



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO BIOLÓGICA, SOCIAL Y PSICOLÓGICA
DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS
ADOLESCENTES.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. YANETH VILLALOBOS REYES

Asesor:

MCE. Virginia Hernández García

Iguala de la Independencia, Gro. Noviembre del 2017



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.



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO BIOLÓGICA, SOCIAL Y PSICOLÓGICA
DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS
ADOLESCENTES.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. YANETH VILLALOBOS REYES

Dirigido por:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

SINODALES

M.C.E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA
Presidente

LIC. ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ
Secretario

LIC; ENF: CONCEPCIÓN BRITO ROMERO
Vocal

Iguala de la Independencia, Gro. Noviembre del 2017

RESUMEN

La adolescencia constituyen una población prioritaria para la salud sexual y reproductiva a nivel global; sus propias características (biológicas, psicológicas y sociales) los colocan en cierta situación de vulnerabilidad. **Objetivo.** Identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad. **Metodología.** Descriptivo, transversal y cuantitativo. El universo de estudio está compuesto por 137 adolescentes de los cuales 78 son mujeres y 59 hombres de 11 a 16 años de edad. **Resultados.** El 57% de los adolescentes son del sexo femenino y el 43% son del sexo masculino, el 2% tienen vida sexual activa de 13 y 14 años; el 1% tiene 12 y 15 años respectivamente. El nivel de conocimiento de la dimensión biológica de la salud sexual y reproductiva en las mujeres adolescentes fue de 45.54% no tiene conocimientos; el 39,23% tiene conocimientos deficientes. Los hombres adolescentes el 56.87% no tienen conocimientos; el 20.67% tiene conocimientos deficientes. En la dimensión social las mujeres adolescentes refieren que el 40.49% no tiene conocimientos; 30.35% tiene conocimientos deficientes; los hombres adolescentes refieren el 46.53% no tener conocimiento; el 24.12% cuenta con conocimientos deficientes; en la dimensión psicológica las mujeres adolescentes se encontró que el 46.81% no tiene conocimientos; el 21.48 tienen conocimientos deficientes; los hombres refieren que el 56.87% no tiene conocimientos; el 13.78 tienen conocimientos deficientes. **Conclusión.** De acuerdo a los resultados obtenidos los estudiantes que participaron en el estudio, la mayoría no tienen conocimiento y quienes los tienen sus conocimientos son deficientes en la salud sexual y reproductiva.

Palabras Clave: Conocimiento biológico, social, psicológico, salud sexual y reproductiva.

SUMMARY

Adolescence is a priority population for sexual and reproductive health globally; their own characteristics (biological, psychological and social) place them in a certain situation of vulnerability. Objective. Identify the level of biological, social and psychological knowledge of sexual and reproductive health of adolescents from 11 to 16 years of age. Methodology. Descriptive, transversal and quantitative. The universe of study is composed of 137 adolescents, of which 78 are women and 59 are men between 11 and 16 years of age. Results 57% of adolescents are female and 43% are male, 2% have active sexual life of 13 and 14 years; 1% are 12 and 15 years old respectively. The level of knowledge of the biological dimension of sexual and reproductive health in adolescent women was 45.54%, they do not have knowledge; 39.23% have poor knowledge. Teen men 56.87% have no knowledge; 20.67% have poor knowledge. In the social dimension, adolescent women report that 40.49% have no knowledge; 30.35% have poor knowledge; adolescent men refer 46.53% have no knowledge; 24.12% have poor knowledge; in the psychological dimension adolescent women found that 46.81% have no knowledge; on 21.48 they have poor knowledge; men report that 56.87% have no knowledge; on 13.78 they have poor knowledge. Conclusion. According to the results obtained, the students who participated in the study, most do not have knowledge and those who have their knowledge are deficient in sexual and reproductive health.

Keywords: Biological, social, psychological, sexual and reproductive health.

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

De igual forma, dedico esta tesis a mi Madre por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su confianza, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mi Padre por ser el apoyo en mi carrera a pesar de nuestra distancia física, siendo que estás conmigo siempre, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

Agradezco también a mis hermanas que siempre han estado junto a mí, brindándome su apoyo.

A Esteban Josué Pérez por su apoyo incondicional durante este transcurso de mi carrera, por compartir momentos de alegría y demostrarme que siempre podre contar contigo.

C. YANETH VILLALOBOS REYES



AGRADECIMIENTOS

Al centro Universitario Iguala por darme la oportunidad de seguir superando al realizarla Licenciatura en Enfermería y Obstetricia incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Con todo respeto doy gracias a mí Asesor y Sinodales por su paciencia apoyo al Trabajo de Investigación.

Con cariño y respeto a todos nuestros maestros de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia del Centro Universitario Iguala, por los conocimientos que nos proporcionaron en nuestra preparación profesional

C. YANETH VILLALOBOS REYES.

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	iii
Reconocimientos	iv
I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Justificación	4
1.3 Objetivos	5
II. Revisión de la Literatura	7
2.1 Adolescencia	7
2.2 Conceptos	10
2.3 Dimensiones de la sexualidad	17
2.4 Epidemiología del estado de salud de la mujer, de la edad evolutiva en el campo sexual reproductivo	20
2.5 Complicaciones por la falta de conocimiento sobre la salud sexual y reproductivo en los adolescentes	24
2.6 Embarazo en la adolescencia	29
2.7 Morbimortalidad	30
2.8 Control prenatal	31
2.9 Infecciones de trasmisión sexual	33
2.10 Anticoncepción	35
2.11 Estudios relacionados	38
III. Metodología	41
IV. Resultados y Discusión	49
V. Conclusiones y sugerencias	66
VI. Bibliografía	69
Anexo “A” Consentimiento informado	72
Anexo “B” Instrumento de medición	73

ÍNDICE DE CUADROS

No. De cuadro		Pág.
4.1	Sexo	49
4.2	Edad	50
4.3	Estado civil	50
4.4	Nivel educativo	51
4.5	Religión	52
4.6	Nivel socioeconómico	53
4.7	Edad de la menarquia	53
4.8	Inicio de la vida sexual	54
4.9	Número de hijos	55
4.10	Problemas sociales	56
4.11	Tipo de familia	57
4.12	Relación afectiva	57
4.13	Embarazo	58
4.14	Nivel de conocimiento de la dimensión biológica de la salud sexual y reproductiva en las mujeres adolescentes	58
4.15	Nivel de conocimiento de la dimensión biológica de la salud sexual y reproductiva en los hombres adolescentes	59
4.16	Nivel de conocimiento de la dimensión social de la salud sexual y reproductiva en las mujeres adolescentes	60
4.17	Nivel de conocimiento de la dimensión social de la salud sexual y reproductiva en los hombres adolescentes	60
4.18	Nivel de conocimiento de la dimensión psicológica de la salud sexual y reproductiva en las mujeres adolescentes	61
4.19	Nivel de conocimiento de la dimensión psicológica de la salud sexual y reproductiva en los hombres adolescentes	62

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia constituyen una población prioritaria para la salud sexual y reproductiva a nivel global; sus propias características (biológicas, psicológicas y sociales) los colocan en cierta situación de vulnerabilidad. La sexualidad en los seres humanos constituye un todo en el transcurso de la vida y en particular en la etapa de la adolescencia. El comportamiento sexual y las pautas reproductivas de adolescentes están influenciadas por su entorno socio cultural, en estrecha relación con su percepción del bienestar psico-afectivo, planteándoles necesidades y cuestionamientos frente a su sexualidad. La manera como dichos cuestionamientos se respondan y como suplan las necesidades, determinan su salud sexual y reproductiva al igual que su vida socio-afectiva (Herney, 2012).

La educación juega un papel fundamental en los adolescentes, por lo que a educación de la sexualidad es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, se inicia desde el nacimiento dentro del grupo familiar y transcurre durante toda la vida, que le permita a este grupo la posibilidad de elegir patrones y comportamientos en correspondencia con su forma particular de interpretar la sexualidad y determinar su manera de expresarla y sentirla de forma libre, lo que permite armonizar lo individual y lo social de manera positiva. Es necesario mencionar que en esta etapa de la adolescencia resulta favorables para modificar enseñanzas rígidas, mitos, tabúes, creencias y formas de conducta que hayan influido en su formación y así contribuir a que en su etapa de adultos manifiesten autorresponsabilidad en el cuidado de su salud sexual y reproductiva (Rodríguez et al, 2013)

La adolescencia es fundamentalmente una etapa de rápido e intenso crecimiento físico, acompañado de profundos cambios en el cuerpo. Se manifiesta como un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta; comienza con la pubertad y se extiende desde los 12 o 13 a los 19 años en la mujer y desde los 13 o 14 años a los 20 años aproximadamente en los hombres. Se dice

aproximadamente, porque son muchas las variables que inciden en su desarrollo: socioculturales, geográficas, climáticas, ambientales, de procesos de inteligencia, entre otras (Mora y Hernández, 2015)

A partir de la pubertad comienza el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de reproducirse sexualmente. Esto no quiere decir que la niña esté preparada para ser madre. Las consecuencias negativas a largo del embarazo en la adolescencia pueden resumirse en dos grandes rubros, las que repercuten en la salud y el crecimiento del niños y las que corresponden al desarrollo personal y vida futura de la propia adolescente (Mora y Hernández, 2015)

Es importante mencionar que son los adolescentes por sus características los que más comprometen su salud reproductiva. La conducta sexual irresponsable, el embarazo no deseado y el aborto provocado constituyen problemas de salud pública que se presentan con frecuencias en los adolescentes. El propósito de esta investigación es conocer el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la escuela secundaria “Justo Sierra” de Cocula, de la Secretaría de Educación Pública del Estado de Guerrero.

1.1 Planteamiento del problema.

Las cifras más recientes indican que a nivel mundial, la tasa de embarazo en adolescentes sigue siendo elevada. En el 2006, por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años se registraron 48 nacimientos, En los Estados Unidos y Canadá, en el mismo año, el total de embarazos fue de 84 por cada 1000 y 38 por cada 1000 respectivamente (OPS, 2008)

Los adolescentes y la educación sexual en la población de América Latina y el Caribe, según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud, representan al 50% de los adolescentes menores de 17 años sexualmente activos. Un alto porcentaje de

muchachas tuvo sexo con el novio, dentro de toda esta problemática, fue una conducta acertada pues las relaciones fueron con personas conocidas de quienes se puede saber incluso su comportamiento y así no ocurren riesgos mayores (Montalvo, 2013)

De acuerdo a los resultados de la encuesta aplicada por ENSANUT y ENEGI 2012, se consideraron como residentes en México 22 millones 804 mil 803 adolescentes. Esta población es equivalente a 20,2% del total de habitantes en el país. Para llevar a cabo la encuesta se entrevistaron a 21 mil 519 adolescentes y los resultados que se obtuvieron en relación al conocimiento y uso de anticonceptivos fueron los siguientes: el 90% de la población de adolescentes (12-19 años de edad) a nivel nacional conoce o ha escuchado hablar de algún método anticonceptivo; el 84.5% del total de los adolescentes respondió correctamente que un condón masculino se puede usar una sola vez, con un porcentaje mayor en hombres de 88.1% y las mujeres el 80.8%. El porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que han iniciado vida sexual alcanza 23%, con una proporción mayor en hombres con 25.5% en relación con las mujeres, con 20.5%; del total de adolescentes sexualmente activos, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual. El condón se ubica entre los métodos más utilizados por los adolescentes, con un 80.6% y cerca de 6.2 indicó el uso de hormonales; el 78.5% respondió de manera correcta que el condón masculino se utiliza tanto para evitar un embarazo como para evitar una infección de transmisión sexual (ENSANUT, 2012).

Con respecto al embarazo en adolescentes los resultados fueron los siguientes: del total de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada y el 10.7% estaba cursando un embarazo al momento de la entrevista; la tasa de fecundidad en 2011 de las mujeres de 12 a 19 años de edad fue de 37.0 nacimientos por cada 1000 mujeres, superior a la observada en 2005 para la ENSANUT 2006 de 30.0 nacimientos por cada 1000 mujeres (ENSANUT, 2012).

En el país, la amplia heterogeneidad en normas y oportunidades existentes ha propiciado diversas realidades sociales difíciles de atender bajo una única perspectiva social y de política pública, en especial para este grupo poblacional. Las valoraciones culturales de lo femenino y lo masculino; los significados que se atribuyen a la sexualidad y al cuerpo; la exposición a tecnología de información y comunicación masiva, la organización del sistema de salud, las redes de apoyo social y en general los determinantes sociales (educación, familia, empleo, migración), se vinculan con la morbilidad sexual y reproductiva de los adolescentes (Camperio, 2011).

Es por ello que surge la necesidad de ¿Identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescente de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, de la Secretaria de Educación Pública del Estado de Guerrero?

1.2 Justificación

El tema de la sexualidad y la salud reproductiva tienen un impacto social en las nuevas generaciones y se refleja en los índices de densidad poblacional y en el incremento de enfermedades de transmisión sexual. Anteriormente los estudios de sexualidad eran pocos, debido a que implicaba hablar de temas a los que la sociedad no estaba acostumbrada, como abortos, embarazo no deseado, relaciones sexuales prematrimoniales, anticonceptivos y homosexualidad. En los últimos años debido a la gran preocupación de las instituciones de salud han abordado con mayor interés su estudio. Estas investigaciones sociodemográficas, epidemiológicas y psicosociales han estado orientadas a analizar las prácticas sexuales y la fecundidad. Además, estos estudios han arrojado datos importantes acerca de la edad a la que los jóvenes inician su vida sexual activa, los principales métodos anticonceptivos usados, así como las actitudes y las creencias que tienen los adolescentes en relación con su sexualidad

La salud sexual y reproductiva es una dimensión importante de la personalidad y del estado de salud de cada una de los adolescentes. La sexualidad tiene importancia a lo largo de la vida, en la adolescencia adquiere una mayor dimensión por sus características biológicas, psicológicas y sociales.

Este estudio de investigación tiene la finalidad de identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes ya que hoy en día es un problema grave de salud pública y es necesario implementar acciones para reducir la vida sexual a temprana edad, la incidencia de embarazos, aborto, enfermedades de transmisión sexual y adicciones en este grupo de edad por los riesgos que enfrentan los adolescentes.

