos en cuanto a las actividades de los alumnos, en ellos destaca:

a) Método pasivo. Cuando los alumnos permanecen indiferentes (no se comprometen) ante una experiencia de aprendizaje, se dice que el método es pasivo. Aunque existen ciertos procedimientos tales como el dictado, las lecciones marcadas en el libro de texto, aprender de memoria preguntas y respuestas y la exposición dogmática, que se consideran propiamente como pasivos, cualquier método que no de importancia a la participación del estudiante es pasivo.

b) Método activo. Cuando se tiene en cuenta la participación del alumno en las

experiencias de aprendizaje se dice que el método es activo. En este caso, el método funciona como dispositivo que hace que el estudiante actúe física y mentalmente. El profesor deja de ser un simple trasmisor y se convierte en un coordinador, un líder, un guía de la tarea. Entre los procedimientos que favorecen la actividad están los siguientes (interrogatorio, argumentación, trabajos de grupo, debates y discusiones, etc).

La tendencia participativa también se conoce como método de aprender haciendo, técnica orientada y centrada en el educando, y técnica no dirigida tiene como finalidad, la aplicación creativa del conocimiento, vinculando la docencia e investigación en la atención médica, resaltándole dominio de los métodos de conocimiento de aplicación amplia y ubicando a la crítica en el eje de las estrategias del conocimiento innovador. Es un enfoque que busca desarrollar la energía social y el poder interno de cada ser humano para transformar su realidad y trascender las condiciones generales en que vive. Con la metodología participativa se generan conocimientos desde la práctica, inclusive se desarrollan teorías, pero siempre se vuelve a la práctica; de la acción a la reflexión y de nuevo a la práctica/acción. Con esta base la comunicación es democrática, permite y posibilita el dialogo, la discusión y la creación de nuevos conocimientos en forma continua. El facilitador y los participantes comparten la información que nace de la propia experiencia. Los ambientes son de respeto mutuo, libre de presiones, prejuicios, tabúes y censuras. La metodología participativa concede a los facilitadores y a los participantes la oportunidad de una comunicación horizontal, en la que hay una responsabilidad compartida entre el educador y el educando.

En todo caso el objetivo de la educación debe ser el aprendizaje significativo, el uso de las distintas corrientes o tendencias educativas así como las técnicas deberán ser electas de acuerdo a lo que se considere mejor para el logro del aprendizaje, aunque se ha señalado ello en el adulto, esto no es privativo de dicho grupo, sino visualizando la mejor forma en que el alumno aprenda a aprender. ⁽³⁰⁾

En el área educativa las estrategias deben estar sometidas a las exigencias de los diseños experimentales e investigativos en general teniendo como etapas las siguientes: Conceptualización (ámbito de actuación); metas y objetivos, contenido (resultados o procesos) y finalmente una evaluación, para perfeccionar la formación y el aprendizaje.

Cabe referir que las estrategias pedagógicas no constituyen algo estático, rígido, sino flexible, susceptible al cambio, la modificación y adecuación de sus alcances

por la naturaleza pedagógica de los problemas a resolver. Por lo tanto las estrategias educativas constituyen procesos de dirección educacional integrados, por un conjunto o secuencia de acciones y actividades planificadas, organizadas, ejecutadas y controladas por el profesor teniendo como objetivo perfeccionar o favorecer el aprendizaje. La técnica de enseñanza es el recurso didáctico al cual se acude para concretar un momento de la lección o parte del método en la realización y activación del proceso educativo. Partiendo de que no existen entonces técnicas viejas o nuevas sino útiles o no, pueden citarse:

Torbellino de ideas: Esta técnica se origina en países de habla inglesa bajo el título “brain storming” para denominarla se utilizan diversos nombres como lluvia de ideas, ideas en tempestad. Es una forma de trabajo en grupo, generalmente poco numeroso, en la que los **participantes deben proporcionar ideas en forma rápida y sin discusión sobre un tema dado**. Cada participante expresa lo que piensa o sugiere sobre la tarea o tema, puede ser de forma verbal o cada participante anota su idea en una hoja de papel el cual luego lee el moderador al resto del grupo, quien lo agrupa en un pizarrón. Esta técnica permite que todos los participantes expresen por lo menos una idea con respecto al tema. Permite superar discusiones interminables y el monopolio de la discusión por parte de unos pocos. El propósito es generar el máximo de ideas. No se trata de analizar un tema o problema en detalle o aprender nuevos conocimientos o habilidades. No es adecuada para grupos numerosos, además de que el empleo de esta técnica requiere destreza por parte del coordinador quien debe ser muy bien el propósito y funcionamiento del ejercicio y mantener pleno control en su desarrollo.

Charla (Exposición). Esta es una técnica de enseñanza más utilizada en educación para la salud. Un invitado ubicado frente a un grupo, grande o pequeño, hace una presentación hablada de uno o más temas. Es útil para impartir nuevos conocimientos e información, se utiliza cuando el contenido que necesita cubrir es extenso y el tiempo disponible escaso, cuando no hay suficiente material de lectura para que los participantes estudien por su cuenta. Además, el contacto interpersonal será beneficioso como estímulo del interés en el proceso de aprendizaje. Las charlas pueden ofrecerse en una variedad de ambientes. Pueden enmarcarse en una reunión pública aprovechando de la presencia de un experto; puede ser el único propósito de la reunión o puede constituir su culminación. ^{(31) (32)}

Bien utilizados cumplirán las siguientes funciones en el proceso de enseñanza: interesar al grupo, motivarlo, enfocar su atención y retener conocimientos, variar los

estímulos, fomentar la participación, facilitar el esfuerzo de aprendizaje, concretar la enseñanza evitando divagaciones y verbalismos, ampliar el marco de referencia. Un punto importante a considerar es que el estudiante no aprende por los medios, sino por la forma en que éstos se presentan.

Previo a la implementación de la práctica de enseñanza se debe poner en marcha una prueba-diagnóstica que constate también los conocimientos y habilidades que posee el estudiante ,respecto de las tareas que se van a realizar, para evitar repeticiones y para clasificar a los individuos en forma adecuada. En la administración de la prueba deberá ilustrarse a los estudiantes sobre ello, con el fin de evitar frustraciones al no poder responder adecuadamente. Posterior a ello se podrá iniciar el proceso de enseñanza con la evaluación posterior que es un elemento clave en todo proceso sistemático. Antes de efectuar un acto educativo debe establecerse la forma en que se va evaluar, esto se refiere tanto a las circunstancias y elementos que intervienen en la planificación y ejecución del acto docente (contexto) como a los elementos que interviene en su planificación y ejecución (proceso), así como al logro de los objetivos (resultados). En cualquier tipo o forma de evaluación pueden identificarse las siguientes finalidades:

- **Conocer:** Es decir, recibir y dar información acerca de todos los elementos del acto educativo, sobre las necesidades a que responde, la validez de los objetivos, características del grupo, resultados obtenidos, aceptación del acto educativo, etcétera.
- **Motivar.** Se refiere a ayudar al estudiante, al profesor y a la estructura escolar, reforzando su acción mediante la información de retorno.
- **Medir:** O sea evaluar la eficacia de los elementos que componen el acto educativo y sus resultados, con el fin de emitir un concepto, un juicio, una opinión sobre ellos. Determinar la eficacia (resultado) y congruencia (proceso) del acto de enseñanza –aprendizaje. A este respecto, y sólo en lo que a resultados se refiere, han reducido muchos educadores el proceso de evaluación en medir y calificar.^{(31) (32)}

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Chirinos de Cora manifiesta que ha observado un incremento del embarazo en las adolescentes y considera que esto se debe a múltiples factores, entre los cuales menciona la constitución de la familia, las condiciones sociales y culturales y los medios de comunicación masiva. La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin comunicación adecuada de padre a hija, con un nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual. Los medios de comunicación masiva influyen en las relaciones sexuales, si bien en ellos se incluyen temas de educación sexual, también se ven programas con cierto grado de erotismo, que son observadas por los niños y pueden influir en el inicio de la vida sexual a una edad temprana.⁽³³⁾

En 1997 se realizó un estudio observacional analítico, de tipo casos-controles, basado en 61 adolescentes embarazadas y 122 no embarazadas, para determinar los factores sociales asociados a la gestación precoz en el área de salud del Policlínico Docente "28 de setiembre" de Santiago de Cuba, demostrando que la maternidad en las adolescentes está condicionada por múltiples factores, entre los cuales revisten particular importancia los psicosociales, considerados como la causa principal de este problema de salud. Se aprecia que alrededor 73.8% de los casos de embarazo precoz poseen factores sociales asociados como inestabilidad familiar y no convivir con los padres, y que más de la mitad (67.2%) poseía una educación sexual deficiente.⁽³⁴⁾

En el año 2000 en el municipio Cotorro de la Ciudad de La Habana, en un estudio en adolescentes entre 10 y 19 años, del sexo femenino, con 53 casos de adolescentes embarazadas, y control con 106 adolescentes no embarazadas, se compararon diferentes aspectos de la sexualidad, esfera familiar y socio demográficos, con el fin de determinar la influencia de algunos aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Más de la mitad de la población estudiada clasificó en el rango de adolescencia tardía (17 a 19 años); más de la tercera parte de las adolescentes ni estudiaba ni trabajaba; los padres eran divorciados (79.3 %) superaron al control (71.8 %). El grupo de estudio superó al control en cuanto a adolescentes criadas solo por la madre (41.5 %). En el control, la madre y el padre estuvieron presentes en el mayor porcentaje (35.9%) En ambos grupos fue mayor la presencia de familias moderadamente disfuncionales, y fueron superadas por el grupo estudio (77.3 a 70.7 %) respectivamente.⁽³⁵⁾

En un estudio en el año del 2004, en la Cd. De León Guanajuato, cuyo objetivo fue determinar el grado de funcionalidad familiar en el caso de adolescentes embarazadas, mediante la aplicación del Apgar Familiar; se seleccionaron al azar 364 embarazadas entre 12 y 19 años de edad, de enero del 2001 a enero del 2002. Se clasificó como familia funcional, disfunción moderada y severa. Se encontró que existía disfunción familiar en el 33% de los casos, (27% disfunción moderada, 6% disfunción severa) la mayor frecuencia se presentó en los aspectos de crecimiento y afecto, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja.⁽³⁶⁾