La presente investigación será una contribución a las autoridades educativas para que implementen programar educación sexual y reproductiva a todos los adolescentes, a los padres de familia para que tomen en cuenta la importancia que tienen los valores en la familia, se interesen sobre la educación y comunicación que debe de establecerse en su vínculo familiar con sus hijos (as) y a los profesionales de la salud para implementar acciones en el área profesional para prevenir los problemas psicosociales y promover estilos de vida que garanticen una mejor calidad de vida a los adolescentes en su salud sexual y reproductiva.

1.3 Objetivos.

1.3.1 General.

- 1.3.1.1 Identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad.

1.3.2 Específicos.

- 1.3.2.1 Conocer el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre la dimensión biológica de la sexualidad.
- 1.3.2.2 Conocer el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre la dimensión psicológica de la sexualidad.
- 1.3.2.3 Conocer el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre la dimensión social de la sexualidad.
- 1.3.2.4 Conocer la incidencia de la vida sexual activa de los adolescentes.
- 1.3.2.5 Identificar los factores de riesgo sociodemográficos de los adolescentes

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Adolescencia.

La adolescencia es un periodo de transiciones biológicas, psicológicas y económicas; una etapa de transitoria desde las experiencias emocionales y las menos desarrolladas de la niñez y las más equilibradas de la adultez, que representa un ideal. Aunque hay suficientes publicaciones en las que se analiza este periodo, existe poco acuerdo sobre el comienzo y el final de la adolescencia y sobre los límites de esta terminación. Desde la perspectiva biológica, el hincapié está en el comienzo y el final de la pubertad y desde el aspecto legal, se determina a partir de los diferentes grupos de edad establecidos por la ley. Si bien la adolescencia puede abarcar desde los 10 años o más, la mayoría de los profesionales en ciencias sociales reconocen que, debido al importante crecimiento psicológico y social que se produce en esa década, tiene más sentido considerar los años de la adolescencia como una serie de fases y no como una etapa uniforme (Colin y Villagómez, 2010).

Por lo general, se considera adolescencia al periodo que va de los 13 a los 19 años de edad. Los cambios biológicos en el adolescente se distinguen por el aumento importante de estatura, las dimensiones corporales y la pubertad, que se caracteriza por el desarrollo de los órganos de reproducción y la presencia de caracteres sexuales secundarios. Estas transformaciones se determinan por las hormonas productivas por glándulas endocrinas, en particular las masculinas, es decir, los andrógenos, representados por la testosterona, y las femeninas por los estrógenos y la progesterona (Guana et al, 2009).

En varones, la pubertad comienza con el aumento de los testículos y el escroto; después de un año; las dimensiones y la longitud del pene aumentan. También se desarrollan las vesículas seminales y la glándula prostática. Surgen

los primeros vellos púbicos, cuyo crecimiento total se produce en la fase madura. La primera emisión de semen se manifiesta entre los 11 y 16 años (Guana et al, 2009).

En mujeres, la maduración sexual se anuncia con la aparición del botón mamario, seguido por el desarrollo de las mamas, el útero, la vagina y el aumento de los genitales externos. La aparición del primer flujo menstrual (menarquia), que simboliza el cambio de estatus de una mujer, se produce alrededor de 12 años, pero puede presentarse entre los 9 y los 16. Este es un acontecimiento memorable para ella. Ocurre sin previo aviso o, mejor dicho, sin signos premonitorios. Quienes están informadas y preparadas para su arribo, lo viven de manera positiva, porque tienen la percepción de volverse grandes. En caso contrario, se experimenta como una situación dramática. En este siglo de bienestar, el desarrollo sexual femenino es más rápido que en el pasado. Esto se debe a una mejor alimentación, al estilo de vida y al cuidado de la salud. Los adolescentes manifiestan sentimientos ambivalentes respecto a los cambios del cuerpo: hay fascinación, perturbación y miedo. Suelen ser jueces despiadados de sí mismos. Se produce una extraña combinación entre madurez e infantilismo (Guana et al, 2009).

La adolescencia es un periodo caracterizado por la maduración sexual y un desarrollo cognitivo importante. Se adquiere la capacidad de pensamiento abstracto y crece la conciencia, la imaginación, la crítica personal y la intuición tanto de sí mismo como de los otros. Este cambio cognitivo, que Piaget define como pensamiento operativo formal, consiste en una elaboración intelectual abstracta, especulativa, libre del contexto y de las condiciones inmediatas. Implica la reflexión de los propios pensamientos, prestando atención a la relación entre ellos y acercando la realidad a la posibilidad y la probabilidad de los hechos (Guana et al, 2009).

El egocentrismo es típico de los adolescentes. Los sentimientos y las emociones tienden a considerarse únicos, como si nadie los hubiera vivido antes ni los vivirá después. Por fortuna, esta situación decae a los 14 a 15 años, cuando se da cuenta de que todos están sometidos a las leyes de la naturaleza. Aunque hay esquemas de desarrollo comunes en varias sociedades y en todas las épocas, el proceso de crecimiento y maduración del individuo se ve influido por el entorno. El adolescente formula proyectos y expectativas para su propio futuro, según el momento histórico y cultural en que se inserta (Guana et al, 2009).

En nuestra sociedad de los medios de comunicación masivos, los jóvenes se encuentran particularmente indefensos ante los mensajes que reciben. Ellos modelan su comportamiento en forma pasiva respecto de los estímulos y los actos propuestos por dichos medios (Guana et al, 2009).

Los adolescentes enfrentan dos desafíos psicosociales: la independencia o autonomía de sus padres. La rebelión y el conflicto son las manifestaciones típicas de este proceso de emancipación, así como la interdependencia, es decir, la capacidad de crear una dependencia social recíproca, como ocurre en el matrimonio o la actividad laboral (Guana et al, 2009).

La formación de la propia identidad. Implica la construcción de un yo que establezca armonía entre los componentes de la personalidad. Erikson llama a este proceso “formación de la identidad”. El adolescente busca un conjunto de valores guía a través de la identificación con un grupo de referencia. Confronta sus roles, valores y sentimientos con los otros integrantes del clan. Al mismo tiempo, una persona significativa, digna de gran estima, puede constituirse como modelo de referencia (un amigo íntimo, un progenitor, un personaje del espectáculo, etc.). En esta búsqueda de identidad se siguen comportamientos o estilos de vida determinantes con respecto a la salud y el bienestar de la vida futura. Los adolescentes recurren, por ejemplo, al uso de drogas, alcohol o tabaco. Estos

hábitos pueden verse como un signo particular de la edad adulta (Guana et al, 2009).

El adolescente no solo debe enfrentar su desarrollo sexual, sino también la propia identidad como manifestación de las exigencias sexuales, los sentimientos y la aceptación o el rechazo de los roles sexuales. En este periodo de la vida, la capacidad de establecer relaciones íntimas adquiere un peso considerable. (Guana et al, 2009)

2.2 Conceptos:

Adolescencia: La OMS la define como el periodo de la vida durante el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita por los patrones psicológicos de la niñez hacia la adultez y consolida su independencia socioeconómica. Considera que se inicia a los 10 años y culmina a los 19 años aproximadamente. Se suele marcar a la pubertad como su comienzo y se define por importantes cambios corporales que ocurren, siendo uno de ellos la eyaculación en el varón y la menarquia en la mujer que generalmente ocurre entre los 9 y 13 años. Adyacente a estos aparece cambios endocrinos y morfológicos, la aparición de caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales (Lewitan, 2013).

La OMS clasifica esta etapa como adolescencia temprana o periodo peripuberal a la edad entre los 10 a 13 años y se caracteriza por grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. En la adolescencia media (entre 14 a 16 años) los jóvenes han completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, es la edad promedio de inicio de actividad sexual; es cuando se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes, casi siempre generadoras de riesgo. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante el embarazo (OMS, 2012).

Sexualidad: Es un conjunto de fenómenos biopsicosocial que marcan de forma decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y de las expectativas de rol social. En la vida cotidiana de la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad (Montalvo, 2013).

La salud: Las respuestas están condicionadas por la cultura, la educación, las convicciones personales, la actividad laboral y el contexto social en que se vive. Sin duda hay definiciones muy variadas, pero es probable que la de mayor frecuencia sea la vinculada con un estado de ausencia de enfermedad. El concepto de salud es mucho más extenso e implica diferentes ámbitos de la vida de una persona. A través de los años, dicha concepción ha pasado por una serie de cambios asociados con las transformaciones sociopolíticas, los adelantos técnico-científicos, los estudios sobre la relación entre el ser humano y el ambiente, y los vínculos entre salud física y psíquica. En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definía a la salud como algo distinto a la ausencia de enfermedad: un estado de completo bienestar físico-psíquico y social. Se ponía énfasis en la idea del comportamiento humano en su visión holística. (Guana, et al 2009).

En la Conferencia Internacional sobre Asistencia Sanitaria Primaria, celebrada en Alma-Ata, Kazajistán, el 12 de septiembre de 1978, se ratificó el concepto de que salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad; es un derecho fundamental de los seres humanos y la adquisición de la mayor calidad posible de salud es un objeto social de extrema importancia, que interesa al mundo entero y presupone la

participación de muchos otros sectores socioeconómicos, más allá del sanitario”. (Guana, et al 2009).

El sistema sanitario en vigor hasta hace algunos años definía la salud como “el estado de productividad en las tareas profesionales, propias del individuo y de la sociedad”. En una definición específicamente biomédica se describe a la salud como “ausencia de afección orgánica o funcional del cuerpo humano”. (Guana, et al 2009).

Una descripción muy interesante es la elaborada por A. Seppilli: “La salud es un estado de equilibrio armónico funcional, físico y psíquico del individuo, integrado de manera dinámica con su ambiente natural y social”. Esto presupone una condición individual y una interrogación armónica del ser humano con el ambiente en que vive, que le permite conservar su equilibrio a pesar de los estímulos provenientes del exterior. Las definiciones de salud, tanto en el ámbito nacional como internacional, le confieren una orientación dirigida hacia la persona, la comunidad y la sociedad, y de algún modo la convierten en un “estado” que pareciera utópico, ya que el perfecto bienestar será siempre un objetivo a perseguir. (Guana, et al 2009).

La definición de Alma-Ata (OMS) es la más moderna, en cuanto expresa una evolución de varios aspectos:

- La salud deja de ser un estado exclusivamente físico del ser humano, e incluye también la dimensión psíquica y social;
- La promoción de la salud comienza a asumir una función bien definida en relación con el tratamiento de la propia enfermedad;
- La salud, aunque se aborda en forma individual, está vinculada con el aspecto social de la persona (Guana, et al 2009).

El paradigma de salud y bienestar en la disciplina obstétrica:

La disciplina obstétrica se inspira en la concepción biopsicosocial de la salud y el bienestar, que tiene su origen en la teoría holística, es decir, en la unidad indivisible de mente, cuerpo y sociedad. En esta representación se tiende a considerar a la persona como un sistema integrado con ambiente. Esto concuerda con el acta constitutiva de la OMS, donde se afirma que: “Es un derecho fundamental de todo ser humano la posesión del mejor estado de salud que sea posible alcanzar, sino un completo estado de bienestar físico mental y social”. (Guana, et al 2009).

El modelo biopsicosocial esta en armonía con la naturaleza humana, que es compleja y al mismo tiempo única, en tanto se contrapone con el modelo biológico (o concepción organicista), que restringe las fuentes de salud y las causas de la enfermedad a la sola dimensión biológica y corporal (no ofrece su imagen completa de la realidad humana) (Guana, et al 2009).

La disciplina obstétrica establece una distinción entre el concepto de salud y el de bienestar:

- La salud es un estado de equilibrio estático funcional, psicofísico y social; por tanto, implica una posición de vulnerabilidad del ser humano frente a fenómenos internos y externos que llegan a alterar dicha estabilidad;
- Por bienestar se entiende el proceso dinámico de cambio hacia una mejoría en la calidad de vida; es decir, el estado de bienestar se desarrolla en un continuum, según la perspectiva de Antonovski.

El estado de bienestar es la capacidad de adaptación activa adquirida a través de nuestra historia evolutiva, nuestra experiencia y el aprendizaje personal o programado por la sociedad de la que formamos parte.

Al recurrir al modelo biopsisocial, la disciplina obstétrica, según la OMS y la perspectiva de Antonovski, define por la **salud sexual reproductiva** una *condición dinámica de bienestar global* (psicofísico, social y de valores) de la mujer en relación con los sucesos del ciclo vital, es Infancia, adolescencia, menarquia, madurez sexual, concepción, embarazo, parto y nacimiento, puerperio, pareja familia, matrimonio, maternidad, paternidad, separación y divorcio, edad madura, menopausia/andropausia, envejecimiento, enfermedad y muerte constituyen procesos de gran trascendencia, tanto desde el punto de vista individual como colectivo. Cada etapa o experiencia se vuelve un momento crítico que conlleva en principio una crisis, seguida de una readaptación y reestructuración de la propia dimensión psicofísica y del estatus. (Guana, et al 2009).

La salud sexual. Se considera por la Organización Mundial de la Salud, como una integración de los elementos corporales, emocionales, intelectuales y culturales de la persona, por medios que le permitan desarrollar su personalidad, la comunicación, el amor y la realización feliz de su sexualidad (Ayala et al, 2011).

En la ENSANUT 2012 se señala que la salud sexual y reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y procesos; es un componente esencial de la capacidad de los adolescentes para transformarse en personas equilibradas, responsables y productivas dentro de la sociedad.

El concepto de salud reproductiva (reproductive health) o, por llamarlo de manera más adecuada, salud en el campo reproductivo, se introdujo por primera vez en el decenio de 1980 por los de la OMS. El interés por el concepto de salud “de género” como derecho internacional es un fenómeno reciente. En la Conferencia sobre población y desarrollo, llevada a cabo en El Cairo en 1994, se acuñó la definición oficial de salud sexual reproductiva, que se inserta en el contexto de la definición general de salud: “... se encarga del sistema, los

procesos y las funciones reproductivas en todos los estadios de la vida humana”. Además, se determinó que la salud sexual representa una “integración positiva de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales, de que se enriquezcan la personalidad y las capacidades comunicativas y afectivas”. En ese contexto se establecieron dos importantes principios:

- La salud y el bienestar de las mujeres son importantísimos, tanto para ellas como para las generaciones posteriores;
- La salud reproductiva debe considerarse como derecho y como pilar de la dignidad de la mujer. (Guana, et al 2009)

A partir de estos principios, en el concepto de salud sexual y reproductiva se resalta el poder de la mujer y la calidad de su existencia como proyecto para asegurar el estado de bienestar de las futuras generaciones. En esta definición se incluye también aceptar la responsabilidad de la propia salud por parte de las mujeres, a partir del supuesto de que “... la salud del adulto depende de la del niño, que a su vez depende de la salud de la madre, la cual, en su vida reproductiva, decide generar no un niño más, sino ese niño en particular” (OMS, 2012).