Se realiza un estudio entre 1992 y 1994, cuyo objetivo fue describir la proporción de embarazo no deseado en adolescentes, su asociación con características sociodemográficas y la utilización de anticonceptivos posparto. Estudio transversal con una muestra de 220 mujeres adolescentes entre 13 y 19 años de edad, de dos municipios semiurbanos del estado de Morelos, México. Las mujeres fueron entrevistadas en su casa entre 6 y 12 semanas después del parto. Se les preguntó si antes de embarazarse desearon el último embarazo. Además, se indagó sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos posparto. De éstas, 22.73% declararon que su embarazo no fue deseado. Se encontró una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones del sistema de seguridad social y embarazo no deseado. Asimismo, las adolescentes de comunidades urbanas manifestaron no deseo del embarazo con mayor frecuencia que las mujeres de comunidades rurales. Un 91.3% de las madres adolescentes enunció la píldora anticonceptiva entre los métodos que conocía. Un 84.72% conocía el DIU y 63.68% el condón. Sin embargo, sólo 35% estaba utilizando algún método anticonceptivo efectivo después de las seis semanas posparto. No se encontró diferencia en la frecuencia de uso de anticonceptivos según deseo del último embarazo. Entre quienes se atendieron el parto en centros de salud u hospital sólo 43.39% estaba utilizando algún método efectivo de planificación familiar. Estos hallazgos sugieren que los programas de planificación familiar tienen un potencial de cobertura aún no alcanzado entre el grupo de adolescentes, especialmente entre las que viven en áreas suburbanas y entre las no derechohabientes de la seguridad social. Asimismo, sugiere la necesidad de insistir en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos posparto en este grupo considerado de alto riesgo

reproductivo. Se evidencia la necesidad de investigar sobre métodos de educación sexual y reproductiva que puedan introducirse en el sistema escolar desde el nivel primario.⁽³⁷⁾

En un estudio realizado en adolescentes de la Ciudad de México, que cursaban el bachillerato en una institución privada, los estudiantes fueron seleccionados de manera no probabilística. La muestra estuvo constituida por 113 hombres y 65 mujeres mexicanos estudiantes de bachillerato, entre los 14-20 años de edad. Todos los estudiantes eran solteros, el 70% no tenía pareja y el 30% si. En su mayoría (93%), vivían con sus padres y pertenecían a nivel socioeconómico de medio a medio alto. El objetivo de este estudio fue identificar predictores psicosociales de conducta sexual protegida en adolescentes. Se aplicaron una serie de instrumentos a saber: conocimientos y creencias sobre sexualidad, habilidades para la toma de decisiones, comunicación asertiva y conducta sexual protegida. Los resultados mostraron que la habilidad de comunicación asertiva es el mejor predictor de esta conducta, en el caso de relaciones sexuales con una pareja regular, seguido por los conocimientos; el mejor predictor con la pareja ocasional, son las creencias. Se identifica la necesidad de desarrollar programas de educación sexual que faciliten la comunicación asertiva con la pareja sexual y que información objetiva tienen que, desmitifique creencias, mediante el conocimiento detallado y práctico sobre sexualidad, embarazo y uso de anticonceptivos.⁽³⁸⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa vulnerable con cambios sociales y culturales, transformaciones biológicas, psicológicas y cognitivas, al mismo tiempo que se define la identidad sexual y personal, por lo tanto estrechamente vinculado a la relación que guarda con el núcleo familiar y social. Considerando que la familia es la fuente primaria trasmisora de conocimiento, valores, actitudes, roles, etc., en ésta se encuentra el soporte afectivo que necesita el adolescente, para moldear su personalidad infundiéndole modos de pensar y actuar, representando a la larga hábitos que incluyen aspectos de la vida cotidiana, educativa y sexual.

En la Encuesta Nacional de Salud (2000) se reporta la primera relación sexual a los 15.6 y 15.7 años para hombres y mujeres respectivamente; de acuerdo a la Encuesta Nacional de Juventud (México 2005), 3, 457, 285 (34.2%) jóvenes adolescentes entre 15 y 19 años, reconoció haber tenido relaciones sexuales, de ellos 16.7% fué a los 14 años y 15.5% a los 15 años; del total solo 34% habían utilizado un método anticonceptivo durante la primera relación sexual, desconociendo la distribución por cada institución de salud.

En México, la preocupación de las autoridades de salud en relación a los adolescentes es el fenómeno de embarazos con presentación a edades más tempranas y desarrollo de complicaciones perinatales, aunado a deserción escolar, desintegración familiar, entre otros. Estudios al respecto han demostrado factores que favorecen lo descrito, por citar algunos: falta de información sobre la sexualidad, métodos anticonceptivos y/o sus formas adecuadas de uso, mitos sobre la anticoncepción, falta de planeación en las relaciones sexuales. En contraparte otros autores mencionan que la comunicación asertiva y mayor nivel educativo propician que el adolescente tome decisiones del uso de anticoncepción. Reconociendo la importancia del proceso educativo, organismos como el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus Coordinaciones de Salud Reproductiva y Educación, han implementado programas educativos dirigidos a los adolescentes en los cuales se abordan aspectos sobre sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción, etc. con la intención de fortalecer la información sobre la salud reproductiva, la cual entraña la capacidad de ejercer la sexualidad, de embarazarse y la libertad para decidirlo, sin olvidar que esto lleva implícito el salvaguardar los derechos a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y consentimiento del adolescente.

En la UMF. 94 se reportó en el 2009, una población de adolescentes entre 10 a 19 años de 13,396⁽⁴⁰⁾ de los cuales 173(1.4%) se registraron como aceptante de algún método, sin embargo se desconoce el porcentaje real con vida sexual activa. Aprovechando la integración de dichos grupos de adolescentes y considerando lo anteriormente expuesto, se propone esta investigación para evaluar como el ámbito familiar, así como la información recibida puedan influir en la selección del método anticonceptivo más adecuado, para cuando los adolescentes decidan ejercer a plenitud su sexualidad y con ello se posibilite que cuenten con elementos sustentados en el conocimiento.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cómo la Funcionalidad familiar y la modificación en el conocimiento postestrategia educativa sobre sexualidad y anticoncepción influyen en el adolescente para la selección del método anticonceptivo temporal más adecuado durante la adolescencia?

OBJETIVO GENERAL

Analizar la funcionalidad familiar y conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción pre-postestrategia educativa y su influencia en la selección por el adolescente del método anticonceptivo temporal más adecuado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la Funcionalidad Familiar en la familia de los adolescentes participantes del Curso de Verano para Adolescentes de la UMF. 94
- Conocer el nivel de conocimientos pre y post-estrategia educativa, sobre sexualidad y anticoncepción en los adolescentes participantes del Curso de Verano para Adolescentes en la UMF. 94.
- Identificar el tipo de método anticonceptivo temporal pre-postestrategia educativa seleccionado como más adecuado por el adolescente.
- Correlacionar la funcionalidad familiar y el nivel de conocimientos pre-postestrategia educativa sobre sexualidad y anticoncepción con la selección del método anticonceptivo temporal como más adecuado por el adolescente.

HIPOTESIS

Hipótesis de investigación:

La funcionalidad familiar y el mayor nivel de conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción post-estrategia educativa influye favorablemente para la selección del método anticonceptivo temporal más adecuado por el adolescente.

MATERIALES Y METODOS

IDENTIFICACION DE VARIABLES

Independientes

Funcionalidad Familiar

Nivel de conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción pre y post-estrategia educativa

Dependiente

Selección de un Método Anticonceptivo temporal adecuado

Universales

Edad

Escolaridad

Estado civil

Sexo

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES (ANEXO 2)

DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio cuasi experimental de series cronológicas en un solo grupo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Adolescentes

POBLACION

Adolescentes que acudieron al Instituto Mexicano del Seguro Social

MUESTRA

Adolescentes que acudieron al Curso de Verano para Adolescentes a la UMF No. 94 del IMSS

DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE MUESTRA

No necesaria, ya que se trabajó con el total de adolescentes (50) que acudieron al Curso de Verano para Adolescentes en el mes de julio y agosto del 2010, en las instalaciones de la UMF. 94 del IMSS y que aceptaron participar.

TIPO DE MUESTREO

No Probabilístico por Conveniencia

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRA

De Inclusión:

- Mujeres y hombres adolescentes de 10-19 años de edad que acudieron al Curso de Verano para Adolescentes en el periodo de julio y agosto del 2010, en las instalaciones de la UMF. 94 del IMSS
- Ambos turnos.
- Con o sin vida sexual activa
- Con o sin método anticonceptivo actual
- Sin embarazo actual.
- Nivel de lecto-escritura mínimo.
- Aceptaron participar bajo consentimiento informado
- Aceptaron participación por parte de los padres bajo consentimiento informado (en menores de 16 años)
- Realizaron las actividades domiciliarias indicadas durante el curso (entrega y llenado de cuestionario APGAR a su familia)

De no inclusión:

- Adolescentes que recibieron educación sexual en algún curso formal previo.

De eliminación:

- Los que no asistieron al 100% de las actividades educativas programadas.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Aprovechando los grupos de adolescentes integrados al Curso de Verano, en ambos turnos, con apoyo y acuerdo del Coordinador Médico y de Trabajo social, con el investigador residente, éste último participa como apoyo docente para realizar la intervención requerida para la presente investigación. Para ello cada grupo formado por turno, se subdividió virtualmente en dos rangos de edad: de 10 a 14 años y de 15 a 19 años. Se integra al programa sobre adolescencia en el cual el investigador resaltó los aspectos de sexualidad y anticoncepción. En el encuadre del curso, el investigador principal se dió a la tarea de explicar el objetivo y forma de participación en la investigación, dado que ya se tenía el permiso verbal de participación de los padres, se procedió a otorgar a aquellos aceptantes los formados de evaluación requeridos para este trabajo. (Anexo de Consentimiento informado para rubrica de los tutores, cuestionario de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción y APGAR).

DESCRIPCION Y VALIDACION DEL INSTRUMENTO (ANEXO 4)

Se utilizó para la evaluación de la funcionalidad familiar el cuestionario denominado APGAR, el cual fue elaborado por Smilkestein (1978), Su evaluación incluye tanto el ambiente emocional que rodea al participante, como la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar, puede aplicarse a diferentes miembros de la familia a partir de los siete años de edad, es de auto aplicación individual, dirigida o en grupo. La validación española con una fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84). Su validez en el trabajo original obtuvo un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar), consta de cinco componentes básicos los cuales son:

Adaptability (ADAPTABILIDAD), utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

Partnership (PARTICIPACION), cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.

Growth (GRADIENTE DE CRECIMIENTO), maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

Affection (AFECTO), relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

Resolve (RESOLUCIÓN), tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Interpretación:

Cada pregunta se califica de 0 a 4 puntos, con lo cual la categorización es : nunca (0); casi nunca (1) algunas veces (2) casi siempre (3) y siempre (4), de acuerdo a esto la clasificación es conforme al puntaje obtenido considerando el máximo de 20 puntos, así: Funcionalidad familiar de 18 a 20 puntos, disfuncionalidad familiar leve con 14 a 17 puntos, disfuncionalidad familiar moderada de 10 a 13 puntos y disfuncionalidad familiar severa de 0 a 9 puntos.