En la salud sexual y reproductiva se subrayan dos aspectos imprescindibles del individuo:

- La propia función procreadora: capacidad de generar, concebir y llevar a término un embarazo;
- La propia sexualidad: como parte integrante de la propia personalidad y como expresión de todos sus componentes: físicos psíquicos, afectivos y de relación, una entidad dinámica en continuo cambio a lo largo de la vida (McFarland).

Estos dos aspectos del individuo se correlacionan con dos derechos universales de los seres humanos y de las mujeres: la libertad de tratar con la propia sexualidad y el poder de decisión sobre la propia función reproductiva (Guana, et al 2009).

El derecho a la salud reproductiva se vincula con otro suceso importante, la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, que tuvo lugar en Pekín en 1995. En ella se puso atención a otras prerrogativas, “el empowerment y el mainstreaming”, es decir, la afirmación del poder femenino, reconociendo y garantizando la libertad de elección y de calidad social para mujeres y hombres (Guana, et al 2009).

Egon Diczfalusy, precursor en este campo, identifico en fecha reciente los 12 elementos fundamentales de la salud en materia de reproducción, de manera paralela a la declaración de los derechos sexuales y reproductivos (Benagiano, 1998). Dichos elementos se enumeran a continuación:

- Igualdad de la dignidad entre hombres y mujeres;
- Posibilidad para todos de tener acceso a la planificación familiar;
- Promoción de una maternidad segura con asistencia prenatal adecuada;
- Prevención de los abortos realizados en condiciones que pudieran resultar peligrosas,
- Control de las infecciones del parto reproductivo, entre ellas el VIH/SIDA;
- Solución de los problemas de infertilidad de la pareja;
- Promoción de una nutrición apropiada para madres e hijos;
- Asistencia a los neonatos y a los niños;
- Educación a los adolescentes en materia de sexualidad y de salud en el campo reproductivo;
- Promoción de una sexualidad sana y segura;
- Eliminación de prácticas peligrosas, como las mutilaciones genitales;
- Establecimiento de un ambiente y condiciones laborales adecuados con el fin de proteger la salud en el campo reproductivo (Guana, et al 2009).

Estos 12 elementos dan al concepto de salud reproductiva una connotación multidimensional: fisicobiológica, psicológica, social y cultural, y de valores. Además, desde un punto de vista operativo, definen las áreas fundamentales de intervención:

- Biológica: intervenciones destinadas a la protección de la integridad física de la persona;
- Sociorrenacional: intervenciones destinadas a proteger la aptitud de los individuos para establecer relaciones interpersonales satisfactorias, sea en la vida social, la actividad recreativa o el trabajo;
- Psicológica/cognitiva: intervenciones destinadas a la protección de la integridad de las funciones cognitivas (lenguaje, pensamiento) y la percepción de sí mismo como persona autónoma en un sentido psicológico; posibilidad de un individuo de valorar su compromiso con la sociedad. (Guana, et al 2009).

2.3 Dimensiones de la sexualidad.

La sexualidad humana es el resultado de la interacción de cuatro dimensiones fundamentales como son la biológica, la psicológica, la sociocultural y la ética-axiológica-legal. El ser humano es un organismo regulado por fenómenos anatómico-fisiológicos que en función de complejos procesos psicológicos y sociales, asociados a un sistema de principios éticos legales, determinan la conformación de la sexualidad en la vida de la persona (Montalvo, 2013).

Dimensión Biológica. La función sexual se ejerce fundamentalmente mediante unos órganos genitales y reproductores, son mediadores fundamentales de la función sexual, pero no es lo único a través del cual los seres humanos pueden ejercer su sexualidad. El ser humano tiene un cuerpo inmensamente rico con un potencial maravilloso para sentir, gozar y experimentar emociones, vivencias y sentimientos eróticos, los genitales hacen parte de esta riqueza y de este conjunto. Esta dimensión hace referencia a todos los aspectos anatómicos, fisiológicos, bioquímicos, genéticos que subyacen a los diferentes componentes

de la sexualidad como son la reproductividad, el erotismo, el género y las vinculaciones erto-afectivo-amorosa (Montalvo, 2013).

Durante este periodo en las mujeres se manifiestan cambios característicos como crecimiento de los senos, aparición del vello púbico y la primera menstruación. En los hombres se hace evidente el cambio de voz, surge vello púbico y se producen las primeras emisiones de esperma. Estas manifestaciones, entre otras, anuncian el inicio de la madurez sexual cuya consecuencia natural es la capacidad reproductiva. Los cambios biológicos durante la adolescencia adquieren un significado para la vida y la sexualidad de los/las jóvenes, puesto que representan la nueva realidad que han de vivir como adultos, tanto en un aspectos físico como psicológico y social (Montalvo, 2013).

Dimensión Psicológica. Se relaciona con los procesos emocionales, motivacionales, de aprendizaje, afectivos, comportamentales, cognitivos, de personalidad, etc., implicados en la estructuración de la vivencia sexual. La mayor parte de los procesos psicológicos están relacionados y en interacción con la dimensión sociocultural. Por ejemplo la estructuración de la identidad sexual implica factores perceptivos, de aprendizaje, emocionales, cognitivos, así como de patrones culturales y sociales como las normas, las expectativas sociales, guiones sexuales de género, etc. (Montalvo, 2013).

Durante la adolescencia la capacidad física, sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad que en cualquier otro momento de la vida. Es tiempo de cambios diversos e intensos. El sentimiento infantil de un nuevo día pleno de diversión y alegría se transforma en emociones y sentimientos nuevos, muchas veces confusos y entremezclados.

Los/las jóvenes ya no piensan a partir de los objetos reales y de la realidad conocida, sino que ahora son capaces de crear objetos ideales, de imaginar situaciones que no existen, al menos dentro de su experiencia. La

omnipotencia de pensamiento los lleva a pensar “a mí nunca me va a pasar esto”, el resultado es una serie de conductas temerarias que le sirven de autoafirmación que sin embargo pueden representar importantes riesgos para su integridad personal. Entre ellas tener relaciones sexuales sin protección que ocasionan embarazos no planeados o contagios de enfermedades de transmisión sexual (Montalvo, 2013).

Dimensión Social. Se relaciona con los procesos y fenómenos que hacen parte del ser humano como ser fundamentalmente social y político y que contribuyen al aprendizaje social de una determinada forma de vivir la sexualidad, son el producto de una construcción sexual y colectiva. Hacen parte de esta dimensión los guiones sexuales, los ritos, los mitos, los imaginarios sociales, las normas, los roles, la educación sexual, los patrones culturales, etc. (Montalvo, 2013).

La sexualidad se halla marcada por un énfasis en lo que se ha llamado la construcción social de la vida sexual que es la comprensión de la sexualidad humana que no es más que un producto de nuestra naturaleza biológica sino de los sistemas culturales y sociales que modelan, no solamente la experiencia sexual, sino también los modos a través de los cuales interpretamos y comprendemos esta experiencia. Esta visión de la sexualidad y de la actividad sexual como construcciones sociales se basa en el origen intersubjetivo de los significados sexuales, las cualidades colectivas y compartidas. Es importante proporcionar a los adolescentes información y orientación tendiente a modificar los modelos estereotipados de mujer y varón, porque en ellos se definen las identidades masculina y femenina, así como la forma de relación que han de establecer. Además, se requiere eliminar mitos, prejuicios y convencionalismos como el que sostiene que la mujer pierde su valor por haber tenido relaciones sexuales o que los hombres son más hombres mientras más mujeres tengan. Por consiguiente el ejercicio de la sexualidad requiere asumirse como un derecho, pero un derecho que se ejerce de manera informada, con responsabilidad y en

condiciones de autonomía y equidad, sin dominio, violencia o imposición (Montalvo, 2013).

Desde este punto de vista la sexualidad sería la integración y resultado de acción de estas tres dimensiones, interrelacionados la una con la otra. Esta visión integradora de las dimensiones de la sexualidad tiene implicaciones importantes para la educación sexual ya que se trabajaría por la construcción de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales teniendo en cuenta las dimensiones biológicas, psicológicas, socioculturales. A partir de la integración de las fuerzas biológicas con el ambiente social, familiar y cultural se estructura una vivencia personal de la sexualidad, regulada por la construcción de un código de reglas, principios, valores y aspectos legales determinados socialmente (Montalvo, 2013).

2.4 Epidemiología del estado de salud de la mujer, de la edad evolutiva en el campo sexual reproductivo.

Los estudios epidemiológicos sobre el estado de salud de la mujer, la edad evolutiva y el campo sexual reproductivo representan el punto de partida para la realización de intervenciones eficaces y apropiadas en el ámbito de la promoción de la salud de la comunidad. Para delinear el actual estado de salud/enfermedad del target de referencia se propone el siguiente análisis:

- En diciembre de 2012 ONUSIDA reporto 32,2 millones de personas infectadas por VIH (virus inmunodeficiencia humana) en el mundo, de ellas 15 millones son mujeres, la mayoría en edad reproductiva, un porcentaje importante en edades comprendidas entre los 20 y 29 años, lo que indica de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, que la infección fue adquirida durante la adolescencia.

Por razones de carácter biológico, socioeconómico y cultural, la mujer es particularmente susceptible a la infección, lo que implica que, de no implementarse estrategias efectivas para disminuir la transmisión madre hijo del virus, cada vez será mayor el número el número de casos

informados de sida e infección del VIH en niños, con las consecuencias económicas y sociales que esta problemática conlleva.

En Colombia, según el ministerio de protección social, a diciembre de 2005 se ha informado 54.805 casos de infección por VIH. En nuestro país hay 11 millones de mujeres en edad reproductiva, 1,2 millones de gestaciones cada año, la prevalencia de la infección es de 0,6%, lo que implica que cada año se presentan aproximadamente 4.800 embarazos en mujeres VIH positivas, y de no mediar ningún tipo de intervención, 1.440 mujeres transmitirán la infección al recién nacido. A diciembre de 2005 se habían informado 817 casos de infección por transmisión madre hijo. La relación hombre: mujer en Colombia es de 1,8:1 (Restrepo y Restrepo 2015).

En el mundo la transmisión heterosexual es responsable de aproximadamente el 70% de las infecciones informadas, lo cual explica el incremento de casos en mujeres y por consiguiente el número de casos de sida pediátrico. El 90% de estos últimos son resultado de transmisión madre hijo.

A pesar de la existencia de estrategias exitosas implementadas en el mundo en promoción, prevención y tratamiento de las personas infectadas por VIH, en los países en desarrollo el número de casos continúa en incremento, de manera especial en los sectores más desprotegidos de la sociedad (Restrepo y Restrepo 2015).

Existe amplio conocimiento de los factores de riesgo que favorecen la transmisión vertical y las medidas exitosas para disminuirla como son: la prevención primaria, la planificación familiar, el sexo seguro y protegido, la atención prenatal con calidad, la asesoría y las pruebas confidenciales voluntarias, la profilaxis y el tratamiento antirretroviral durante la gestación, el parto y la lactancia, la cesárea electiva y la intervención nutricional al recién nacido. Estas estrategias han mostrado

gran efectividad en la reducción del número de casos de sida en niños, pero su implementación aun es bastante deficiente en países en vía de desarrollo (Restrepo y Restrepo 2015).

Para reducir el número de casos de transmisión madre hijo por VIH es necesario realizar un diagnóstico oportuno en la madre, brindar tratamiento adecuado, e implementar estrategias durante el proceso reproductivo. Para lograr lo anterior se requiere la realización de exámenes diagnósticos de manera voluntaria a las mujeres durante la consulta preconcepción o durante el control prenatal, previo consentimiento informado escrito y asesoría pre y posprueba de VIH, como lo establece la legislación colombiana. (Restrepo y Restrepo 2015).

- Difusión del VIH en la población femenina. Las estadísticas mundiales demostraron que los porcentajes de mortalidad debida al VIH en las mujeres alcanzaron a los del varón. En 1999, la OMS indicaba que en 1998 entre las mujeres y los varones residentes en los países miembros en la OMS de 15 a 44 años, el VIH era la primera causa de muerte. En 2000, en los países de bajos ingresos, las mujeres superaron a los varones en la mortalidad por VIH (Secilia et al, 2009).
- Violencia sexual y doméstica en la vida de las mujeres. En 1993, la ONU definió la violencia contra las mujeres como "... todo acto que provoque o pueda provocar daño físico, sexual, psicológico o que genere sufrimiento a una mujer, incluyendo las amenazas o la arbitraria privación de la libertad en la vida pública o privada". los datos de la OMS estiman que en el mundo, una de cada tres mujeres sufrió golpes y abusos sexuales, y una de cada cuatro mujeres fue víctima de una forma de violencia durante el embarazo (por parte del compañero o del ex compañero). Después de los accidentes de tránsito, la violencia física es la segunda causa de traumas en el embarazo. Una investigación italiana demuestra que una de cada 10 mujeres sufrió violencias físicas

o sexuales por parte de hombres conocidos como: compañero, ex compañero, padres y hermanos, compañeros de escuela, colegas de trabajo. También se observa la violencia sobre las mujeres embarazadas o sobre el feto por maltratos interfamiliares (Secilia et al, 2009).

- Embarazo en las adolescentes. Se volvió un fenómeno social en los países de la Comunidad Europea. En el “informe sobre la salud y los derechos sexuales reproductivos”, aprobado por el Parlamento Europeo en junio de 2002, se estima entre siete y 28 embarazos en cada 1000 jóvenes entre 15 y 19 años. Se pasa de 28/1000 en el Reino Unido a 7/1000 en los Países Bajos. En Italia, una investigación del ISTAT del año 2000 menciona 7/1000 a 10/1000 en el sur, 4.8% en el norte y 4.1% en el centro. Un embarazo indeseado o inadecuado puede causar una crisis muy grave en la vida de una mujer en toda edad. En la adolescencia se habla de embarazo de riesgo a causa de los problemas que puede generar: desarrollo psicofísico incompleto, vulnerabilidad psicoemocional, responsabilidad en la toma de decisiones, presiones sociales y familiares y el reconocimiento del hijo. Estos datos tan diferentes demuestran que en Europa los jóvenes no poseen la misma información sexual y que no tienen las mismas competencias con respecto a la gestión de la sexualidad (Secilia et al, 2009).
- Tabaquismo. El vicio del cigarrillo va en constante aumento en la población femenina. En cambio, en los varones se observa cierta disminución. Entre las mujeres, 22% fuma aumentaron las fumadoras adolescentes (1993 a 1999: 69%) que empiezan alrededor de los 12 a 13 años. Los efectos producidos por el humo (activo y pasivo) pueden causar daños en todas las fases de la vida reproductiva femenina y masculina, y en particular durante el embarazo y el puerperio.
- Drogadicción. Si al principio se trataba de un fenómeno típicamente masculino, en los últimos años un número cada vez más considerable de mujeres utiliza drogas. Es sabido que la drogadicción interfiere con la

salud reproductiva (determina la amenorrea, modificando la fertilidad de la mujer), tiene efectos tóxicos en el embarazo y en el feto neonato, en particular el crack y el éxtasis (Sicilia et al 2011).