Si la funcionalidad o disfuncionalidad se encuentra en más de un miembro de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo. ⁽¹⁴⁾

CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN (ANEXO 5)

La primera hoja del mismo correspondió a datos de identificación del participante tales como: Pseudónimo, edad, sexo, escolaridad, estado civil, integrantes de la familiar, antecedentes gineco-obstétricos (gesta, para, aborto, cesárea, inicio de vida sexual, vida sexual actual), uso de método anticonceptivo anterior y actual. Los cuales no tienen una ponderación específica. Este solo se aplicará al inicio del curso.

El cuerpo del cuestionario que contiene los ítems fue elaborado exprefeso para este trabajo, construido por el investigador considerando como eje los contenidos

temáticos que se propusieron para el curso, fue revisado por un Médico Familiar con formación docente (Dra. Luna DC.), médico asignado a Planificación Familiar (Dr. Shibata MR), y médico encargado de la Educación para el grupo de adolescentes (Dr. Muñoz VA), pertenecientes a la unidad médica de estudio, con la finalidad de su validación en contenido. Originalmente con 18 ítems, quedando en total en su revisión final con 16 ítems. Se realizó prueba piloto con cinco adolescentes tomados de la consulta al azar. Con una confiabilidad de 0.82 de acuerdo al método de semi partición. La distribución de los parámetros que lo conforman y los ítems que los exploran son:

Parámetros	No. de Ítem
Generalidades sobre sexualidad	1,2,3
Embarazo	4,5,6
Enfermedades de trasmisión sexual	7,8,9,10,11
Métodos anticonceptivos	12,13,14,15,16

Para su calificación cada ítem con respuesta correcta contó con un punto y la ponderación final fue la sumatoria del total de aciertos. Para la categorización del nivel de conocimiento con base al puntaje obtenido se estableció tres niveles, cuyos puntos de corte son:

Nivel de conocimiento	Puntuación
Bueno	11 a 16 puntos,
Regular	6 a 10 puntos
Malo	0 a 5 puntos.

Al final del cuestionario se incluyó un ítem (No. 17) que no representa una ponderación para el puntaje de conocimiento, pero con éste se sustentó la selección del método más adecuado, el cual tuvo una estructura mixta, con respuesta de opción múltiple (considerando todos los métodos temporales) y una pregunta complementaria del motivo de selección con base a sus conocimientos, con lo cual permitió en la aplicación post estrategia la corroboración de su fundamentación teórica.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO

PRIMER AÑO

1. Se seleccionó el tema a investigar. Esto se realizó con base a las necesidades detectadas en la unidad y las líneas de investigación existentes.
2. Investigación bibliográfica. Para ello se realizó búsqueda de literatura internacional, nacional reciente, así como la consulta de fuentes de documentación local de los años anteriores.
3. Construcción del proyecto. Con base a la formación recibida en el seminario de investigación y los lineamientos institucionales establecidos, se desarrollaron cada uno de los puntos determinados.

SEGUNDO AÑO

4. Solicitud de revisión y Registro del protocolo ante el Comité Local de Investigación en Salud.
5. Aprobación por el CLIS.
6. Realización de la estrategia educativa (Curso de Verano para adolescentes)
7. Recolección de la información
8. Análisis estadístico de los datos, con programa estadístico SPSS V15
9. Elaboración de la redacción de resultados.
10. Análisis de resultados
11. Elaboración de conclusiones y sugerencias en el escrito final de tesis.
12. Presentación del trabajo terminado con el investigador responsable y ante Comité Local de Investigación.

TERCER AÑO

13. Capacitación en la elaboración del escrito médico, a través del seminario de investigación III correspondiente.
14. Elaboración de escrito médico bajo los lineamientos requeridos.
15. Revisión final por el investigador responsable y colaboradores.
16. Difusión de los resultados del trabajo de investigación a través de Jornadas de Medicina familiar y/o envío al Comité editorial para ostentar la publicación en revista indizada.

DESCRIPCION DE LA MANIOBRA EXPERIMENTAL

Una vez aprobado el proyecto de investigación por el Comité Local de Investigación No. 3515 y registrado con el número 3515-2010-10. Se integro la muestra con la descripción anteriormente descrita.

Se procedió a la integración de la muestra anteriormente descrita. En aquellos adolescentes que cubrieron los criterios de selección y aceptaron participar, se les otorgó la hoja de consentimiento informado (Anexo 3) para rubrica de su tutor, además del consentimiento verbal que éste ya había dado a trabajo social para su integración a dicho curso.

Al inicio del Curso de Verano, y posterior al encuadre del mismo, se ratifica la participación y a los aceptantes se les aplicó el Cuestionario sobre conocimiento de sexualidad y anticoncepción (Anexo 5), siguiendo el desarrollo del programa establecido para el Curso de Verano.

La intervención del investigador en el curso se realiza con énfasis en los temas relacionados con sexualidad y anticoncepción, sin omitir los otros contenidos programados sobre enfermedades de transmisión sexual y embarazo, aspectos de estilo de vida (alimentación, ejercicio, dieta, higiene personal y mental, autoestima, violencia familiar, adicciones).

La técnica didáctica utilizada fue lluvia de ideas, charla expositiva y demostración, de manera programada y diversa en cada sesión las cuales fueron un total de cinco, en las que se llevó una guía de clase con estrategias enseñanza-aprendizaje exprofeso (Anexo 6) con una duración por sesión de 3 horas, y esto se realizó de lunes a viernes en los horarios matutino (9 a 12 hrs) y vespertino (16 a 18 hrs) en el mes de julio y agosto del 2010.

Al finalizar la intervención, en cada actividad el investigador (Araceli Angeles Juan), realizó la evaluación la cual se facilitó de manera verbal con la aclaración de dudas expresadas por los asistentes. En la última sesión al cierre del curso se aplico nuevamente a los participantes el cuestionario sobre conocimiento de sexualidad y anticoncepción, en la cual se consideraron los 16 ítems y el rubro de elección del método.

La recuperación de la evaluación del ámbito familiar (APGAR), se dio oportunidad de entrega durante la primera semana de dicho curso.

A la entrega de ambas evaluaciones y de manera verbal se les dió retroinformación a los participantes adolescentes respecto al nivel de conocimiento sobre sexualidad

y anticoncepción, así como la ganancia de los mismos al término de la estrategia. Respecto a la evaluación de la funcionalidad familiar se realizó de manera verbal con el tutor del adolescente y en aquellos en que se detectó disfuncionalidad familiar, se le orientó para el seguimiento con su médico tratante e instancias extra institucionales al IMSS para lo conducente.

El vaciado de los datos se realizó en una hoja de cálculo exprofeso, la cual estuvo formada por los siguientes elementos: Nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, antecedentes gineco-obstétricos gestas, paras, cesáreas, abortos, inicio de relaciones sexuales, uso de método anticonceptivo, conocimiento pre y post-estrategia, selección del método anticonceptivo.

ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION

Para variables universales se utilizó estadística descriptiva con determinación porcentual, media y desviación estándar.

Para ver la diferencia de conocimiento pre y post-estrategia se utilizó ji cuadrada.

La funcionalidad familiar y nivel de conocimiento para su relación con la elegibilidad del método anticonceptivo la correlación bicerial puntual (r_{bp})

Planteamiento de hipótesis estadística.

Ha: La funcionalidad familiar y a mayor nivel de conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción post-estrategia educativa influye favorablemente para la selección del método anticonceptivo temporal más adecuado por el adolescente.

Ho: La funcionalidad familiar y a mayor nivel de conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción post-estrategia educativa no influye favorablemente para la selección del método anticonceptivo temporal más adecuado por el adolescente.

Regla de decisión: $p < \alpha = 0.05$ se rechaza Ho

DIFUSION DEL ESTUDIO

A través de sesión general con el personal residente y de la UMF. 94, así como el envío a el Comité Editorial de revista indizada de la Especialidad de Medicina Familiar.

CONSIDERACIONES ETICAS

Se fundamenta en los principios del Código de Núremberg, con consentimiento informado del tutor del participante, garantizando la confidencialidad de los resultados.

Reglamento y normas del IMSS y Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos (Artículo 13,17, 20,22, 36, 37, 40 y 43).

Código de Helsinki, a través de la aplicación de los principios de ética: Respeto por las personas y a su autonomía, con participación voluntaria y consentimiento informado, así como el retiro voluntario sin afectación de sus derechos institucionales o humanos.

Principio de beneficencia y no maleficencia, ya que se busca una mayor educación en el grupo de edad a través de la estrategia educativa, y con ello dotarlos de elementos para la toma de decisión requerida sobre su sexualidad y orientación de metodología anticonceptiva.

Justicia, ya que todos tuvieron el mismo derecho y oportunidad de ser partícipes en esta investigación.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Físicos: Instalaciones de la UMF No. 94

Materiales: Papel, Hojas, plumas, etc.

Humanos: El Investigador y Residente de Medicina Familiar, Trabajo social.

Tecnológicos: Proyector, computadora.

RESULTADOS

Con un total de 50 adolescentes participantes, el comportamiento de las variables universales correspondiendo a las características socio demográficas de los adolescentes mostraron los siguientes datos: para edad un rango de 10 a 19 años, con una media de 12.6 ± 1.5 años. La distribución por sexo con una frecuencia para el femenino de 32(64%), en relación al estado civil el 100% fueron solteros y la escolaridad de secundaria en 27(54%). (Cuadro 1)

Cuadro 1 Características socio demográficas

	Característica	Frecuencia	%
Sexo	Masculino	18	36
	Femenino	32	64
	Total	50	100
Escolaridad	Primaria	21	42
	Secundaria	27	54
	Bachillerato	2	4
	Licenciatura	0	0
	Total	50	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a adolescentes de la UMF No.94. Año 2010

Respecto a los datos generales y de acuerdo a los integrantes que conforman a la familia se observó que en 37(74%) estaba constituida por papá, mamá y hermanos. (Cuadro 2)

Cuadro 2 Integrantes de las Familias de los Adolescentes

	Característica	Frecuencia	%
Integrantes de Familia	Papá, mamá y hermanos	37	74
	Papá y hermanos	4	8
	Mamá y hermanos	3	6
	Otros	6	12
	Total	50	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a adolescentes de la UMF No.94. Año 2010

En relación al inicio de relaciones sexuales se reportó que 8(16%) habían iniciado vida sexual (5 mujeres y 3 hombres), de ellos 5(62.5%) con uso de método anticonceptivo en su primera relación (2 con ritmo, 1 preservativo, 1 hormonal oral y 1 con parche). Al momento del estudio 6(12%) mantenían vida sexual activa (4 mujeres y 2 hombres) y con uso de método anticonceptivo 2(33%) siendo éste el ritmo.