2.5 Complicaciones por la falta de conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva en los adolescentes:

El adolescente tiene con mucha frecuencia relaciones sexuales sin protección, convive con importantes factores de riesgo, los cuales no conoce en gran medida; mantiene actitudes no saludables con respecto a éstos y a su vez, los convierte en habituales conductas de riesgo. Por consiguiente la actividad sexual de las adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementándose la incidencia de embarazos, abortos e infecciones de transmisión sexual (Montalvo, 2013).

La falta de conocimiento tiene las siguientes consecuencias:

Inicio de una vida sexual a edades tempranas. En México, en promedio la juventud inicia su vida sexual entre los 15 y los 19 años. La edad y el incremento en el número de parejas sexuales están asociados con la posibilidad de reinfecciones, principalmente cuando interactúan con sexoservidores(as). El inicio de una vida sexual a edad temprana, constituye uno de los principales riesgos, ante la motivación por pertenecer a un grupo social o las mismas presiones de la sociedad juvenil, derivadas de mensajes de los medios masivos de comunicación, que generalmente expresan modelos de convivencia inadecuados que generan necesidades ficticias, pues responden a un ambiente de competencia en todos los ámbitos, originando conductas riesgosas, conjugando con la falta de protección y la posibilidad de que la(s) pareja(s) pudieran estar infectadas lo que aumentan los riesgos de infecciones de transmisión sexual (Hernández et al, 2012).

Falta o uso inadecuado del preservativo. El comportamiento inadecuado en la adolescencia puede tener repercusiones durante toda la vida, el acceso de información sexual dispersa, la mayor libertad y el desconocimiento de las consecuencias de una actividad sexual sin protección llevan a los adolescentes a incurrir en prácticas de riesgo para la salud. El uso incorrecto del preservativo o la ausencia del mismo en todas las relaciones sexuales predisponen al contagio de ITS. Una de las medidas de prevención que puede disminuir este fenómeno es promoviendo un mayor conocimiento de los beneficios que proporciona su correcta utilización. Por otra parte el condón femenino no se ha tomado en consideración por la secretaria de salud para estar en el cuadro básico de métodos anticonceptivos por ser más costoso. Lo que conlleva a que las adolescentes no lo utilicen por estar fuera de su alcance, aunque este permita aminorar los riesgos de contra ITS (Hernández et al, 2012).

Pobreza. La persistencia de la pobreza constituye uno de los principales obstáculos para que los adolescentes puedan desarrollar su capacidades humanas básicas, lo que pone a estos en condiciones de mayor vulnerabilidad en su vida reproductiva, se considera que una baja economía impide la asistencia de los jóvenes a los centros de salud para una orientación sexual, una consulta en la utilización de métodos anticonceptivos y para realizarse un estudio preventivo como el Papanicolaou, lo que provoca la existencia de una brecha entre las campañas de prevención y la sensibilización de los jóvenes que aun cuando quisieran actuar en beneficio a su propia salud, no cuenta o no tiene el acceso a los servicios de salud adecuados (Hernández et al, 2012).

Educación. La falta de una cultura centrada en la sexualidad ha mermado la salud en hombres y mujeres. Factores culturales tales como algunas costumbres y tradiciones nos enseñan que es un tabú hablar de sexualidad y pocas son las familias que conversan sobre este asunto a sus hijos, por miedo a incitarlos o inducirlos a prácticas sexuales. La inexistencia de una cultura sólida de la educación sexual en México, aunque exista la intención derivada de los planes y

programas de la SEP y de la secretaria de salud, la información no ha sido precisa ni eficaz, no ha generado una consciencia del cuidado del cuerpo y la poca educación que generalmente se brinda en casa, es insuficiente para el cuidado de la salud reproductiva de niños y adolescentes (Hernández et al, 2012).

Medios de Comunicación. Los medios de comunicación masiva influyen en las relaciones sexuales, si bien en ellos se incluyen temas de educación sexual, transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales (en adolescentes) son comunes aceptadas y a veces esperadas. Estos mensajes son recibidos y observados por niños y pueden influir en el inicio de la vida sexual a una edad más temprana (Hernández et al, 2012).

Familia disfuncional: Uniparenterales, o con conductas promiscuas y con consumo de drogas en la que no hay un adecuado dialogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias efectivas que el joven no sabe resolver, impulsándolo a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vinculo de amor. Ante una familia disfuncional el joven intenta escapar de situaciones conflictivas en el hogar. Otro aspecto de calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres, cuando ésta es pobre o incompleta los adolescentes la buscan en los amigos y compañeros de colegio.

Controversia entre sus sistemas de valores y el de sus padres: Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y a la vez como una forma de negarse asimismo que tiene relaciones no implementa medidas anticonceptivas Lerner et al, 2009).

No uso de métodos de planificación familiar asociado con: Percepción de invulnerabilidad, escepticismo frente a la efectividad de los mismos, creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios, creencia de que utilizar los

métodos es un irrespeto con la otra persona y, deseo de complacer a la pareja (Lerner et al, 2009).

Aborto: Se define como aborto, la pérdida del producto de la gestación antes de la semana 22 o el parto de un feto antes de alcanzar la viabilidad o con un peso menor de 500 g. Aproximadamente el 15% de los embarazos que se diagnostican terminan en aborto, pero algunos embarazos se pierden antes de que la mujer los reconozca y al hacer seguimiento con subunidad Beta de la gonadotropina Coriónica Humana (BHGG) el porcentaje de abortos asciende al 35%, esta situación se domina aborto subclínico (Londoño, 2015).

Se estima que en el mundo se presentan 42 millones de abortos cada año, de los cuales 20 millones son considerados abortos inseguros; de ellos 6 millones se presentan en América Latina. En Colombia se calcula que ocurren entre 65 mil a 450 mil abortos inseguros cada año. El 48% de las gestaciones en Colombia no son deseadas y según la OMS 120 millones de mujeres de países en vía de desarrollo desean planificar pero no cuentan con los medios para hacerlo. El aborto inseguro es un problema de salud pública, un problema de derechos humanos y una de las expresiones más injustas de inequidad contra las mujeres. Los países pobres consumen el 50% de los recursos para salud sexual y reproductiva en tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro (Londoño, 2015).

Amenaza de Aborto: Se define como la presencia de sangrado vaginal en ausencia de cambios cervicales en una gestación menor de 22 semanas; se presenta en aproximadamente el 20% de los embarazos de los embarazos y de estos la mitad terminaran en aborto.

Aborto incompleto: Expulsión parcial del producto de la gestación con retención de partes fetales, membranas o placenta, se diagnostica ante el hallazgo de un cuello uterino abierto con restos en el interior del útero (Londoño, 2015).

Aborto completo: Expulsión total del producto de la concepción, sin necesidad de evacuación quirúrgica, se debe establecer este diagnóstico ante la historia de un sangrado vaginal que ha disminuido o está ausente y el examen físico revela un cuello cerrado con escaso o nulo sangrado; se requiere de una ecografía que reporte ausencia de restos o escasos coágulos en cavidad para confirmar el diagnóstico. Es más probable que el aborto sea completo, cuando ocurre antes de la semana 12.

Aborto en curso, inminente o inevitable: Se usan estos términos de manera indiscriminada, para referirse al aborto que se encuentra en proceso, ya sea por ruptura de membranas o ante la presencia de un cuello abierto, sin expulsión del feto o embrión (Londoño, 2015).

Aborto retenido: Se refiere a la muerte fetal o embrionaria, sin actividad uterina, ni sangrado vaginal; se define como aborto frustrado al embarazo retenido por más de cuatro semanas.

Aborto recurrente: Se define como la pérdida de tres o más embarazos de manera consecutiva antes de la semana 22 de gestación (Londoño, 2015).

Aborto séptico: Se define como el aborto asociado a infección y complicado por fiebre, endometritis y parametritis; de igual manera cuando se realiza instrumentación intrauterina sin las condiciones higiénicas adecuadas. El aborto séptico continúa siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad materna en los países en desarrollo donde el aborto es ilegal o inaccesible; la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente entre el 25% a 50% de las 400.000 muertes maternas que ocurren cada año en el mundo, son debidas a complicaciones del aborto ilegal. En nuestro país es la tercera causa de muerte materna, luego de la preeclampsia y la hemorragia obstétrica. En los países donde el aborto es legal la tasa de mortalidad materna por esta causa no supera el 0,4 por 100.000 nacidos vivos (Londoño, 2015).

2.6 Embarazo en la adolescente:

El embarazo durante la adolescencia se considera un problema de salud pública en Colombia, debido a la gran morbilidad perinatal que genera y al destacado papel que desempeñan como perpetuador del círculo de la pobreza en el que vive más de la mitad de nuestra población. Disminuir la mortalidad materna en un 75% para el 2015, es uno de los objetivos de desarrollo del milenio adaptados internacionalmente que pretenden impactar positivamente esta realidad (Restrepo y Restrepo 2015).

Epidemiología.

De los 87 millones de embarazos no deseados que ocurren cada año en el mundo, 10% son en adolescentes. Si bien la tasa global de fecundidad en Colombia viene disminuyendo desde la década de los sesenta, la de adolescentes por el contrario continúa en aumento (74/1.000 y 84/1.000 respectivamente). En nuestro país, 19% de las adolescentes (entre 15 y 19 años) ya es madre o está embarazada de su primer hijo. En Antioquia, 21,5% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya es madre. Es decir, una de cada 5 adolescentes ha estado embarazada, 16% ya es madre y 4% espera su primer hijo. Comparada con otros países de la región, nuestra tasa de fecundidad adolescente es alta (Cuba y Chile 49/1.000, Perú 59/1.000, Argentina 62/1.000) y muy alta comparada con países desarrollados (EUA 43/1.000, Canadá 14/1.000, España 10/1.000, Francia 8/1.000, Suiza 5/1.000) (Restrepo y Restrepo 2015).

Factores desencadenantes.

Las causas del embarazo durante la adolescencia son múltiples y están interrelacionadas; la inmadurez psicológica, propicia un propio autocontrol y toma de decisiones; el inicio sexual precoz, el pobre uso de métodos anticonceptivos, el abuso sexual, a menor edad de inicio sexual, mayor frecuencia de sexo coercitivo, por lo tanto no protegido; la falta de oportunidades educativas y recreativas, las mujeres con 10 años o más de escolaridad tienen 4 veces menos probabilidades

de iniciar su actividad sexual antes de cumplir los 20 años, que aquellas con solo 4 años de escolaridad; los numerosos aspectos culturales arraigados de subvaloración del género femenino, y la asignación de papeles de sumisión, están entre las más reconocidas. En Colombia se ha encontrado riesgo incrementado de embarazo entre aquellas adolescentes que viven en la zona rural (22%), son pobres (24%), sin educación (54%) o solo han hecho la primaria (42%) (Restrepo y Restrepo 2015).

2.7 Morbimortalidad.

En América Latina los registros sobre mortalidad materna en adolescentes muestran una tendencia a la disminución en el grupo de 15 a 19 años, pero no en las menores de 15 años. En Colombia por ejemplo, la razón de mortalidad (por 100.000 nacidos vivos) en 2008 fue 4 veces mayor para las adolescentes menores de 15 años comparadas con las de 15 a 19 años (33 vs 129,0), lo cual sugiere la existencia de unas condiciones de tipo biológico inherentes a la edad que las hacen más propensas a complicaciones durante la gestación. De hecho en ellas las más comunes son: infección urinaria, trastorno hipertensivo, parto pretérmino, recién nacido de bajo peso, anemia, parto distócico, hemorragia posparto, entre otras cosas (Restrepo y Restrepo 2015).

Las muertes maternas adolescentes corresponden al 12% de las muertes maternas totales en Colombia y al 13% para la región. Las causas de estas muertes son principalmente: trastornos hipertensivos (28,4%), afecciones obstétricas varias (23%), complicaciones en el puerperio/sepsis puerperal (16,45%), complicaciones del trabajo de parto y el parto (12,89%) y complicaciones por aborto inducido (9,9%) (Restrepo y Restrepo 2015).

El aborto inducido suele ser una práctica clandestina en América Latina. Según la OMS, alrededor de 4 millones de abortos inseguros se realizan cada año

en la región y de estos 18% son menores de 20 años. En Colombia 10% de las mujeres hospitalizadas por aborto complicado son adolescentes. De las muertes por esta causa, 6,45% ocurre en adolescentes entre 15 a 19 años y 3,23% en menores de 15 años.

Con respecto a los hijos de las adolescentes, datos recientes en nuestro país, revelan altas tasas de mortalidad fetal (51,07 frente a 36,16), neonatal (12,73 frente a 9,34) e infantil (17,1 frente a 13,7) sobre todo entre los hijos de las menores de 15 años. Por ejemplo se sabe que el bajo peso neonatal, está directamente relacionado con la escasa edad materna, así los neonatos de las madres menores de 12 años tienen un riesgo 3 veces superior de pesar menos de 2.500 g comparado con las mujeres mayores de 20 años (Restrepo y Restrepo 2015).

En la adolescente que se embaraza son frecuentes consecuencias como: embarazos repetidos, abandono escolar, subempleo y desempleo, trastornos depresivos, abuso de psicofármacos y alcohol, maltrato y familia monoparental. En los hijos de las adolescentes, el bajo peso y la prematurez los predispone a una elevada morbilidad perinatal. Si sobreviven, son frecuentes: discapacidad física y mental, desnutrición, infecciones, accidentes, maltrato, abuso sexual, bajo rendimiento escolar y baja escolaridad, trastornos de conducta y afectivos, consumo de licor y psicoactivos, embarazo adolescente (transferencia intergeneracional de la fecundidad). Factores todos ellos perpetuadores del círculo de la pobreza, tan familiar para nosotros (Restrepo y Restrepo 2015).