En lo que respecta a la Funcionalidad Familiar 8(16%) de los adolescentes presentaron familia funcional mientras que los 42(84%) restantes presentaron algún grado de disfunción. (Cuadro 3)

Cuadro 3 Tipo de Funcionalidad Familiar

Funcionalidad Familiar	Parámetro	Frecuencia	%
	Funcional	8	16
	Disfunción leve	24	48
	Disfunción moderada	14	28
	Disfunción severa	4	8
	Total	50	100

FUENTE: Apgar Familiar aplicado a adolescentes y familiares. Año 2010

En relación a los datos de manera independiente de cada una de las variables de interés en éste trabajo, mostraron en la evaluación pre-estrategia educativa (cuadro 4), respecto al nivel de conocimientos una categoría de nivel regular en 24(48%) en tanto en la evaluación post-estrategia en 27(54%) se registró la categoría de nivel de conocimiento bueno, con un valor de ji-cuadrada de 22.602 y p 0.000

Cuadro 4 Nivel de conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos

Estrategia Educativa	Nivel de Conocimiento					
	Bueno		Regular		Malo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Pre-estrategia	17	34	24	48	9	18
Post-estrategia	27	54	20	40	3	6

N= 50 $\chi^2=22.602$ p=0.000

FUENTE: Cuestionario sobre conocimientos de sexualidad y anticoncepción. Año 2010

Así mismo en lo referente a la selección del método anticonceptivo temporal más adecuado (Cuadro 5) en la pre-estrategia educativa fue desfavorable en 32(64%), mientras que en la post-estrategia fue favorable en 31(62%). Con un valor de ji cuadrada 12.566 y una $p= 0.000$

Cuadro 5 Selección del Método Anticonceptivo más Adecuado

Estrategia Educativa	Selección del método anticonceptivo			
	Favorable		Desfavorable	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Pre-estrategia	18	36	32	64
Post-estrategia	31	62	19	38

$N= 50$ $X^2=12.566$ $p=0.000$

FUENTE: Cuestionario sobre conocimientos de sexualidad y anticoncepción. Año 2010

El cruce entre funcionalidad familiar y la selección de un método anticonceptivo (Cuadro 6), mostró en la valoración pre-estrategia, la frecuencia más elevada en categoría de disfunción leve con selección favorable de un método en 7(14%), en tanto que en post-estrategia con categoría igualmente de disfunción familiar leve y selección favorable del método anticonceptivo en 17(34%), con una ji cuadrada de 7.353 y una p de 0.61. Respecto al nivel de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción pre-estrategia se obtuvo la frecuencia más alta en el nivel de conocimiento bueno, con selección favorable del método en 9(18%), y en la evaluación post-estrategia también en categoría de nivel de conocimiento bueno con selección favorable del método anticonceptivo en 24(48%), ji cuadrada de 18.025 y $p 0.000$

Cuadro 6 Funcionalidad familiar y nivel de conocimiento y su influencia para la selección de Método Anticonceptivo

Funcionalidad Familiar	Parámetro	Selección del Método anticonceptivo			
		Pre-estrategia		Post-estrategia	
		Favorable	Desfavorable	Favorable	Desfavorable
	Funcional	4(8%)	4(8%)	7(14%)	1(2%)
	Disfunción leve	7(14%)	17(34%)	17(34%)	7(14%)
	Disfunción moderada	5(10%)	9(18%)	5(10%)	9(18%)
	Disfunción severa	2(4%)	2(4%)	2(4%)	2(4%)
		X² =1.508 p=0.680		X² =7.353 p=0.61	
Nivel de Conocimiento	Bueno	9(18%)	8(16%)	24 (48%)	3(6%)
	Regular	8(16%)	16(32%)	6(12%)	14(28%)
	Malo	1(2%)	8(16%)	1(2%)	2(4%)
		X² =4.611 p 0.100		X² =18.025 p=0.000	

FUENTE: Cuestionario sobre conocimientos de sexualidad y anticoncepción y Apgar familiar. 2010

Considerando tanto la funcionalidad familiar, como el nivel de conocimientos pre y post-estrategia, la aplicación de la prueba de correlación biserial puntual (r_{bp}), reporta un valor de 0.300 con una $p=0.030$

ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los datos socio demográficos, la mayoría de los participantes correspondió al sexo femenino, fenómeno esperado de acuerdo a la demanda asistencial reportada en el diagnóstico de salud en la unidad médica de estudio.⁽³⁹⁾

Igualmente, respecto a la edad y estado civil de los adolescentes los datos son coincidentes con los reportados en la propia unidad de estudio, así como en el último censo de INEGI del año 2010.⁽⁴⁰⁾

En relación a la conformación familiar, se observó que en su mayoría los adolescentes vivían dentro de una familia nuclear, formada por padre, madre y hermanos lo que coincide con el estudio de Pérez⁽³⁸⁾ y González.⁽⁴¹⁾

El inicio de vida sexual en los participantes en éste trabajo coincide con lo descrito por Franco⁽⁴²⁾, quién también observó que son los varones quienes con mayor frecuencia reportan inicio de coito, aunque en ésta investigación a diferencia de dicho autor, fueron las mujeres quienes con mayor frecuencia utilizaron algún método anticonceptivo.

Es importante señalar el aspecto del inicio de relaciones sexuales y el uso de método anticonceptivo, así según Leyva,⁽⁴³⁾ los jóvenes que han iniciado relaciones en más de la mitad no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, lo cual difiere del resultado obtenido en este estudio, ya que más de la mitad utilizó algún método de planificación familiar.

En relación a la continuidad de vida sexual activa, contrario a lo descrito por Campos,⁽⁴⁴⁾ los datos de este trabajo reflejan que son las mujeres que en mayor proporción mantienen relaciones sexuales.

En este estudio de los cincuenta participantes, seis(12%), refirieron vida sexual activa y solo dos(33%) utilizaba método anticonceptivo al momento del estudio, difiriendo con lo reportado por Franco,⁽⁴²⁾ quien encontró en su trabajo que de un grupo de ochenta adolescentes con vida sexual activa, casi la totalidad(84%) usaba método anticonceptivo y especialmente del tipo de preservativo(68%); circunstancia preocupante en nuestra investigación, considerando por un lado que la omisión del uso de preservativo puede representar el riesgo no solo de embarazo no deseado, sino también mayor posibilidad de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual, y como lo refiere Mirabal⁽⁴⁵⁾ y Valdés,⁽⁴⁶⁾ la presencia de complicaciones tanto físicas como socio familiares.

Pero al mismo tiempo considerando el enfoque educativo-preventivo del médico

familiar, esta circunstancia puede representar la oportunidad de la educación sexual a esta población de riesgo.

En relación a la funcionalidad familiar, en este estudio más de tres cuartas partes de los participantes reportaron algún grado de disfunción familiar, lo que contrasta con el trabajo de González,⁽⁴¹⁾ quien en su estudio más de la mitad de los adolescentes tuvieron funcionalidad familiar, ambos fenómenos son de suma importancia, ya que como menciona Herrera⁽¹²⁾ si bien la familia es el primer centro de educación y generadora del desarrollo del individuo cuando es funcional y nutricia, también indica que la disfuncionalidad en la misma propicia enfermedad, embarazo no deseado en adolescencia, adicciones, etc.

Retomando el aspecto educativo, si bien la familia es el primer contacto, también la escolarización y permanente proceso educativo en el individuo a lo largo de su vida, puede favorecer el cambio de conductas, esto incluye el aspecto de la sexualidad. Así puede citarse el estudio realizado por Quispe⁽⁴⁷⁾ quien reporta incluso antes de someter a una estrategia educativa a un grupo de adolescentes, éstos en más de la mitad presentaban un buen nivel de conocimientos sobre sexualidad, lo cual contrasta con la presente investigación en donde menos de un tercio de los participantes tuvo dicho nivel, la limitante de Quispe es la omisión de la medición post-estrategia, la cual si se realizó en nuestro trabajo teniendo cambios significativos en más de la mitad de los participantes, lo que puede interpretarse como que la intervención educativa es favorable al realizarse en éste tipo de población, como lo descrito por Velázquez⁽⁴⁸⁾ quien propuso una estrategia educativa aunque su modalidad fue en multimedia y solamente para infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA.

Otro elemento importante y a considerar como ganancia sustantiva de la estrategia educativa aplicada en éste trabajo, es la comparación de la selección del método anticonceptivo que era desfavorable previo a la implementación de dicha estrategia en casi tres cuartos(64%) de los adolescentes, en tanto que en la evaluación post-estrategia muestra una selección favorable y acorde con sus características de edad e hipotéticamente ejercicio de su sexualidad en el 62%, dicho cambio se vio no solamente en la elección hipotética señalada, sino también en aquellos participantes con vida sexual activa en el momento del estudio, cambio que consistió del uso de ritmo un método más seguro como el preservativo y hormonal, siendo estadísticamente significativo.

En relación a la funcionalidad familiar y la elección del método anticonceptivo pre y post-estrategia educativa no se observó diferencia significativa en éste estudio. Sin embargo es necesario tener presente que autores como Salazar,⁽⁴⁹⁾ planteo que la comunicación es un elemento vital de la familia, demostrando la relación de una mala comunicación entre progenitores y adolescentes y un grado deficiente de conocimiento sobre sexualidad. El APGAR, como instrumento utilizado en ésta investigación, muestra en su mayoría un grado diverso de disfuncionalidad familiar, aunque no valora específicamente la comunicación, como el citado autor, es interesante reconocer que la interpretación de dicho resultado es la insatisfacción que tiene el adolescente en esa familia y ello implica un impacto en las funciones de la misma, siendo una de ellas precisamente la comunicación, derivado de ello el medico debe hacer un alto en el camino y realizar un escrutinio con mayores elementos e instrumentos de búsqueda específica de éste aspecto de la comunicación y otras funciones que pudieran intervenir en la elegibilidad de algún método anticonceptivo cuando así lo requiera el adolescente o cualquier individuo, quedando como una línea a investigar.

CONCLUSIONES

Existe disfunción familiar en el 84% de los participantes, siendo en más de la mitad de estos con categoría de leve, seguida de moderada y severa, y solo 16% como funcionales.

El nivel de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción pre-estrategia educativa se registro con categoría de regular en casi la mitad de los adolescentes. En tanto en la post-estrategia se alcanzó más de la mitad con un buen nivel de conocimientos.

La selección hipotética o real de método anticonceptivo pre-estrategia fue desfavorable en dos tercios de los adolescentes, en tanto que la elección de un método anticonceptivo post-estrategia fué favorable en más de la mitad de los participantes.

No hay influencia significativa entre la funcionalidad familiar del adolescente y la elección de un método anticonceptivo.

Sin embargo si se observó diferencia significativa entre el nivel de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción y elegibilidad de un método anticonceptivo favorable posterior a la estrategia educativa.

SUGERENCIAS

Fortalecer los cursos dirigidos a población adolescente con estrategias participativas y favorecedoras de la toma de decisiones, con situaciones reales o hipotéticas sobre su sexualidad y con fundamentos científicos acordes a la edad y entendimiento de los participantes.

Insistir en la educación participativa, explorando las necesidades de aprendizaje del adolescente y promover la integración de este tipo de cursos a los padres o tutores de los adolescentes.

Realizar exploración de la funcionalidad familiar considerando aspectos comunicacionales y su relación con el conocimiento y ejercicio de la sexualidad en las diversas etapas de la adolescencia.

Promover mayor formación de grupos educativos de adolescentes durante el año, en unidades de primer nivel o extrainstitucionales de salud, como son los ámbitos escolares.

Insistir en el pulimiento de las acciones sobre manejo y orientación que el médico familiar realiza sobre los factores educativos en relación a la sexualidad y anticoncepción y otros considerados de riesgo en la población adolescente.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Blos P. Psicoanálisis de la adolescencia. México: editorial J. Motis, 1981, 29-30.
- (2) Díaz, V. El embarazo en las adolescentes en México. Gaceta Medica Mexico 2003;139(1):23-28
- (3) Behrman, R.E., Kliegman, R.M., Jenson, H.B, Tratado de Pediatría (16ª), 2000, Madrid. Mc. Graw-Hill-Interamericana.
- (4) Santos-Preciado JI, Villa JP. Transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Pública de México 2003;45(1):S140-S152.
- (5) Corona E, Ortiz G, Herrera B, Copertari C. Hablemos de salud Sexual, Mexico. 2003
- (6) Díaz FE. Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia. Perinatol Reprod Hum 2007; 21(2):100-110
- (7) Cuevas A, Olvera JF, Chumacera RM. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un modulo de alto riesgo. Revista Médica IMSS 2005;43(3):267-27
- (8) Pantelides EA. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. Obtenida el 28 julio 2009 de: www.eclac.org/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf.
- (9) Salazar A, Rodríguez L, Daza L. Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños. Consecuencias en el estudio, estado civil, estructura familiar, ocupación y proyecto de vida. Persona y Bioética 2007; 2(29):170-185.
- (10) Membrillo LA, Fernández OM, Quiroz PR. Familia, introducción al estudio de sus elementos (1ª), México. Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V. 2008.
- (11) Minuchin, S. Familia y Terapia Familiar. España. Gedisa. 1991
- (12) Herrera SM, Familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Revista Cubana de Medicina general Integral 1997;13(6):591-595
- (13) Sánchez Ortega Amparo Lic. Las Nuevas Tecnologías en el Entorno Familiar de las Personas con Discapacidad. PROLAM .2000 Obtenida de: www.fejidif.org/.../Las%20nuevas%20tecnologías%20en%20el%20entorno%20familiar
- (14) Información sobre APGAR FAMILIAR El cuestionario APGAR Familiar utcas.org/uto/castellano/.../infoapgarfamiliar.asp – Obtenido el 26 mayo 2010
- (15) www.sexuar.com.ar/diccionario/diccionario.htm.

- (16) es.wikipedia.org/wiki/Educaci3n_sexual
- (17) Educacion sexual. Obtenidad de el 21 mayo 2010
www.adolesc.org.mx/litci3n/boletin/bol10/Boletin10.pdf - Similares
- (18) Bolet3n trimestral de la unidad de investigaci3n epidemiol3gica y en servicios de salud del adolescente con el patrocinio de la organizaci3n panamericana de la salud. Obtenidad de: www.adolesc.org.mx/litci3n/boletin/bol9/bol9.pdf
- (19) Adolescencia, Sexualidad y educaci3n sexual
<http://www.saludhoy.com/htm/adolesc/articulo/adoledu/html>
- (20) Educaci3n sexual en M3xico es lenta a causa de la ignorancia. Obteidad el 18 mayo 2010 de: www.elsiglodetorreon.com.mx/.../29112.educacion-sexual-en-mexico-es-lenta-a-causa-d.html.
- (21) Villarroel RG. Embarazo adolescente y pobreza rural. Revista digital y rural, educaci3n, cultura y desarrollo rural 2006; 4(7)
- (22) En M3xico, s3 se pueden ofrecer servicios de anticoncepci3n a adolescentes. Deborah L. Billings. Coordinadora de Investigaci3n y Evaluaci3n. Ipas M3xico. Obtenido 26 mayo 2010...www.ipas.org/.../asset_upload_file841_2733.pdf -
- (23) Rogelio Fern3ndez C. Conferencia Internacional sobre la Poblaci3n y el Desarrollo (CIPD), Programa de Acci3n de la CIPD, CIPD+5 y Metas de Desarrollo del Milenio. Marzo, 2004
- (24) Manual adolescencia / programa nacional de salud 2001-2006. Obtenida 28 mayo www.conava.gob.mx/varios/MANUAL%20ADOLESCENCIA.pdf
- (25) Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificaci3n familiar.
- (26) El concepto de Educaci3n. pochicasta.files.wordpress.com/2009/09/concepto-educar-clase.pdf
- (27) Viniegra I. Materiales para la Critica de la Educaci3n en M3xico. Revista M3dica IMSS 1999;3:105-145
- (28) El concepto de estrategia: dificultades de definici3n e implicaciones psicopedag3gicas
- (29) Quezada CR. Como planear la enseanza estrat3gica. M3xico, Limusa; Madrid; 2005: 7-73
- (30) Nisbet, J, Shucksmith J. Estrategias de aprendizaje. Santillana Siglo XXI, Madrid, 1987.
- (31) Garc3a GE. Los m3todos de enseanza. 2a. de. M3xico Trillas; 1982. p 33-40
- (32) Suarez DR. La educaci3n, teor3as educativas, estrategias de enseanza

- aprendizaje. 2a. de. México Trillas; 2001. p 144-150
- (33) Chirinos de Cora MA. Embarazo en Adolescencia. Revista Cubana de Enfermería 1993;9(2): 117-31
- (34) Pérez RA. Factores Sociales Asociados al embarazo en el Área de Salud 28 de Setiembre, Santiago de Cuba. MEDISAN 2001;5(1):31-34
- (35) Ávila GE. Aspectos psicosociales del embarazo en la Adolescencia. Revista Cubana de Pediatría 2002; 74 (4). Septiembre – Diciembre
- (36) Rangel JL, Patiño M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Revista de la Facultad de Medicina UNAM 2004;47(1):24-27.
- (37) Núñez RM, Urquiza MSP. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto, Salud Publica de México 2003;45(1):S92-S102
- (38) Pérez BC, Susan P. Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos. Revista Interamericana de Psicología 2006;40(3)333-34
- (39) Diagnostico de Salud Unidad de Medicina Familiar No.94 del Instituto Mexicano del seguro social.
- (40) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), www.inegi.org.mx
- (41) González JC. Conocimientos, actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. Revista de Salud Publica 2009;11 (01):14-26
- (42) Franco CT. Conductas sexuales en adolescentes de educación media superior en Coatzacoalcos Veracruz, México. Paediatr Mex 2009;1:1-6
- (43) Leyva LA. Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos. Salud Publica de México 2010;52(2):156-164
- (44) Campos AA, Ceballos O, Herazo E. Factores Asociados por Género a Relaciones sexuales en Adolescentes de Santa Marta, Colombia, en el año 2004. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2008;59(4): 276-284
- (45) Mirabal MG, Martínez MM, Pérez DD. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Enfermería 2002;18(3):175-183.
- (46) Valdés DS, Essien J, Bardales MJ, Saavedra MD, Bardales ME. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2002; 28(2):84-88.
- (47) Quispe RW, Quispe RA, Quispe RG. Conocimientos, actitudes y Prácticas sobre sexualidad en la Población Adolescente del Distrito de Mollepata-Cusco 2003. Revista SITUA 2004;13(1):49-55

- (48) Velásquez A. Efecto de un CD multimedia (planeta riesgo xero) en los conocimientos, actitudes y practicas sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida de adolescentes de colegios de Lima Metropolitana. Anales de Facultad de Medicina Lima 2005;66(3):232-240
- (49) Salazar GA, Santa María AA, Solano RI, Araujo TV, Luna RD. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas del distrito del Agustino, Lima-Perú. Revista Horizonte Medico 2007;7(2):79-85

ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PARAMETRO/MES	Junio- Noviembre 2009	Noviembre- Marzo 2010	Abril-Julio 2010	Julio- Agosto 2010	Septiembre -Octubre 2010	Noviembre -Diciembre 2010	Enero- Febrero 2011	Marzo-Abril 2011	Mayo- 2011 a Marzo 2012.
Recolección de Información	○ △								
Elaboración de Protocolo		○ △							
Presentación a Comité			○ △						
Aprobación por Comité			○ △						
Trabajo de Campo				○ △					
Análisis de Resultados					○ △				
Redacción de Análisis y Conclusiones						○ △			
Presentación a Comité							○ △		
Impresión de Tesis							○ △		
Difusión de tesis terminada							○ △		
Elaboración del Escrito medico								○ △	
Difusión de resultados									○ △

○ PROGRAMADO

△ REALIZADO

ANEXO 2. VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIAS DE LA VARIABLE
Nivel de conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción pre y post-estrategia educativa	Información que tiene un individuo respecto a aspectos de la sexualidad e implicaciones relacionadas con el ejercicio de la misma.	Información y capacidades intelectuales de un individuo respecto a aspectos de la sexualidad e implicaciones relacionadas con el ejercicio de la misma, que para ésta investigación se considerarán dos momentos de medición, antes y después de la implementación de una estrategia educativa participativa sobre sexualidad y anticoncepción en el grupo de adolescentes.	Cualitativa	Ordinal	Bueno (11 a 16 puntos) Regular (6 a 10 puntos) Malo (0 a 5 puntos)
Funcionalidad Familiar	Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Valoración de la capacidad para enfrentar, adaptarse y/o superar las crisis que la familia enfrenta durante su desarrollo, la cual será medida a través de la aplicación del cuestionario Apgar Familiar, que considera cinco componentes: Adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución.	Cualitativa	Ordinal	Funcionalidad (18 a 20 pts) Disfunción familiar leve (14 a 17 puntos) Disfunción familiar moderada (10 a 13pts) Disfunción familiar severa (0-9 puntos)
Variable Dependiente Selección de un método anticonceptivo Temporal adecuado.	Acción de ejercer predominio sobre la Capacidad de identificar de manera libre e informada una sustancia u objeto que aplicada en el organismo evita el embarazo de forma temporal y protege de enfermedades de transmisión sexual.	Acción de ejercer predominio sobre la decisión con base a la Capacidad de identificar de manera libre e informada un modo, recurso o técnica que impida o retrase la capacidad reproductiva del ser humano de forma temporal, estableciéndose como adecuado cuando el método seleccionado implique mayor seguridad anticonceptiva y menos efectos colaterales, de acuerdo a la iniciación teórica en la que el adolescente decida el ejercicio de su sexualidad y con base a los conocimientos adquiridos con ésta intervención educativa.	Cualitativa	Nominal	Favorable Desfavorable