2.8 Control prenatal.

Al parecer el riesgo que entraña el embarazo adolescente es susceptible de disminuir al controlar algunas variables socio demográficas, a través de un control

prenatal (CPN) temprano y eficaz, persistiendo el riesgo elevado solo en las menores de 15 años.

El embarazo no planeado, la demora para reconocer su estado, el temor a ser juzgada, entre otros aspectos, explica el inicio tardío de los controles prenatales y la poca adherencia a estos, aumentando el riesgo ya de por sí alto de estas gestaciones. Para optimizar la atención de la gestante adolescente, es necesario reconocer los llamados “factores de riesgo predictivos”: menor de 15 años, bajo peso, talla menor de 1,50 m, actitud indiferente o negativa hacia el embarazo, producto de abuso sexual, baja escolaridad, ausencia de apoyo de pareja o familia, bajo nivel de educación y socioeconómico, mal estado nutricional anemia, consumo de tabaco, alcohol o drogas, conductas sexuales de riesgo, mal resultado obstétrico previo o aborto, así como enfermedades de base. Ante la presencia alguno de estos factores es indispensable realizar la remisión oportuna al segundo o tercer nivel de atención (Restrepo y Restrepo 2015).

La frecuencia del control prenatal sugerida debe ser mayor que la usual; idealmente iniciar antes de las 12 semanas, mensual hasta las 23 semanas, quincenal desde las 24 y hasta a las 36 semanas, semanal desde las 37 semanas hasta el nacimiento. El examen físico debe ser completo incluyendo siempre: medidas antropométricas, presión arterial, examen obstétrico. Con respecto a los exámenes de laboratorio, además de los usuales para cualquier materna, se aconseja repetir los tamizajes para infección de transmisión sexual en el segundo y tercer trimestres e idealmente incluir también el tamizaje para chlamydia trachomatis, por la alta prevalencia en ellas. Así mismo es necesario buscar activamente en cada control: hipertensión, infecciones de transmisión sexual, infección genitourinaria, amenaza de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, anemia y desnutrición (Restrepo y Restrepo 2015).

Es fundamentalmente motivar a la adolescente y su compañero o familia para que participen en actividades educativas grupales sobre instrucción y

preparación para el parto, el cuidado del recién nacido y la crianza. Involucrar a la pareja, en la mitad de los casos es otro adolescente, para conocer sus actitudes hacia la gestación y estimular su papel de padre responsable y afectuoso. Convocar a la familia, para fomentarles actitudes de apoyo y contención para que ella, a pesar de su temprana edad, no sea desplazada de su papel de madre y logre proyectarse y ser sustentable en un futuro (Restrepo y Restrepo 2015).

2.9 Infecciones de transmisión sexual.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son enfermedades que se adquieren especialmente durante las relaciones sexuales penetrativas del pene o lengua a vagina, ano o cavidad oral, produciendo signos y síntomas principalmente en los genitales y algunas en otros órganos. También pueden ser asintomáticas, y aun así logran ser transmitidas. Ciertas ITS se transmiten al recién nacido durante la gestación, el parto, o la lactancia. Existen más de 30 patógenos entre bacterias, virus y parásitos transmisibles sexualmente y en el mundo ocurren cada año más de 340 millones de casos nuevos de infecciones bacterianas y protozoarias transmitidas sexualmente. Entre la ITS más comunes están: sífilis, clamidia, blenorragia (gonorrea), herpes simple, tricomoniasis, condilomatosis, hepatitis B y C, infección por virus de la inmunodeficiencia humana VIH/sida (Gallego, 2015).

Factores de riesgo:

- ✚ Múltiples parejas sexuales o cambio frecuente de pareja sexual.
- ✚ Infidelidad de la pareja.
- ✚ No uso de condón.
- ✚ Falta de reconocimiento de signo y síntomas asociados a ITS.
- ✚ Relaciones sexuales bajo influencia del alcohol u otras sustancias psicoactivas.

- ✚ Pertener a grupos de riesgo: trabajadores sexuales, población móvil (conductores, marineros), hombres que tienen sexo con hombres, drogadictos, indigentes, encarcelados, desplazados, militares.
- ✚ Las mujeres tienen más riesgo de adquirir ITS y VIH debido a que son receptoras de fluidos durante el coito, a la falta de habilidades o condiciones para negociar el sexo seguro y a la frecuente subordinación a sus parejas (Gallego, 2015).

Clasificación por síndrome:

- ✚ Úlceras genitales. Pueden ser limpias o sucias, dolorosas o no, únicas o múltiples y de diferentes tamaños. Las infecciones involucradas son herpes genital (virus del herpes simple), sífilis (*Treponema pallidum*), chancroide (*Haemophilus ducreyi*), linfogranuloma venéreo (*Chlamydia trachomatis*), granuloma inguinal (*Klebsiella granulomatis*).
- ✚ Secreción uretral cervical (uretritis o cervicitis). La secreción puede tener color amarillo o verdoso, y en los hombres se asocia a ardor al orinar. En las mujeres la cervicitis por lo general es asintomática pero puede producir flujo vaginal y sangrado posterior al coito o sangrado fácil en la toma de muestra para citología. Los gérmenes implicados son *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomona vaginalis*.
- ✚ Flujo vaginal. Se reconoce por ser más abundante que la secreción vaginal normal, puede tener color amarillo, grisáceo o blanco, mal olor y producir prurito. Las infecciones implicadas son tricomoniasis (*Trichomona vaginalis*), vaginosis bacteriana (*Gardnerella vaginalis*), candidiasis (*Candida albicans*). Es pertinente anotar que la vaginosis y la candidiasis no son consideradas como ITS.
- ✚ Verrugas genitales (condilomatosis). Tienen aspecto de coliflor y tendencia a la recurrencia, pueden agruparse y crecer de manera que forman la llamada “cresta de gallo”, se producen mayormente por el virus del papiloma humano. La sífilis en el estadio secundario produce los condilomas planos.

- ✚ Dolor abdominal bajo. La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se manifiesta con dolor abdominal bajo, flujo vaginal, fiebre, dolor durante el coito y malestar general; sin embargo muchos casos son asintomáticos, principalmente los producidos por clamidia. Los gérmenes implicados son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.
- ✚ Prurito genital. Puede ser causado por infecciones parasitarias, las más frecuentes son pediculosis púbica (*Phthirus pubis*) y la escabiosis (*Sarcoptes scabiei*) (Gallego, 2015).

2.10 Anticoncepción

Entender la concepción facilita la comprensión de las medidas que pueden tomarse para evitar el embarazo. La planificación familiar consiste en la prevención del embarazo hasta el momento deseado. Pueden usarse diversas medidas para prevenir la fertilización del ovulo femenino. La abstinencia, o abstención del coito, es el único método 100% seguro para evitar un embarazo accidental. Los beneficios añadidos de la abstinencia incluyen la disminución del riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Otras medidas incluyen métodos disponibles con y sin receta médica. Los métodos que consisten en una barrera contra el semen también reducen el riesgo de transmisión de enfermedades (Mendoza et al, 2011).

Los métodos que se obtienen sin receta médica incluyen medidas para evitar que el semen entre en contacto con el ovulo. Estas medidas pueden incluir lo siguiente:

- ✚ Retirar el pene antes de la eyaculación para prevenir la introducción de semen en la vagina esta medida no tiene un costo; sin embargo, su fiabilidad está limitada debido a que puede haber fuga de semen antes de que el varón perciba la eyaculación.

✚ Método del ritmo, que consiste en abstenerse de tener sexo en los momentos de fertilidad. Esta medida no es costosa, pero requiere de un monitoreo preciso del ciclo menstrual, el cual puede ser irregular en la adolescencia, lo que dificulta el monitoreo.

✚ Condón para contener el semen (en el varón) o bloquear la entrada al cuello uterino (mujer) el cual es económico y proporciona protección contra enfermedades de transmisión sexual aunque en las mujeres puede ser difícil de aplicar. Los condones se encuentran disponibles en muchos comercios, aunque algunas personas sienten vergüenza de comprarlos y es posible que se rompan.

✚ Espermicida: sirve como una barrera química para matar a los espermatozoides antes de su entrada al útero. El espermicida está disponible en el comercio, pero puede causar irritación cutánea.

✚ El diafragma (un capuchón de goma recubierto de espermicida que se coloca sobre el cuello uterino) se utiliza para bloquear y matar a los espermatozoides que intentan llegar al útero. El uso de un diafragma puede requerir una visita al profesional de servicios de salud para su ajuste. La mujer debe recordar ponérselo y este debe sentirse cómodo antes de iniciar el contacto sexual. Su uso aumenta las probabilidades de infección urinarias y si el diafragma se desliza pierde eficacia (Johnson, 2011).

Algunos métodos de anticoncepción requieren de receta médica y vigilancia estrecha para prevenir complicaciones. El riesgo de daño o lesión debe sopesarse con el beneficio de la prevención del embarazo antes de elegir usar estas medidas. Por lo general, el riesgo y los costos son mayores con los métodos de anticoncepción que requieren de receta médica. Estas medidas pueden incluir lo siguiente:

✚ pastillas anticonceptivas o solo “pastillas”, que suprimen la ovulación, alteran el moco cervicouterino y hacen más delgada la pared endometrial. Su eficacia es mayor que con las medidas que no requieren de receta, aunque los cambios hormonales pueden aumentar el riesgo de complicaciones. Esta

medida es costosa y requiere de vigilancia médica. Además, en ciertos individuos, “la pastilla” puede aumentar el riesgo de cáncer. Otros factores de riesgo de cáncer, como el consumo de nicotina, deben evitarse si se toman anticonceptivos orales.

✚ La pastilla anticonceptiva de urgencia puede administrarse hasta tres días después del coito para evitar la implantación de un ovulo fertilizado en la pared uterina.

✚ La inyección Depo proveerá de solo progestina se administra alrededor de cada tres meses para suprimir la ovulación, espesar el moco del cuello uterino y adelgazar la pared endometrial. Requiere de una visita al servicio médico. Las complicaciones pueden incluir aumento de peso, disminución de la libido y menor densidad ósea

✚ La inyección con una combinación de progestina y estrógeno se administra una vez al mes para prevenir la ovulación, espesar el moco del cuello uterino y adelgazar la pared endometrial. Debe administrarse cada mes y es posible que la mujer experimente mayor sensibilidad de las mamas o nauseas.

✚ El implante Norplant (levonorgestrel) se inserta por debajo de la piel del brazo para prevenir la ovulación, espesar el moco cervicouterino y adelgazar la pared endometrial. La inserción y la remoción requieren de una visita al médico y puede ser costoso. Puede observarse aumento de peso con patrones de sangrado alterados.

✚ El dispositivo intrauterino (DIU) evita que el semen entre en contacto y previene la implantación. Si se añade progestina, también se observan los efectos hormonales de engrosamiento de la pared uterino y adelgazamiento de la pared endometrial. No se observan efectos sistémicos, pero el DIU puede desalojarse y expulsarse; se requiere una visita al médico. Pueden presentarse patrones menstruales irregulares con dismenorrea si el DIU es de cobre (Johnson, 2011).

La elección del anticonceptivo requiere de enseñanza para el paciente y de vigilancia en busca de complicaciones, cuando este indicado. Tanto el varón como la mujer pueden usar diferentes métodos durante sus años fértiles. Algunos individuos tienen problemas con la fertilidad al discontinuar los anticonceptivos. Así, cuando una pareja busca el embarazo, pueden cambiar a un medio no farmacológico de control de la natalidad durante un cierto tiempo antes de discontinuar por completo la anticoncepción (Jonhson, 2011).

2.11 Estudios relacionados.

Conocimiento de adolescentes sobre salud sexual. Objetivo: Identificar los conocimientos de los adolescentes sobre salud sexual. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, de tipo observacional, de corte transversal, en el periodo comprendido de Octubre 2010 a Mayo/2011. Se trabajó con un universo de 41 adolescentes que cursaban primer y tercer años de la carrera de Enfermería en la Facultad Manuel Fajardo. Se aplicó una encuesta estructurada, que nos permitió realizar el análisis integral de las variables a partir de la base de datos creada, los datos obtenidos se reflejan en tablas adecuadas a cada variable. Resultados: El 88% refiere tener relaciones sexuales, el 100% recibe información, siendo los profesores la fuente que más señala, el 95% identifica de forma correcta el embarazo y las infecciones de transmisión sexual como riesgos principales que enfrentan los adolescentes en las relaciones sexuales y a pesar de que conocen el condón, se pudo apreciar que los que prefieren estar sexualmente activos solo 78% lo utiliza en sus prácticas sexuales. Conclusiones: Los adolescentes estudiados en general tienen un adecuado conocimiento sobre salud sexual, el condón fue el método anticonceptivo más identificado por ambos sexos, pero en sus prácticas sexuales su uso aún no es sistemático (Dandicourt y Diaz, 2013).

Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Objetivo: Identificar los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes del municipio de Miranda-Cauca en Colombia. Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 406 adolescentes. Se exploraron variables en tres áreas o categorías: sociodemográficas, de conocimientos y de prácticas. Resultados: Se presentaron conocimientos en niveles altos y muy alto, donde 90.5% (362) de adolescentes habían recibido información sobre sexo y embarazo. La mayor fuente de información proviene de parte de los padres (67,5%). Para el 26,7% (107) de los adolescentes el sexo seguro significa solo usar preservativo. En cuanto a las prácticas en sexualidad: 42% (168) expresaron haber tenido relaciones, con edad de inicio promedio de 13 años. El condón se presenta como el mecanismo de protección más utilizado. El uso de sustancias psicoactivas o licor para identificar las experiencias sexuales fue afirmativo en 12,5% (21) 87% (186) afirman que en caso de tener una infección de transmisión sexual (ITS) buscarían consejo o tratamiento en el hospital o centro de salud sin acudir a sus padres. Conclusiones: Los adolescentes presentan conocimientos en niveles altos, más este conocimiento no es suficiente para impedir que inicien su vida sexual tempranamente y/o aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan sus relaciones sexuales (Herney et al, 2012).