UNIVERSAL	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIAS DE LA VARIABLE
Edad	Tiempo transcurrido a partir de la fecha de nacimiento y el momento actual	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la actualidad, expresada en años cumplidos.	Cuantitativa	Numérica	Años cumplidos.
Escolaridad	Grado máximo de estudios terminado por el individuo en algún sistema escolarizado.	Grado máximo de estudios escolarizado, expresado por el individuo.	Cualitativa	Categórica	Primaria Secundaria Técnico Bachillerato Licenciatura Postgrado
Estado civil	Condición legal a la que esta sujeta la vida de una persona	Condición de unión legal a la que está sometido socialmente un sujeto y lo expresa el mismo.	Cualitativa	Categórica	Soltero (a) Casado (a) Union Libre Divorciado (a)
Sexo	Características fenotípicas de los seres humano	Características físicas de cada individuo y que son expresadas por el mismo	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino

ANEXO 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha _____

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Funcionalidad familiar y conocimiento pre-postestrategia educativa sobre sexualidad y anticoncepción y su influencia en la selección por el adolescente del método anticonceptivo temporal más adecuado. Registrado ante el Comité Local de Investigación No. 3515, con el número R-2010-3515-10. El objetivo del estudio es: **Analizar la funcionalidad familiar y conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción pre-postestrategia educativa y su influencia en la selección por el adolescente del método anticonceptivo temporal más adecuado.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en acudir a actividades educativas en el Curso que ya se autorizo a través de la trabajadora social de la UMF. 94, llamado "Curso de Verano para adolescentes" y que se realizará en los días de 26 al 30 de julio y del 2 al 6 agosto del 2010, de acuerdo al grupo que fui incluido y en el cual se me informará sobre aspectos relacionados con la adolescencia, y de manera específica de interés para la investigación que solicitan mi autorización, temas sobre sexualidad y anticoncepción, que ya estaban incluidos como parte del curso; y entiendo que la investigación que se propone es además saber sobre aspectos de la familia y mi participación también será respondiendo un cuestionario llamado APGAR, por mi parte y de los integrantes de mi familia, que acepten contestarlo y que tengan de 7 años de edad a más.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación en el estudio, que son los siguientes:

Riesgo: ninguno. Inconvenientes, el tiempo que debo destinar a recibir la capacitación conforme la duración del curso, y el llenado del cuestionario de APGAR a la familia. Beneficios: adquirir o ampliar los conocimientos sobre aspectos relacionados con la adolescencia, entre ellos sexualidad, embarazo y sus complicaciones, métodos de anticoncepción, enfermedades.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso). Me asegura que la investigación no incluye que se le de medicamentos o alguna método de anticoncepción.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto en caso de ser derechohabiente, ni tampoco en continuar participando en el curso de verano.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante

Investigador Responsable: Araceli Angeles Juan 99130358

Puede comunicarse en caso de emergencia o dudas relacionadas con el estudio al teléfono 43364868.(investigador)

Nombre y firma Testigo

Nombre y firma Testigo

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE
INVESTIGACION EN MENORES DE EDAD**

Por medio del presente, yo _____ autorizo y acepto que mi hijo (a) _____ participe en el proyecto de investigación titulado: **Funcionalidad familiar y conocimiento pre-postestrategia educativa sobre sexualidad y anticoncepción y su influencia en la selección por el adolescente del método anticonceptivo temporal más adecuado.** Cuyo objetivo es: **Analizar la funcionalidad familiar y conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción pre-postestrategia educativa y su influencia en la selección por el adolescente del método anticonceptivo temporal más adecuado.**

Se me ha explicado que la participación de mi hijo(a) consistirá en acudir a actividades educativas en el Curso que ya autorice a través de la trabajadora social de la UMF. 94, llamado "Curso de Verano para adolescentes" y que se realizará en los días de julio y agosto del 2010, de acuerdo al grupo que fué incluido y en el cual se le informará sobre aspectos relacionados con la adolescencia, y de manera específica de interés para la investigación que solicitan mi autorización, temas sobre sexualidad y anticoncepción, que ya estaban incluidos como parte del curso; y entiendo que la investigación que se propone es además saber sobre aspectos de la familia y que por eso la participación será respondiendo un cuestionario llamado APGAR, por parte de mi hijo(a) y nuestra familia, que acepten contestarlo y que tengan de 7 años de edad a más.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación en el estudio, que son los siguientes:

Riesgo: ninguno. Inconvenientes, el tiempo que mi hijo (a) debe destinar a recibir la capacitación conforme la duración del curso, y el llenado del cuestionario de APGAR a la familia. Beneficios: adquirir o ampliar los conocimientos sobre aspectos relacionados con la adolescencia, entre ellos sexualidad, embarazo y sus complicaciones, métodos de anticoncepción, enfermedades.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso). Me asegura que la investigación no incluye que se le de medicamentos o alguna método de anticoncepción.

El investigador responsable me explico que se conserva el derecho de que mi hijo(a) se retire del estudio en cualquier momento en que yo lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto en caso de ser derechohabiente, ni tampoco en continuar participando en el curso de verano.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que nunca será identificado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con su privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacer cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo.

Fecha: _____

Nombre y firma del representante legal o tutor

Nombre y firma del investigador.
Araceli Angeles Juan 99130358

Puede comunicarse en caso de emergencia o dudas relacionadas con el estudio al teléfono 43364868.(investigador)

Nombre y firma del Testigo

Nombre y firma del Testigo

ANEXO 4**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94****APGAR FAMILIAR****Folio 01****Nombre o Pseudónimo (opcional)** _____

Marque con una "x" la opción que considere más adecuada de acuerdo a lo que Usted vive con su familia.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
A. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
P. Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo					
G. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
A . Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor					
R. Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero					

ANEXO 5

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DF
UNIDAD MEDICA FAMILIAR NUMERO 94 ARAGON
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

Este cuestionario es anónimo y solo para fines de la investigación, te pedimos pongas un pseudónimo para informarte personalmente de los resultados. Todos los datos que aquí se preguntan son confidenciales.

Instrucciones: Complementa los datos que a continuación se le solicitan y marca en cada pregunta con una "X" la respuesta que tu elijas.

Fecha: _____ Pseudónimo _____ Folio _____

1. Edad: _____ años

2. Sexo

Femenino Masculino

3. Escolaridad

Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura

4. Estado civil

Casado Unión libre Soltero Divorciado

5. ¿Quiénes forman tu Familia?

Papa Papa y Mama y Otros Especifique _____
Mama y Hermanos Hermanos

6. Antecedentes Gineco-obstétricos

Embarazos	<input type="checkbox"/>	Has tenido relaciones sexuales.
Partos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si
Abortos	<input type="checkbox"/>	
Cesáreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No

7. ¿Actualmente tienes relaciones sexuales?

Si No

8. ¿Has utilizado algún método anticonceptivo?

Si No ¿Cuál? _____
Especifique

9. ¿Actualmente usas algún método anticonceptivo?

Si No ¿Cuál? _____
Especifique

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DF
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
“CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION”

Este cuestionario es anónimo y solo para fines de la investigación, te pedimos pongas un pseudónimo para informarte personalmente de los resultados. Todos los datos que aquí se preguntan son confidenciales.

Instrucciones: Marca con una “x” la opción que consideres es correcta.

Pseudónimo: _____ Folio _____

1. ¿Qué es sexualidad?

- a) El sexo y las relaciones sexuales que tenemos en nuestra vida a partir de los 15 años de edad.
- b) Es todo aquello que abarca el sexo, el género, la orientación sexual y la reproducción y que diferencia a los seres humanos de otros seres vivos, se presenta a partir de la edad adulta y hasta la muerte.
- c) Está desde el nacimiento hasta la muerte. Tiene que ver con el sexo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se expresa a través de pensamientos, sentimientos fantasías, deseos, creencias, actitudes y valores
- d) Ser hombre o ser mujer de acuerdo a la sociedad en la que vivimos

2. ¿Qué es el sexo?

- a) En los seres humanos es el acto de tener relaciones sexuales.
- b) Características externas y de órganos internos del cuerpo que diferencian a los hombres de las mujeres
- c) Son las características que nos otorga la sociedad para diferenciarnos como hombre o mujer.
- d) Es un aspecto que solo la familia puede establecer para actuar como hombre o mujer.

3. Son parte de los órganos sexuales de las mujeres.

- a) Vagina, vejiga, pene, clítoris, útero.
- b) Vejiga, útero, glánde, prepucio, vagina.
- c) Útero, Clítoris, Labios, Riñones, glánde.
- d) Vulva, Vagina, clítoris, útero, ovarios

4. Al tener relaciones sexuales por primera vez puede suceder:

- a) Un embarazo si no se utiliza un método de protección
- b) No se puede quedar embarazada ya que es por primera vez.
- c) Se puede quedar embarazada solo si el hombre es mayor de edad.
- d) Se puede quedar embarazada aunque se utilice condón.

5. ¿Cuál es la edad que se recomienda para embarazarse?

- a) De los 15 a los 30 años de edad
- b) De los 19 a los 35 años de edad.
- c) De los 18 a los 25 años de edad
- d) De los 20 a los 30 años de edad

6. ¿Cuáles son las consecuencias más probables cuando existe un embarazo en la adolescencia?

- a) Depresión, culpa, rechazo de la familia y la pareja, abandono de escuela.
- b) Ninguna, depende del cuerpo de la mujer
- c) Aborto, presión alta, malformaciones en el bebe, muerte de la madre o bebe.
- d) a y c son ciertas.

7. ¿Qué son las infecciones de transmisión sexual?

- a) Infecciones que se adquieren al tomar agua o alimentos contaminados
- b) Enfermedades que solo les dan a las personas mayores
- c) Enfermedades de los genitales por contacto con la piel de otras personas
- d) Son enfermedades causadas principalmente, por contacto sexual.

8. Son algunas infecciones de transmisión sexual a cualquier edad:

- a) Influenza, Fiebre tifoidea, Herpes genital
- b) Hepatitis B, Amigdalitis, Influenza y SIDA
- c) Sífilis, Gonorrea, Vaginitis, Hepatitis B, VIH-SIDA.
- d) Conjuntivitis, Cáncer, Gonorrea, tricomoniasis

9. ¿Cuáles son las formas de contagio del VIH-SIDA?

- a) Por contacto con saliva, orina y lágrimas de personas enfermas
- b) Por vía sexual, contacto con sangre infectada, una madre con SIDA.
- c) Por relaciones sexuales aun con protección con varias parejas
- d) Se transmite por picaduras de insectos o de algún otro animal

10. ¿Cuáles son los síntomas que se pueden presentar hombres o mujeres en las Infecciones de Transmisión Sexual?

- a) Ardor o dolor al orinar o en genitales, secreción u olor extraño en la vagina o en el pene, ampollas, irritación, hinchazón o crecimiento de tumores alrededor de los genitales y dolor al tener relaciones sexuales
- b) En forma constante catarro, tos, fiebre, ganglios crecidos en el cuello y las ingles, así como dificultad para orinar y tener relaciones, aumento del deseo sexual.
- c) Ardor al orinar, sensación de querer seguir orinando, nauseas, vomito, dolor abdominal, fiebre y dolor a la relación sexual.
- d) Mal olor en los genitales, diarrea, vomito y presencia de úlceras en la boca, y presencia de ampollas en manos y sangrado de genitales en los hombres.

11. ¿Cómo podemos prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual?

- a) Uso correcto del condón para el contacto sexual, no compartir agujas o jeringas, no mezclar el sexo con el alcohol o con otras drogas.
- b) Acudir al médico mensualmente para realizarse la detección del cáncer de mama y cáncer de útero.
- c) Sexo seguro (solo con tu pareja), evitar relaciones sexuales sin condón, recibir orientación sobre métodos de protección.
- d) a y c son correctas

12. ¿Qué son los anticonceptivos?

- a) Son sustancias u objetos que se utilizan para evitar las infecciones de transmisión sexual, desde la adolescencia hasta la edad adulta.
- b) Son sustancias y objetos que se utilizan para evitar el embarazo de forma temporal o definitiva solo en los adultos.
- c) Son substancias u objetos que se utilizan en el cuerpo de hombres o mujeres para evitar el embarazo en adolescentes y adultos
- d) Son procedimientos que se usan en todos los seres vivos para ya no tener hijos de forma definitiva.

13. ¿Son algunos de los métodos anticonceptivos temporales y/o definitivos.

- a) Ritmo, coito interrumpido, pastillas hormonales, dispositivo intrauterino.
- b) Temperatura basal, prueba de moco vaginal, salpingoclasia, vasectomía.
- c) Ritmo, prueba de látex, dispositivo intrauterino, parche subdermico.
- d) Solo a y b son correctas.

14. Los métodos naturales como el ritmo, la temperatura basal y el moco cervical, tienen una efectividad anticonceptiva del:

- a) 99 al 100%
- b) 70 – 80%.
- c) 50-60%
- d) 100%

15. ¿La pastilla de emergencia se puede utilizar como un método anticonceptivo de forma regular o continua por los adolescentes?

- a) Sí, porque solo son 2 pastillas con mínimo contenido de hormonas y no daña el cuerpo.
- b) Sí, porque son fáciles de conseguir y baratas además tienen un efecto inadecuado mínimo en el organismo de los adolescentes.
- c) No, ya que solo se debe de utilizar en caso de emergencia es decir para una relación no protegida, posible falla del método o en violación
- d) No, porque nos puede afectar al corazón y la matriz y tener sangrados abundantes entre cada menstruación.

16. El dispositivo intrauterino (DIU) es un método temporal que también puede ser utilizado por las adolescentes aun cuando no se hayan embarazado?

- a) No, ya que puede tener consecuencias como no poderse embarazar después de su utilización.
- b) Si, ya que existen DIU del tamaño apto para el útero de una adolescente
- c) Si, ya que es un método que tiene una efectividad del 87% para no embarazarse.
- d) No, ya que este es 50 % menos efectivo que el preservativo.

17. Por lo que tú sabes sobre métodos anticonceptivos, para una persona de tu edad y la cual tuviera con vida sexual cual consideras que fuera el método anticonceptivo más adecuado?

- a) Método del ritmo
- b) Método de Billings
- c) Preservativo
- d) Hormonal Oral
- e) Hormonal Inyectable
- f) Parche
- g) Implante Subdermico
- h) DIU

¿Por qué? _____

ANEXO 6

**PLANEACION DIDACTICA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94 ARAGÓN.**

**Estrategia Enseñanza-Aprendizaje No 1
“EDUCACION EN SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION”**

Lugar: Auditorio Sede: UMF 94 Fecha: Lunes 26 julio y 2 de agosto Año: 2010

Sesión: 1

Tema: Sexualidad y Género

Duración: 1 Hr

Técnica: Expositiva

Objetivos operativos:

- Conocer los conceptos básicos de sexualidad y género.
- Comprender el hecho sexual humano como una característica esencial, necesidad básica y división del ser humano.
- Construir y comprender que la sexualidad es un valor humano y los valores que implica
- Identificar el género como parte de la sexualidad

Desarrollo:

1. Recibir a los participantes y presentación ante ellos (3 minutos)
2. Establecer propósitos del curso para los participantes del curso (2 minutos)
3. Evaluación inicial con cuestionario estructurado (anexo 6) (10 minutos)
4. Desarrollo del tema a través de la técnica didáctica expositiva (15 min)
5. Dinámica participativa “acomodando papeles o roles” (25 min)
6. Cerrar la sesión dejando como conclusión el mensaje que ha sido objetivo de la sesión (1 min)

Material didáctico: Presentación: Sexualidad y genero

Apoyo didáctico: computadora, cañón, pantalla para proyección. Hojas de papel

bond o cartulinas, marcadores, revistas, tijeras, resistol, cinta adhesiva.

Bibliografía:

(1) Corona E., Ortiz G.,Herrera B.,Copertari Carlos. Hablemos de salud Sexual, México, 2003, p. 27-79.

(2) Dinámicas Participativas para el trabajo de los equipos de Salud con los adolescentes. MAISAR, Coordinación General del Programa IMSS Oportunidades

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94 ARAGÓN.

Estrategia Enseñanza-Aprendizaje No. 2
“EDUCACION EN SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION”

Lugar: Auditorio Sede: UMF 94 Fecha: Martes 27 de julio y 3 de agosto
Año: 2010

Sesión: 2

Tema: Respuesta sexual humana y la conciencia de nuestro cuerpo.

Duración: 65 minutos

Técnica: Charla (exposicion)

Objetivos operativos:

1. Conocer conceptos básicos sobre respuesta sexual humana y mecanismos que la producen
2. Conocer y reconocer las sensaciones corpóreas
3. Analizar la importancia de partes específicas del cuerpo (genitales) como fuente de placer
4. Desarrollar conocimientos sobre anatomía sexual
5. Comprender las relaciones sexuales y formas alternativas de relaciones sexuales

Desarrollo:

1. Establecer propósitos de la sesión y explicar las actividades educativas del día (2 min)
2. Exposición del tema (30 minutos)
3. Dinámica participativa: “mi cuerpo soy yo y su cuidado” (30 minutos)
4. Cerrar la sesión dejando como conclusión el mensaje que ha sido objetivo de la sesión (3min)

5. Evaluación: se relazará a través de la participación diaria.

Material didáctico: Exposición respuesta sexual humana y anatomía sexual.
Dinámicas participativas.

Apoyos didácticos: proyector, pantalla

Bibliografía:

- (1) Corona E., Ortiz G., Herrera B., Copertari Carlos. Hablemos de salud Sexual, México, 2003, p. 27-79.
- (2) Dinámicas Participativas para el trabajo de los equipos de Salud con los adolescentes. MAISAR, Coordinación General del Programa IMSS Oportunidades.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94 ARAGÓN.

Estrategia Enseñanza-Aprendizaje No 3
“EDUCACION EN SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION”

Lugar: Auditorio Sede: UMF 94 Fecha: Miércoles 28 de julio y 4 de agosto
Año: 2010

Sesión: 3

Tema: Infecciones de Transmisión Sexual

Duración: 60 minutos

Técnica: Expositiva

Objetivos operativos

1. Identificación de las Infecciones de Transmisión sexual, conceptos y tipos
2. Identificación de las formas de prevención de las ITS
3. Identificación de las formas de transmisión de las ITS

Desarrollo:

1. Establecer propósitos de la sesión (1 min)
2. Explicar las actividades educativas del día (1 min)
3. Desarrollo del tema exposicion ITS (20 minutos)
4. Dinámica participativa “cacería de firmas” (25 minutos)
5. Expresar comentarios, preguntas del tema. (10 min)
6. Cerrar la sesión dejando como conclusión el mensaje que ha sido objetivo de la sesión. (3 minutos)

Material didáctico: Presentación ITS y SIDA, Dinámicas Participativas Promotores Adolescentes PREVENIMSS.

Material de apoyo: Computadora, cañón, pantalla para proyección, Tarjetas de

colores.

Bibliografía:

- (1) Corona E., Ortiz G., Herrera B., Copertari Carlos. Hablemos de salud Sexual, México, 2003, p. 27-79.
- (2) Dinámicas Participativas para el trabajo de los equipos de Salud con los adolescentes. MAISAR, Coordinación General del Programa IMSS Oportunidades
- (3) Dinámicas Participativas, Promotores Adolescentes PREVEIMSS, tomo II IMSS, pag. 41.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94 ARAGÓN.

Estrategia Enseñanza-Aprendizaje No 4
“EDUCACION EN SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION”

Lugar: Auditorio Sede: UMF 94 Fecha: Jueves 29 de julio y 5 de agosto
Año: 2010

Sesión: 4

Tema: Embarazo en la adolescente

Duración: 60 minutos

Técnica: Lluvia de ideas y Expositiva

Objetivos operativos

1. Identificar conceptos básicos sobre embarazo
2. Identificación de los cambios físicos y emocionales en el embarazo adolescente
3. Identificación de los riesgos y complicaciones en el embarazo adolescente
4. Identificación de la maternidad y paternidad adolescente.

Desarrollo:

1. Establecer propósitos de la sesión (1 min)
2. Explicar las actividades educativas del día (2 min)
3. Desarrollo del tema lluvia de ideas y expositiva (20 minutos)
4. Dinámica participativa “ Mandil de Maggie” (20 minutos)
5. Expresar comentarios, preguntas del tema. (15 minutos)
6. Cerrar la sesión dejando como conclusión el mensaje que ha sido objetivo de la sesión (2 minutos)
7. Evaluación: con la participación diaria.

Material didáctico: Presentación Embarazo en los adolescentes, mandil de

Maggie

Apoyo didáctico: Proyector, pantalla, computadora.

Bibliografía:

- (1) Corona E., Ortiz G., Herrera B., Copertari Carlos. Hablemos de salud Sexual, México, 2003, p. 27-79.
- (2) Dinámicas Participativas para el trabajo de los equipos de Salud con los adolescentes. MAISAR, Coordinación General del Programa IMSS Oportunidades.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94 ARAGÓN.