Salud sexual y reproductiva con enfoque de género en jóvenes adolescentes del Colegio Nacional Técnico “Víctor Manuel Guzmán” de la Ciudad de Ibarra. En este trabajo analizamos la influencia de la educación en la salud sexual y reproductiva con enfoque de género en jóvenes adolescentes del Colegio Nacional Técnico “Víctor Manuel Guzmán”. Siendo la investigación de tipo cualitativo, con enfoque de investigación, acción participación, se parte de un diagnóstico inicial para intentar fortalecer conceptos y de esta forma facilitar una solución a la problemática evidente para ejercer su sexualidad, libre, responsable y autónoma focalizados en la política de salud sexual y reproductiva, identificando

factores de riesgo, protectores, violencia, acceso a servicios de información y consejería. Por último el proyecto obtuvo que la edad que más prevaleció fuera de 16 años, de religión católica, la convivencia con sus padres, la mayoría de ellos utilizaban su tiempo al estudiar y que el sexo que mayor porcentaje tuvo fue el femenino. En el conocimiento sobre salud sexual los adolescentes de esta institución no tienen la suficiente información. Existiendo todavía tabús entre padres e hijos para recibir información acerca de sexualidad, con la pérdida de valores, llevando con esto a que los adolescentes busquen información errónea con amistades o medios de comunicación (Díaz y Grijalva, 2015).

Comportamientos y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Introducción. El comportamiento sexual y las pautas reproductivas de los adolescentes son muy sensibles a las influencias de factores sociales y guardan relación con la propia percepción del bienestar psicológico. Métodos: se realizó un estudio de corte transversal en tres escuelas secundarias básicas urbanas del municipio de Bayamo, provincia Granma, durante el curso escolar 2011-2012. Los datos se procesaron a través del paquete estadístico EPIDAT versión 3.1, se seleccionó una muestra probabilística de los adolescentes objeto de estudio mediante la aplicación de un muestreo aleatorio estratificado y se utilizó como variable de estratificación el grado escolar y una fijación proporcional al tamaño de los estratos para determinar la significación de la asociación entre variables cualitativas o cuantitativas se utilizó la prueba chi cuadrado con una confiabilidad de 95%. Resultados: predominó en los adolescentes del sexo femenino en el grupo de edad de 13 a 14 años con el 65,4%. Se observó que el 94,7% mencionó las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes, así como, los métodos anticonceptivos más utilizados en cuanto a la prevención de las ITS y del embarazo en esta edad. Conclusiones: los conocimientos de los adolescentes son adecuados y se corresponden con los comportamientos, de alguna manera, tiene gran importancia la labor de los padres en el desarrollo de la salud sexual y reproductiva de sus hijos (Montalvo, 2013).

III. METODOLOGÍA

Diseño Metodológico

Descriptivo porque tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables y proporcionar su descripción, transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar si incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2014) y cuantitativo porque los resultados se presentan con datos numéricos (Canales, 2011).

Universo y Muestra

El universo de estudio está compuesto por 137 adolescentes de los cuales 78 son mujeres y 59 hombres de 11 a 16 años de edad de primero, segundo y tercer año de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula Gro., turno matutino. La muestra fue a conveniencia ya que participaron el 100% de los alumnos inscritos en esta institución educativa.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Adolescentes de 11 a 16 años
- Sexo femenino y masculino
- Consentimiento informado por el tutor del alumno

Criterios de exclusión

- Adolescentes que no deseen participar en el estudio de investigación y que no se cuente con el consentimiento informado
- Alumnos que no estén legalmente inscritos

Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición		Dimensiones	Indicador	Escala de medición
	Conceptual	Operacional			
Nivel de conocimiento de la salud sexual, reproductiva en adolescentes	Conocimiento de los aspectos sociales y culturales de las adolescentes	De acuerdo al nivel sociocultural se analiza el de conocimiento de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.	Socio demográficas	Sexo	Femenino Masculino
				Nivel de educación	1er año 2do año 3er año
				Edad	11 años 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años
				Problemas sociales	Drogas Alcoholismo Fumar
				Estructura familiar	Biparental Uniparental Otros
				Religión	Católica Testigo de Jehová Cristianos Otros
				Nivel socioeconómico	Bajo Medio Alto
Edad menarquia	11 años 12 años 13 años				

					14 años 15 años 16 años
				Inicio de la vida sexual	11 años 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años
				Número de hijos	1 hijo 2 hijos
				Relaciones afectivas	Si No
				Embarazo	Si No
Nivel de conocimiento de la dimensión biológica de la salud sexual y reproductiva en adolescentes	Hace referencia a todos los factores anatómicos, fisiológicos, bioquímicos, genéticos de los diferentes componentes de la sexualidad	Conocimiento del funcionamiento de aparato reproductor femenino y masculino que tienen los adolescentes	Biológica	Aparatos reproductores Fecundación Embarazo Parto Aborto Anticoncepción Infecciones de transmisión sexual Menstruación Ovulación Primarias Secundarias El deseo Excitación Orgasmo Masturbación	Si – 3 No – 1 No sé – 2 Ignoro – 0
Nivel de conocimiento de la dimensión social de la salud sexual y reproductiva en adolescentes	Hace referencia a los procesos emocionales, motivacionales, de aprendizaje, afectivos, comportamentales, cognitivos, de personalidad, etc.	Conocimiento de los factores sociales en la salud sexual reproductiva de los adolescentes	Social	Asertividad Erotismo Sexualidad Autoviolencia Familiar Sexual Social Rol sexual Rol de genero Valores	Si – 3 No – 1 No sé – 2 Ignoro – 0

				Respeto a uno Respeto al otro Responsabilidad Toma de decisiones Derechos sexuales	
Nivel de conocimiento de la dimensión psicológica de la salud sexual y reproductiva en adolescentes	Hace referencia a los procesos y fenómenos que hacen parte del ser humano como ser fundamentalmente social y político y que contribuyen al aprendizaje social de una determinada forma de vivir la sexualidad.	Conocimiento que tienen los adolescentes sobre los cambios psicológicos que presentan durante esta etapa.	Psicológica	Identidad Identidad sexual Autoestima Afectividad	Si – 3 No – 1 No sé – 2 Ignoro – 0

Material y método

Instrumento (cuestionario): Fue dirigida para conocer el nivel de conocimiento biológica, social y psicológica de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes el cuál fue estructurado en 2 apartados conteniendo en la fase descriptiva 13 preguntas cerradas y en la fase analítica contiene 3 cuestionarios uno en la dimensión biológica con 40 ítems, social 40 ítems y psicológica 20 ítems y una breve introducción de la finalidad del estudio. Para evaluar e interpretar la dimensión biológica y social se debe considerar la siguiente puntuación.

SI	Si estás de acuerdo con la afirmación	3 Pts.
NO	Si no está de acuerdo con la afirmación	1 Pts.
NO SE	Si escucho al respecto pero duda	2 Pts.
IGNORO	Si nunca escucho nada al respecto	0 Pts

NO tiene conocimiento –ignora	0-60 pts.	0% - 50%
----------------------------------	-----------	----------

Conocimiento deficiente – errado	61-84 pts	51% - 70%
Conocimiento regular – dudoso	85-103 pts	71% - 86%
Conocimiento bueno – acertado	104-120 pts	87% - 100%

Para evaluar e interpretar la dimensión psicológica se debe considerar la siguiente puntuación.

SI	Si estás de acuerdo con la afirmación	3 Pts. (X 2)
NO	Si no está de acuerdo con la afirmación	1 Pts. (X 2)
NO SE	Si escucho al respecto pero duda	2 Pts. (X 2)
IGNORO	Si nunca escucho nada al respecto	0 Pts. (X 2)

NO tiene conocimiento – ignora	0-60 pts.	0% - 50%
Conocimiento deficiente – errado	61-84 pts	51% - 70%
Conocimiento regular – dudoso	85-103 pts	71% - 86%
Conocimiento bueno – acertado	104-120 pts	87% - 100%

Trabajo de campo: Se programaron entrevistas previas con los responsables de la institución educativa y con los padres o tutores de los adolescentes para obtener su aprobación y colaboración, así como se observó la ética y la confiabilidad de las respuestas sobre el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. El cuestionario fue perfeccionado a través de la validación de una prueba piloto aplicado al 10% de los adolescentes con las mismas características del universo

en estudio detectando si comprendieron la pregunta y si existen errores realizando los ajustes necesarios.

La recolección de los datos de las adolescentes se realizó en Escuela Secundaria “Justo Sierra” turno matutino de Cocula, Gro., para determinar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes que cursan el primero, segundo y tercer año de secundaria, se les explico el propósito del estudio y participaron dando su consentimiento informado por parte de su tutor, posteriormente contestaran las preguntas, sin presiones de los maestros ni la encuestadora.

Análisis de los datos.

Para determinar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes se utilizaran la estadística descriptiva para obtener los porcentajes. Los resultados obtenidos en el estudio se presentaran en cuadros.

Ética del estudio.

Para este trabajo se consideraron los aspectos éticos del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación (1987), de acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 13, en el que se establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y bienestar. De acuerdo con la fracción V, se obtendrá el consentimiento informado por escrito del director de la de la institución educativa y de los padres o tutor de las adolescentes que participaran en esta investigación.

Principios éticos para las investigaciones de salud en seres humanos.

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios –que en teoría tienen igual fuerza moral– guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El **respeto por las personas** incluye, por lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y

b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La **beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, **no maleficencia** (no causar daño).

La **justicia** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la **justicia distributiva**, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrecen una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

A Continuación se presentan los resultados de la encuesta que se aplicó a la población en estudio para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 11 a 16 años de edad.

Datos sociodemográficos.

Cuadro No. 4.1 Sexo

Sexo	Fo	%
Femenino	78	57
Masculino	59	43
Total	137	100%

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=137

De los resultados obtenidos tenemos que el 57% de los adolescentes son del sexo femenino y el 43% son del sexo masculino.

Cuadro No. 4.2 Edad

Edad	Fo	%
11 años	8	6
12 años	36	26
13 años	46	34
14 años	36	26
15 años	9	7
16 años	2	1
Total	137	100%

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=137

De acuerdo a los resultados obtenidos el 34% tiene 13 años, el 26% tiene 12 y 14 años respectivamente, 7% tiene 15 años, el 6% tiene 11 años y el 1% cuenta con 16 años de edad.

Cuadro No. 4.3 Estado civil

Estado civil	Fo	%
Sotero	129	94
Unión libre	8	6
Total	137	100%

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=137

De acuerdo al estado civil de la población en estudio refieren en primer lugar con un 96% que son solteros y el 4% están en unión libre (5 mujeres y 3 hombres). Es importante mencionar que los adolescentes que mencionan que ya tienen pareja y que se encuentran en unión libre es un problema desde el punto de vista biológico porque aun su aparato reproductor femenino y masculino no ha alcanzado la madurez necesaria para embarazarse y por consiguiente presentar complicaciones en el embarazo, socialmente porque presentan problema socioeconómico porque no cuentan con los recursos necesarios para poder educar a los hijos porque son adolescentes que no tienen un empleo para poder salir adelante y dependen de los padres de familia. Además la adolescente durante su embarazo tiende a sufrir de soledad y suele tener dudas y preocupaciones acerca de su futuro.

Cuadro No. 4.4 Nivel educativo

Nivel Educativo	Fo	%
Primero de secundaria	63	46
Segundo de secundaria	32	23
Tercero de secundaria	42	31
Total	137	100%

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=137

De la muestra en estudio el 46% cursa el primer año de secundaria, el 31% el tercer año y el 23% el segundo año de secundaria. La educación de las y los adolescentes es importante para que vayan adquiriendo los conocimientos

necesarios en la salud sexual y reproductiva en la dimensión biológica, social y psicológica para evitar los embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Es importante mencionar que los factores culturales tales como algunas costumbres y tradiciones nos enseñan que es un tabú hablar de sexualidad y pocas son las familias que conversan sobre este asunto a sus hijos, por miedo a incitarlos o inducirlos a prácticas sexuales. En lo que respecta a la información que se le proporciona en las escuelas no ha sido precisa ni eficaz, no ha generado una consciencia del cuidado del cuerpo y la poca educación que generalmente se brinda en casa, es insuficiente para el cuidado de la salud reproductiva de los adolescentes

Cuadro No. 4.5 Religión

Tipo de religión	Fo	%
Católica	126	92
Testigo de Jehová	11	8
Cristina	0	0
Total	137	99.99%

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=137

En relación a la religión tenemos que el 92% son católica y 8% son testigos de Jehová.

Cuadro No. 4.6 Nivel económico

Nivel económico	Fo	%
Bajo	8	6
Medio	128	93
Alto	1	1
Total	137	%

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=137

De acuerdo a los datos encontramos que la mayoría de las adolescentes tienen un nivel económico bajo dejando más expuestas a los adolescentes a tomar decisiones inadecuadas, ocasionando con esto embarazos a temprana edad y esto repercute en la salud de la madre e hijo. La pobreza constituye uno de los principales obstáculos para que los adolescentes en su vida reproductiva, se considera que una baja economía impide la asistencia de los jóvenes a los centros de salud para una orientación sexual, una consulta en la utilización de métodos anticonceptivos para evitar los embarazos no deseados.

Cuadro No. 4.7 Edad de la Menarquia

Menarquia	Fo	%
11 años	23	29
12 años	49	62
13 años	7	9
14 años	0	0
15 años	0	0
16 años	0	0
Total	79	100%

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=137

En relación al inicio de la menarquia encontramos que el 62% fue a los 12 años, 29% a los 11 años y el 9% a los 13 años de edad. La mayoría de las adolescentes tuvieron su primera menstruación a temprana edad y físicamente su cuerpo empieza a tener cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales, pero en esta edad no tienen la madurez sexual para poder tener un embarazo sin riesgo. Es importante que se lleve un desarrollo sexual sano para tomar las mejores decisiones y evitar los embarazos no deseados y reducir con esto la morbilidad materna fetal. Además la maternidad en las adolescentes trae problemas de índole biológico, psicológico y social, lo cual repercute en la calidad de vida de la madre y de su familia.

Cuadro No. 4.8 Inicio de la vida sexual

Vida sexual	Fo	%
11 años	0	0
12 años	1	1
13 años	3	2
14 años	3	2
15 años	1	1
16 años	0	0
No	129	94
Total	137	100%

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=137

De los resultados obtenidos se encontró que el 2% tienen de 13 y 14 años respectivamente tienen vida sexual activa; el 1% tiene 12 y 15 años respectivamente. Aunque es poca la incidencia encontrada en las adolescentes objeto de estudio, es significativa ya que son adolescentes que ya tienen vida sexual activa. El inicio de una vida sexual a edad temprana, constituye uno de los principales riesgos de infecciones de transmisión sexual. Al empezar una vida sexual activa antes de los 20 años tienen mayor actividad sexual y por lo consiguiente más tiempo de exposición y probabilidades de estar en contacto con diferentes tipos de virus del papiloma o el VIH/Sida. Es importante preparar a las adolescentes para evitar los embarazos a temprana edad, ya que son considerados de alto riesgo reproductivo, no solo por los problemas sociales y psicológicos que presentan durante la gestación sino también porque su cuerpo aún está en proceso de formación y maduración de sus órganos sexuales y no está preparado para el embarazo.