Estrategia Enseñanza-Aprendizaje No 5
“EDUCACION EN SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION”

Lugar: Auditorio Sede: UMF 94 Fecha: Viernes 30 de julio y 6 de agosto
Año: 2010

Sesión: 5

Tema: Planificación familiar y derechos sexuales y reproductivos del adolescente

Duración: 90 minutos

Técnica: Lluvia de ideas y expositiva

Objetivos operativos

1. Comprender la importancia de la planificación familiar para evitar embarazos no deseados
2. Conocer la clasificación de los métodos anticonceptivos
3. Conocer indicaciones, ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos.
4. Concientizar sobre el uso de métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales
5. Conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos

Desarrollo:

- a. Establecer propósitos de la sesión (1 minuto)
- b. Explicar las actividades educativas del día (2 minutos)
- c. Desarrollo del tema : en lluvia de ideas apoyado en exposicion (30 minutos)
- d. Dinámica participativa: Realizar Collage: ¿Para qué sirven y como se usan? (40 minutos)

- e. Cerrar la sesión dejando como conclusión el mensaje que ha sido objetivo de la sesión y llevar a la práctica lo aprendido. (2 minutos)
- f. Evaluación final (10 minutos).

Material didáctico: Exposición Métodos de Planificación familiar y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Cartilla de los derechos Sexuales de las y los jóvenes (Campaña Nacional Hagamos un Hecho Nuestro Derecho).

Material de Apoyo: computadora, cañón, pantalla para proyección, hojas de papel, cartulina o papel bond , marcadores de colores, lápices tijeras, pegamento. Métodos anticonceptivos. Revistas.

Bibliografía:

- (1) Corona E., Ortiz G.,Herrera B., Copertari Carlos. Hablemos de salud Sexual, México, 2003, p. 27-79.
- (2) Dinámicas Participativas para el trabajo de los equipos de Salud con los adolescentes. MAISAR, Coordinación General del Programa IMSS Oportunidades.

DINAMICAS PARTICIPATIVAS

“ACOMODANDO PAPELES O ROLES”

Objetivo: Que los y las participantes reflexionen acerca de los estereotipos de los papeles o roles de género.

Material: Cartulinas, Papel, lápices, marcadores de colores, recortes de revistas.

Tiempo: 25 minutos

Procedimiento:

- Pida a los participantes que formen equipos de 5 o más integrantes, y cada equipo tomen dos cartulinas.
- Pídale que escriban en la parte superior de cada cartulina “los hombres son” y en la otra cartulina “las mujeres son”
- Solicite a los adolescentes que acomoden los adjetivos en alguna de las dos cartulinas:
- Valientes, dependientes, fuertes, débiles, objetivos, leales, infieles, dulces, independientes, insistentes, agresivos, obedientes, inferiores, superiores, inteligentes, astutos, emotivos, flexibles, lideres, suaves, ambiciosos, pasivos, activos, volubles, sinceros, frágiles, miedosos, emocionales, lógicos, amorosos.

Cierre:

- Una vez que han acomodado todas las palabras, haga las siguientes preguntas:
- ¿Describen estos adjetivos los papeles y características que toda la gente considera como “normales” o “naturales”?
- ¿Describe lo que la sociedad ha decidido que las personas de sexo masculino y femenino deberían o no deberían hacer?
- ¿se comportan los hombres y las mujeres como si estos estereotipos fueran ciertos?
- ¿Cuáles son algunas de las consecuencias de estos estereotipos para las mujeres y los hombres?

BIBLIOGRAFIA: Hablemos de Salud Sexual. Manual para profesionales de atención primaria de la salud. Información, herramientas y recursos. Pág. 82

MI CUERPO SOY YO

Objetivo: Que el adolescente identifique su propio grado de conocimiento en relación a su propio cuerpo y del sexo contrario y que lo relacione con el cuidado del mismo.

Material: Cartulinas, Papel, lápices, marcadores de colores o crayolas.

Tiempo: 30 minutos

Procedimiento:

- Pida a los participantes que tomen una cartulina y que dibujen en ella la silueta de un hombre o de una mujer.
- Pídeles que escogiendo libremente entre los materiales a utilizar pongan una silueta de los órganos o características sexuales que diferencian a los hombres y las mujeres.
- Expongan los trabajos.

Cierre:

- Pregunte como se sintieron los participantes al moldear o dibujar los órganos sexuales de su propio sexo o del contrario.
- Explore que puntos confusos existen acerca del funcionamiento o anatomía del cuerpo en cuanto al aparato sexual.
- Pregunte qué tan cómodos o incómodos se sintieron al estar hablando del tema.

BIBLIOGRAFIA: Dinámicas Participativas para el Trabajo de los Equipos de Salud con los Adolescentes. Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades. Pág. 76

TARJETAS PROTECTORAS

Objetivo: Concientizar a los y las adolescentes sobre lo fácil y rápido que se pueden contagiar de las ITS cuando una persona no se protege.

Material: Tarjetas de cualquier material de 10x10 cm, de colores (verde, rojo y azul) sin rebasar el número de los integrantes del grupo.

Tiempo: 20 minutos

Procedimiento:

- A un adolescente se le instruye en secreto y se les otorgan las tarjetas de colores (rojo, verde y azul) informándoles que las tarjetas rojas representan una infección de Transmisión sexual y las otras 2 (verde y azul) representan tener relaciones sexuales con protección.
- Al resto del grupo, sin que escuche el adolescente seleccionado, se le informa que el adolescente seleccionado les ofrecerá dos tarjetas de colores y ellos decidirán si las toman o no.
- El adolescente que tenga dos tarjetas deberá ofrecer una de ellas, la que guste a otro compañero.
- La dinámica consiste en que el alumno seleccionado e instruido, tratara de convencer a la mayor cantidad de sus compañeros a que tomen la tarjeta roja y el participante con dos tarjetas, tratara de convencer a otro a que también tenga una tarjeta de algún color y hasta que se hayan entregado las tarjetas a todos los alumnos o haber llegado al tiempo designado se termina la dinámica.
- Una vez que se repartieron a todos las tarjetas o se termine el tiempo asignado, se les explica a los integrantes del grupo que significado tienen las tarjetas según el color y que identifiquen en que grupo quedo cada quien, infectados o no infectados.

Cierre:

- Al finalizar la dinámica se le pide al grupo que reflexione sobre el hecho de haber sido verdad el significado de las tarjetas, se hagan las siguientes preguntas:
- ¿Qué aprendieron de esta dinámica?
- ¿Qué tan fácil es contagiarse de una Infección de Transmisión sexual?

BIBLIOGRAFIA: Dinámicas Participativas. Promotores Adolescentes, Centro JuvenIMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social. Pág. 41

CACERIA DE FIRMAS

Objetivo: Que los adolescentes identifique con que velocidad se propaga el SIDA y demás enfermedades de transmisión sexual, y que a la vez comprendan cuales son las formas de detenerlas.

Material: Tarjetas de cualquier material suficientes para que todos los integrantes del grupo tengan una. Prepararlas de la siguiente manera: marcar en tres de ellas una letra “c”, en tres más el mensaje “no participes en la actividad y no le enseñes a nadie tu tarjeta”, y en otras tres fichas una “x”, las restantes dejarlas en blanco.

Tiempo: 30 minutos

Procedimiento:

- Entregue una ficha a cada participante.
- Pida al grupo que se ponga de pie y que de manera individual cada quien busque a cinco personas del grupo que les quieran firmar su tarjeta. Cuando todos los adolescentes hayan recogido sus cinco firmas, pídale que regresen a sus asientos.
- Pida a las personas que tengan una “x” que se paren. Explique que a manera de ejemplo, estas personas están contagiadas de SIDA. Enseguida, pida a las personas que tiene la firma de esas personas o que formaron la ficha de esa persona que se paren.
- Pida a todos lo que tiene la firma de los que se acaban de parar que también se incorporen a los parados, y así sucesivamente hasta que los únicos sentados sean aquellos que tenían en su tarjeta que no participarán en la actividad.
- En este momento mencione que de esta manera se propagan las enfermedades de transición sexual, si las relaciones sexuales se desarrollan sin protección. Recuerde a los adolescentes que se trata de un ejemplo, y que las infecciones no se propagan pfirmando tarjetas, que las personas con la “x2, en realidad no tiene ninguna enfermedad.
- Explique que los que no participaron en la actividad representaron a aquellos adolescentes que decidieron abstenerse de las relaciones sexuales y que por lo tanto no están infectados, ya que esta acción es la única que garantiza la no infección.

- Pida a los participantes que tiene la letra “c” que se siente, explique que estos representan a los que tuvieron relaciones sexuales con condón y que por eso no corrían riesgo, por lo que se puede decir que no están infectados.

Cierre:

- Comentar los siguientes puntos de discusión:
- ¿Cómo se sintieron las personas con la “x” cuando se enteraron que tenían simbólicamente SIDA?
- ¿Cómo se sintieron los demás hacia estas personas?
- ¿Cómo se sintieron los que no participaron en la actividad?
- ¿Cómo se sintieron los que descubrieron que habían usado el condon?
- ¿Si hubieses sabido que las personas con “x” estaban infectadas, te hubieras molestado o te hubieras negado a firmar su ficha?
- Las personas “x” no sabían que estaban infectadas. ¿Cómo podrían haber sabido esto por anticipado?, si no se podía saber ¿Qué podrían hacer para protegerse?

BIBLIOGRAFIA: Dinámicas Participativas para el Trabajo de los Equipos de Salud con los Adolescentes. Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades.

Pág. 84

PARA QUE SON Y COMO SE USAN

Objetivo: Que lo adolescentes identifique a los métodos anticonceptivos como una forma para evitar embarazos no deseados e ITS.

Material: Cartulina de colores o papel bond. Hojas de colores. Marcadores de colores. Recortes de revistas métodos de PF. Resistol, cinta adhesiva. Tijeras

Tiempo: 40 minutos

Procedimiento:

- Se pide a los adolescentes que formen equipos.
- A cada equipo se le otorga una cartulina, hojas y marcadores de colores resistol y recortes de revistas.

- La dinámica consiste en que plasmen en las cartulinas los diferentes anticonceptivos que existen, así como sus forma de uso, con el material proporcionado.
- Terminado el tiempo proporcionado se indica que 2 integrantes de cada equipo pase al frente del grupo a exponer el trabajo.

Cierre:

- Al finalizar la dinámica se le pide al grupo que reflexione sobre el hecho del uso de métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo no deseado e Infecciones de Transmisión Sexual. Se les realizan las siguientes preguntas:
 - ¿Qué aprendieron de esta dinámica?
 - ¿Qué tan fácil es concientizarse sobre el uso de un método anticonceptivo en las relaciones sexuales?

BIBLIOGRAFIA: Dinámicas Participativas para el Trabajo de los Equipos de Salud con los Adolescentes. Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades.