Cuadro No. 4.9 Número de hijos

Hijos	Fo	%
1 hijo	2	1
2 hijos	0	0
Ninguno	135	99
Total	137	100%

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=137

El 1% de los adolescentes refiere tener hijos (una mujer de 15 años y un hombre de 14 años). El comportamiento inadecuado en la adolescencia puede

tener repercusiones durante toda la vida, el acceso de información sexual dispersa, la mayor libertad y el desconocimiento de las consecuencias de una actividad sexual sin protección llevan a los adolescentes a tener embarazos a temprana edad y muchas veces los medios de comunicación masiva influyen en el inicio de la vida sexual a una edad más temprana.

Cuadro No. 4.10 Problemas sociales

Problemas sociales	Fo	%
Drogadicción	1	.72
Alcoholismo	1	.72
Fumar	0	0
Ninguno	135	98.54
Total	137	99.98%

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=137

En relación a los problemas sociales los adolescentes en un 0.72% refiere tener problemas refieren tener problemas con la drogadicción y un 0.72% con el alcoholismo. Es sabido que la drogadicción interfiere con la salud reproductiva (determina la amenorrea, modificando la fertilidad de la mujer), tiene efectos tóxicos en el embarazo y en el feto neonato.

Cuadro No. 4.11 Tipo de familia

Familia	Fo	%
Funcional	119	87
Disfuncional	18	13
Total	137	100%

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=137

En relación al tipo de familia los adolescentes refieren que el 87% tienen familia de tipo funcional y el 13% mencionan que tienen familia disfuncional. Ante una familia disfuncional el joven intenta escapar de situaciones conflictivas en el hogar por la falta de comunicación con los padres.

Cuadro No. 4.12 Relación afectiva

Afectiva	Fo	%
Si	45	33
No	92	67
Total	137	100%

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=137

Del universo en estudio tenemos que el 33% mencionaron que si tienen buena relación afectiva y el 67% refiere no tener una buena relación afectiva con sus padres porque no hay un adecuado dialogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias efectivas que el joven no sabe resolver, impulsándolo a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vinculo de amor.

Cuadro No. 4.13 Embarazo

Embarazo	Fo	%
Si	2	1
No	135	99
Total	137	100%

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=137

En relación al embarazo se encontró que el 1% de las adolescentes se ha embarazado, es necesario señalar que ha esta edad los embarazos son de alto riesgo a causa de los problemas que puede generar por el desarrollo psicofísico incompleto, vulnerabilidad psicoemocional, responsabilidad en la toma de decisiones, presiones sociales y familiares y el reconocimiento del hijo.

Datos Analíticos.

Cuadro No. 4. 14 Nivel de Conocimiento de la Dimensión Biológica de la Salud Sexual y Reproductiva en las mujeres adolescente.

Dimensión biológica	No tiene conocimiento		Conocimiento deficiente		Conocimiento regular		Conocimiento bueno	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
11 años	6	7.59	0	0	0	0	0	0
12 años	11	13.92	7	8.86	1	1.26	0	0
13 años	7	8.86	11	13.92	2	2.53	0	0
14 años	8	10.12	9	11.39	7	8.86	0	0
15 años	3	3.79	4	5.06	2	2.53	0	0
16 años	1	1.26	0	0	0	0	0	0
Total	36	45.54	31	39.23	12	15.18	0	

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=79

Cuadro No. 4. 15 Nivel de Conocimiento de la Dimensión Biológica de la Salud Sexual y Reproductiva en los hombres adolescente.

Dimensión biológica	No tiene conocimiento		Conocimiento deficiente		Conocimiento regular		Conocimiento bueno	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
11 años	1	1.72	1	1.72	0	0	0	0
12 años	9	15.51	3	5.17	3	5.17	0	0
13 años	19	32.75	5	8.62	2	3.44	0	0
14 años	4	6.89	1	1.72	5	8.62	2	3.44
15 años	0	0	2	3.44	0	0	0	0
16 años	0	0	0	0	1	1.72	0	0
Total	33	56.87	12	20.67	11	18.95	2	3.44

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=58

En relación al nivel de conocimiento de la dimensión biológica de la salud sexual y reproductiva en las mujeres adolescentes se encontró que el 45.54% no tiene conocimientos; el 39,23% tiene conocimientos deficientes y el 15.18% tiene conocimiento regular.

Los hombres adolescentes el 56.87% no tienen conocimientos; el 20.67% tiene conocimientos deficientes; el 18.95% cuentan con conocimientos regular y el 3.44% tienen conocimiento bueno de la dimensión biológica de la salud sexual y reproductiva.

Esta dimensión hace referencia a todos los aspectos anatómicos, fisiológicos, bioquímicos, genéticos que subyacen a los diferentes componentes de la sexualidad como son la reproductividad, el erotismo y el género. Los cambios biológicos durante la adolescencia adquieren un significado para la vida y la sexualidad de los/las jóvenes, puesto que representan la nueva realidad que han de vivir como adultos, tanto en un aspectos físico como psicológico y social.

Cuadro No. 4. 16 Nivel de Conocimiento de la Dimensión Social de la Salud Sexual y Reproductiva en las mujeres adolescente.

Dimensión biológica	No tiene conocimiento		Conocimiento deficiente		Conocimiento regular		Conocimiento bueno	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
11 años	6	7.59	0	0	0	0	0	0
12 años	13	16.45	2	2.53	2	2.53	2	2.53
13 años	7	8.86	8	10.12	5	6.32	0	0
14 años	4	5.06	10	12.65	7	8.86	3	3.79
15 años	2	2.53	3	3.79	4	5.06	0	0
16 años	0	0	1	1.26	0	0	0	0
Total	32	40.49	24	30.35	18	22.77	5	6.32

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=79

Cuadro No. 4. 17 Nivel de Conocimiento de la Dimensión Social de la Salud Sexual y Reproductiva en los hombres adolescente.

Dimensión biológica	No tiene conocimiento		Conocimiento deficiente		Conocimiento regular		Conocimiento bueno	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
11 años	2	3.44	0	0	0	0	0	0
12 años	8	13.79	3	5.17	2	3.44	2	3.44
13 años	16	27.58	7	12.06	0	0	3	5.17
14 años	1	1.72	3	5.17	3	5.17	5	8.62
15 años	0	0	1	1.72	1	1.72	0	0
16 años	0	0	0	0	0	0	1	1.72
Total	27	46.53	14	24.12	6	10.33	11	18.95

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=58

En relación al nivel de conocimiento de la dimensión social de la salud sexual y reproductiva en las mujeres adolescentes refieren que el 40.49% no tiene

conocimientos; 30.35% tiene conocimientos deficientes; el 22.77% tiene conocimiento regular y el 6.32% tiene buen conocimiento.

Los hombres adolescentes refiere el 46.53% no tener conocimiento; el 24.12% cuenta con conocimientos deficientes; el 18.95 refiere tener conocimiento bueno y el 10.33% tiene conocimiento regular.

En esta dimensión social de la sexualidad debemos comprender la sexualidad humana desde el punto de vista cultural y social que modelan, interpretamos y comprendemos la experiencia sexual, por consiguiente es importante proporcionar a los adolescentes información y orientación tendiente a modificar los modelos estereotipados de mujer y varón, porque en ellos se definen las identidades masculina y femenina, se requiere eliminar mitos, prejuicios y convencionalismos. El ejercicio de la sexualidad requiere asumirse como un derecho que se ejerce de manera informada, con responsabilidad y en condiciones de autonomía y equidad, sin dominio, violencia o imposición.

Cuadro No. 4. 18 Nivel de Conocimiento de la Dimensión Psicológica de la Salud Sexual y Reproductiva en las mujeres adolescente.

Dimensión biológica	No tiene conocimiento		Conocimiento deficiente		Conocimiento regular		Conocimiento bueno	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
11 años	5	6.32	1	1.26	0	0	0	0
12 años	13	16.45	3	3.79	2	2.53	3	3.79
13 años	11	13.92	5	6.32	3	3.79	1	1.26
14 años	6	7.59	3	3.79	9	11.39	4	5.06
15 años	2	2.53	4	5.06	3	3.79	0	0
16 años	0	0	1	1.26	0	0	0	0
Total	37	46.81	17	21.48	17	21.5	8	10.11

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=79

Cuadro No. 4. 19 Nivel de Conocimiento de la Dimensión Psicológica de la Salud Sexual y Reproductiva en los hombres adolescente.

Dimensión biológica	No tiene conocimiento		Conocimiento deficiente		Conocimiento regular		Conocimiento bueno	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
11 años	2	3.44	0	0	0	0	0	0
12 años	9	15.51	3	5.17	0	0	3	5.17
13 años	20	34.48	3	5.17	0	0	3	5.17
14 años	2	3.44	2	3.44	1	1.72	7	12.06
15 años	0	0	0	0	1	1.72	1	1.72
16 años	0	0	0	0	0	0	1	1.72
Total	33	56.87	8	13.78	2	3.44	15	25.84

Fuente: Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Escuela Secundaria “Justo Sierra” de Cocula, Gro. N=58

En relación al nivel de conocimiento de la dimensión psicológica de la salud sexual y reproductiva en las mujeres adolescentes se encontró que el 46.81% no tiene conocimientos; el 21.48 tienen conocimientos deficientes; 21.5 tienen conocimiento regular y el 10.11% refiere tener buen conocimiento.

En los hombres refieren que el 56.87% no tiene conocimientos; el 13.78 tienen conocimientos deficientes; el 25.84% refiere tener buen conocimiento y el 3.44% tienen conocimiento regular.

Esta dimensión se relaciona con los procesos emocionales, motivacionales, de aprendizaje, afectivos, comportamentales, cognitivos, de personalidad, etc., implicados en la estructuración de la vivencia sexual. Durante la adolescencia la capacidad física, sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad que en cualquier otro momento de la vida. Los/las jóvenes son capaces de crear objetos ideales, de imaginar situaciones que no existen y pensar “a mí nunca me va a pasar esto”, y que pueden representar importantes riesgos para su integridad personal como por ejemplo embarazos no planeados o contagios de enfermedades de transmisión sexual.

Discusión:

De los resultados obtenidos tenemos que el 57% de los adolescentes son del sexo femenino y el 43% son del sexo masculino. El 34% tiene 13 años, el 26% tiene 12 y 14 años respectivamente, 7% tiene 15 años, el 6% tiene 11 años y el 1% cuenta con 16 años de edad. En el estudio realizado por Montalvo (2013) predominó en los adolescentes del sexo femenino en el grupo de edad de 13 a 14 años con el 65,4%. (Díaz y Grijalva (2015), en el proyecto de investigación que realizó mencionan que la edad que más prevaleció fuera de 16 años, de religión católica, la convivencia con sus padres, la mayoría de ellos utilizaba su tiempo al estudiar y que el sexo que mayor porcentaje tuvo fue el femenino.

De acuerdo al estado civil de la población en estudio refieren en primer lugar con un 96% que son solteros y el 4% están en unión libre (5 mujeres y 3 hombres) y la mayoría de las adolescentes tienen un nivel económico bajo.

En relación al inicio de la menarquia encontramos que el 62% fue a los 12 años, 29% a los 11 años y el 9% a los 13 años de edad.

De los resultados obtenidos se encontró que el 2% tienen de 13 y 14 años respectivamente tienen vida sexual activa; el 1% tiene 12 y 15 años respectivamente. El 1% de los adolescentes refiere tener hijos (una mujer de 15 años y un hombre de 14 años). Dandicourt y Díaz, (2013) en el estudio que realizó encontró que el 88% refiere tener relaciones sexuales, el 100% recibe información, siendo los profesores la fuente que más señala, el 95% identifica de forma correcta el embarazo y las infecciones de transmisión sexual como riesgos principales que enfrentan los adolescentes en las relaciones sexuales y a pesar de que conocen el condón, se pudo apreciar que los que prefieren estar sexualmente activos solo 78% lo utiliza en sus prácticas sexuales. Herney et al, (2012) refiere en cuanto a las prácticas en sexualidad: 42% (168) expresaron haber tenido relaciones, con edad de inicio promedio de 13 años

En relación a los problemas sociales los adolescentes en un 0.72% refiere tener problemas refieren tener problemas con la drogadicción y un 0.72% con el alcoholismo.

En relación al tipo de familia los adolescentes refieren que el 87% tienen familia de tipo funcional y el 13% mencionan que tienen familia disfuncional. Sin embargo el 33% mencionaron que si tienen buena relación afectiva y el 67% refiere no tener una buena relación afectiva con sus padres porque no hay un adecuado dialogo padres – hijos.

En relación al nivel de conocimiento de la dimensión biológica de la salud sexual y reproductiva en las mujeres adolescentes se encontró que el 45.54% no tiene conocimientos; el 39,23% tiene conocimientos deficientes y el 15.18% tiene conocimiento regular. Los hombres adolescentes el 56.87% no tienen conocimientos; el 20.67% tiene conocimientos deficientes; el 18.95% cuentan con conocimientos regular y el 3.44% tienen conocimiento bueno de la dimensión biológica de la salud sexual y reproductiva. En un estudio realizado por Díaz y Grijalva (2015) refiere que en la institución que realizó el estudio el conocimiento sobre salud sexual los adolescentes de esta institución no tienen la suficiente información. Existiendo todavía tabús entre padres e hijos para recibir información acerca de sexualidad, con la pérdida de valores, llevando con esto a que los adolescentes busquen información errónea con amistades o medios de comunicación. Herney et al, (2012) en su trabajo de investigación los resultados fueron que para el 26,7% (107) de los adolescentes el sexo seguro significa solo usar preservativo. El condón se presenta como el mecanismo de protección más utilizado. El uso de sustancias psicoactivas o licor para identificar las experiencias sexuales fue afirmativo en 12,5% (21) 87% (186) afirman que en caso de tener una infección de transmisión sexual (ITS) buscarían consejo o tratamiento en el hospital o centro de salud sin acudir a sus padres. Montalvo (2013), se observó que el 94,7% mencionó las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes, así como, los métodos anticonceptivos más utilizados en cuanto a la prevención de las ITS y del embarazo en esta edad. (Díaz y Grijalva (2015),

menciona que en el estudio que realizó se presentaron conocimientos en niveles altos y muy alto, donde 90.5% (362) de adolescentes habían recibido información sobre sexo y embarazo. La mayor fuente de información proviene de parte de los padres (67,5%).

En relación al nivel de conocimiento de la dimensión social de la salud sexual y reproductiva en las mujeres adolescentes refieren que el 40.49% no tiene conocimientos; 30.35% tiene conocimientos deficientes; el 22.77% tiene conocimiento regular y el 6.32% tiene buen conocimiento. Los hombres adolescentes refiere el 46.53% no tener conocimiento; el 24.12% cuenta con conocimientos deficientes; el 18.95 refiere tener conocimiento bueno y el 10.33% tiene conocimiento regular.

En relación al nivel de conocimiento de la dimensión psicológica de la salud sexual y reproductiva en las mujeres adolescentes se encontró que el 46.81% no tiene conocimientos; el 21.48 tienen conocimientos deficientes; 21.5 tienen conocimiento regular y el 10.11% refiere tener buen conocimiento. En los hombres refieren que el 56.87% no tiene conocimientos; el 13.78 tienen conocimientos deficientes; el 25.84% refiere tener buen conocimiento y el 3.44% tienen conocimiento regular.

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones: De acuerdo a los resultados obtenidos los estudiantes que participaron en el estudio no tienen conocimiento y quienes los tienen sus conocimientos son deficientes en la sobre la salud sexual y reproductiva.

Las necesidades de aprendizaje identificadas están referidas en la dimensión biológica, social y psicológica para mejorar el conocimiento de la salud sexual y reproductiva en los adolescentes. Es importante el desarrollo de capacidades en los educandos, responsabilidades compartidas entre ellos y profesores sobre la Salud Sexual y Reproductiva.

Desde este punto de vista la sexualidad sería la integración y resultado de acción de estas tres dimensiones, interrelacionados la una con la otra. Esta visión integradora de las dimensiones de la sexualidad tiene implicaciones importantes para la educación sexual ya que se trabajaría por la construcción de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales teniendo en cuenta las dimensiones biológicas, psicológicas, socioculturales.

Sugerencias.

Es importante realizar las siguientes acciones para reducir los factores de riesgo de embarazos en las adolescentes:

Implementar programas de educación sobre la Salud Sexual Reproductiva para que reciban información en la dimensión biológica, social y psicológica para tengan un mejor conocimiento y así evitar embarazos no deseados y como disminuir los riesgos de adquirir una Infección de Trasmisión Sexual (ITS), incluidas el VIH/SIDA.

Implementar un programa basado en enseñar a las y los adolescentes a conocer su cuerpo en cuanto a morfofisiología, psicológico, social y afectivo

Impulsar en las escuelas programas de educación sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes basada en evidencias científicas. Se debe incorporar de manera temprana la promoción a la salud como: la importancia de postergar el inicio de la vida sexual y el uso de métodos anticonceptivos en especial el condón y la anticoncepción de emergencia, prevención de enfermedades de transmisión sexual, embarazo, aborto, complicaciones del embarazo en adolescentes.

Uso de tecnologías y medios de comunicación como estrategia de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva, así como comportamientos y valores positivos de y para los adolescentes.

Involucrar a los padres de familia en la educación sexual de sus hijos. Es importante también educar a los padres sobre la salud sexual y reproductiva para que se puedan comunicar con sus hijos de manera segura para ayudarlos a disipar las dudas de sus hijos.

Las y los educadores y profesionales de la salud que participan en la atención integral de los adolescentes deberán estar debidamente motivados y capacitados deberán contribuir al desarrollo propio de la adolescencia, entregando información objetiva, actualizada, completa y veraz sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la dimensión biológica, social y psicológica.

Solicitar a las autoridades educativas que soliciten al sector salud la participación del personal de enfermería y médico para impartir educación de salud sexual y reproductiva para concientizar a los adolescentes sobre la importancia que tiene el cuidado sexual para tener una mejor calidad de vida.

Elaborar folletos, trípticos y asesoría por parte de profesionales de enfermería a los adolescentes sobre los temas más relevantes que ayuden en la promoción de la salud sexual y reproductiva

VI. BIBLIOGRAFÍA

Ayala C. MM., Vizmanos L. B. Portillo D. R. A. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. Ginecol Obstet Mex 2011; 79(2) 86-92

Camperio L. Padres desorientados para orientar: transformación social y desafío para la educación de los adolescentes en su salud sexual. Saarbrucken, Alemania: Editorial Académica Española, 2011

Canales H. Francisca. Metodología de la Investigación. 1ra. Edición. México: Editorial Limusa; 2011 pág. 327

Colín P. YA., Villagómez O. P. Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009. En: la situación demográfica en México 2010. México: CONAPO; 2010 p. 17-53

Díaz B. J. y Grijalva J. F. Salud sexual y reproductiva con enfoque de género en jóvenes adolescentes del Colegio Nacional Técnico "Víctor Manuel Guzmán" de la ciudad de Ibarra. 2015. Pág. 1-16

Dandicourt T. C., Díaz M. M. Conocimiento de adolescentes sobre la salud. Rev. Médica electrónica Portales Médicos.com Marzo 2013

ENSANUT, 2012

Gallego V. L. I. 2015. Botero J., Júbiz A., Henao G. Obstetricia y Ginecología: Infecciones de transmisión sexual (texto integrado). 9ª edición, Editorial Corporación para la Investigación Biológicas (CIB) Fondo editorial. Colombia.

Guana M., Gremmo M., Porro A. 2009. Guana M., Cappadona R., Di Paolo A. M., Pellegrini M. G., Piga M. D., Vicario M. Enfermería Ginecoobstetrica: Teorías y Conceptos de la disciplina obstétrica. 1ra. Edición. Editorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V., México, pág. 697

Guana M., Coscarella P. y Proietti P. 2009. Guana M., Cappadona R., Di Paolo A. M., Pellegrini M. G., Piga M. D., Vicario M. Enfermería Ginecoobstetrica: Salud y Bienestar de la mujer en el campo sexual reproductivo. 1ra. Edición. Editorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V., México. pág. 697

Hernández C. L. Padilla L. S., Quintero S. M. L. Factores de Riesgo en Adolescentes para contraer el virus del papiloma humano. Revista digital Universitaria. Volumen 13 número 9, 2012.

Hernández Sampieri Roberto. Metodología de la Investigación, 6ta edición. México: Editorial MC.-Graw-Hill; 2014 pág. 600

Johnson Joyce Y. Enfermería Materno-Neonatal. Editores Manual Moderno. 2011.

Herney A. R. R., Cordoba E. A., Serrano R. M. Conocimientos y práctica en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano, Revista Salud Pública, 2012; 14(4) 558-569

Lerner Susana, Szasz Ivonne, Rodríguez Gabriela. Salud Reproductiva y condiciones de vida en México. Colegio de México, A.C. y Afluentes S.C. Primera edición, 2009.

Lewitan Graciela. Ginecología de niñas y adolescentes. Diagnóstico, tratamiento y prevención. 1ra. Edición, México: Ediciones Journal, 2013

Londoño C. J. G. 2015. Botero J., Júbiz A., Henao G. Obstetricia y Ginecología: Aborto (texto integrado). 9ª edición, Editorial Corporación para la Investigación Biológicas (CIB) Fondo editorial. Colombia.

Mendoza D., Hernández MF, Valencia JA. Perfil de la salud reproductiva de la República Mexicana. En la situación demográfica de México. 2011. México: CONAPO; 2011

Montalvo Millán Aida Esther. Comportamientos y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Edit. Granma. Cuba, 2013

Organización Mundial de la Salud. 2012

Organización Panamericana de la Salud. La salud sexual y reproductiva del joven y del adolescente, oportunidades, enfoques y opciones. Organización Mundial de la Salud., Washington, DC, 2008 pág. 1-38

Restrepo M. C. M., Restrepo E. O. L. 2015. Botero J., Júbiz A., Henao G. Obstetricia y Ginecología: Salud sexual y reproductiva en la adolescente (texto integrado). 9ª edición, Editorial Corporación para la Investigación Biológicas (CIB) Fondo editorial. Colombia.

Rodríguez C. A., Sanabria R. G., Contreras P. M. E., Perdomo C. B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual t reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Revista Cubana de Salud Pública, 2013; 39(1) 161-174

Sicilia A., Salzano A., Guana M. 2009. Guana M., Cappadona R., Di Paolo A. M., Pellegrini M. G., Piga M. D., Vicario M. Enfermería Ginecoobstetrica: Salud y Bienestar de la mujer en el campo sexual reproductivo. 1ra. Edición. Editorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V., México. pág. 697

ANEXO “A” CONSENTIMIENTO INFORMADO



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A quien corresponda.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación que tiene como finalidad conocer el **nivel de conocimiento biológico, social y psicológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes** y contestar el cuestionario de la misma. Recibí la explicación de los objetivos del estudio de forma general. Así como el lugar y horario de aplicación y duración del cuestionario.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, el cuestionario será de carácter anónimo y solo será registrado con un número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de las personas, por lo que estamos de acuerdo en participar y expresamos nuestro consentimiento firmando esta carta.

Firma del padre o tutor

Nombre y firma del investigador

FECHA: _____

ANEXO "B" INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.



CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FOLIO: _____

El presente cuestionario tiene la finalidad conocer el **nivel de conocimiento biológica, social y psicológica de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes**. Por esta razón necesitamos su apoyo contestando las siguientes preguntas, así que le pedimos contestar con toda sinceridad, las respuestas que usted proporcione serán de manera confidencial.

DATOS DESCRIPTIVOS.

1. Sexo
 - a) Femenino
 - b) Masculino

2. Edad
 - a) 13 años
 - b) 14 años
 - c) 15 años
 - d) 16 años
 - e) 17 años
 - f) 18 años
 - g) 19 años
 - h) Más de 19 años

3. Estado Civil
 - a) Casada
 - b) Soltera
 - c) Unión libre
 - d) Divorciada
 - e) Viuda

4. Nivel educativo
 - a) Primer año de secundaria
 - b) Segundo año de secundaria
 - c) Tercer año de secundaria

5. Religión
- a) Católica
 - b) Testigo de Jehová
 - c) Protestante
 - d) Otra: _____
6. Nivel socioeconómico
- a) Bajo
 - b) Medio
 - c) Alto
7. Edad de su menarquia (primera menstruación)
- a) 12 años
 - b) 13 años
 - c) 14 años
 - d) 15 años
 - e) 16 años
 - f) Otra edad: _____
8. Edad de inicio de su vida sexual
- a) 12 años
 - b) 13 años
 - c) 14 años
 - d) 15 años
 - e) 16 años
 - f) 17 años
 - g) 18 años
 - h) Otra edad: _____
9. Paridad (número de hijos)
- a) 1 hijo
 - b) 2 hijos
 - c) 3 hijos
 - d) 4 hijos
 - e) 5 hijos
 - f) 6 hijos
10. Problemas sociales
- a) Alcoholismo
 - b) Drogadicción
 - c) Prostitución
 - d) Otra: _____

11. Tu familia es:

- a) Familia Funcional
- b) Familia disfuncional

12. Estas comprometida (o) en una relación afectiva de pareja al momento de la encuesta (formal o informal)

- a) Si
- b) No

13. Haber tenido un embarazo o haber embarazado a una mujer

- a) Si
- b) No

DATOS ANALÍTICOS.

INSTRUCCIONES: Marque con una X en la casilla que creas correcta. A continuación se te presentaran 3 cuestionarios.

SI: Si estás de acuerdo con la afirmación

NO: Si no estás de acuerdo con la afirmación

NO se: Si escuchaste al respecto pero no sabes con seguridad la respuesta

IGNORO: Si nunca escuchaste nada al respecto y por lo tanto ignoras la respuesta

a) Cuestionario de la dimensión biológica.

No.	DIMENSIÓN BIOLÓGICA	SI	NO	NO SE	IGNORO
1	Las Trompas de Falopio son órganos sexuales internos de la mujer				
2	La sensualidad emana a través de los sentidos				
3	El sexo masculino y femenino son características sexuales primarias				
4	El condón es un método anticonceptivo				
5	La abstinencia es un método anticonceptivo				
6	El aborto es la interrupción del embarazo				

7	Los senos son órganos sexuales femeninos				
8	La fecundación es la unión del ovulo y el espermatozoide				
9	Las Infecciones Trasmisión Sexual pueden causar esterilidad				
10	Los conductos deferentes son órganos sexuales internos masculinos				
11	Los testículos son órganos sexuales internos masculinos				
12	La ligadura de trompas es una cirugía que esteriliza a las mujeres				
13	El pene es un órgano sexual externo masculino				
14	Las verrugas, heridas o ampollas en los genitales es un signo de una infección de trasmisión sexual				
15	Los ovarios son dos				
16	Se nace con óvulos				
17	El escroto es una piel que cubren los testículos				
18	El orgasmo es el momento de mayor intensidad en la respuesta sexual				
19	El embarazo se produce si se tiene contactos sexuales cóitales				
20	El parto es el momento en que el bebe sale del útero				
21	En los ovarios maduran los óvulos				
22	La excitación es una respuesta sexual				
23	Durante el embarazo no hay menstruación				
24	El deseo es el conjunto de pensamiento, sensaciones que dan lugar a la búsqueda de placer sexual				
25	La ovulación es la maduración de los óvulos				

26	La masturbación es autoerotismo				
27	El clítoris es un órgano sexual de la mujer				
28	Existen tabletas vaginales para evitar el embarazo				
29	Los cambios físicos de hombres y mujeres que se dan en la adolescencia son características secundarias				
30	Los ciclos menstruales pueden durar de 26 a 32 días				
31	La secreción (flujo) anormal de la vagina o pene es un signo de una infección de transmisión sexual				
32	La menstruación sucede cuando no hay embarazo				
33	El virus del papiloma humano es una infección de transmisión sexual				
34	Los días fértiles de la mujer se dan alrededor de la mitad del ciclo menstrual				
35	Los métodos anticonceptivos son formas de evitar un embarazo				
36	El VIH/SIDA se transmite durante el embarazo o el parto al bebe				
37	La Fecundación ocurre en las trompas de Falopio				
38	En el momento de la ovulación la mujer puede embarazarse				
39	La menstruación sucede cuando no hay fecundación				
40	Sexo es el conjunto de características biológicas funcionales que diferencia a hombres de mujeres				

B) Cuestionario de la dimensión social.

No.	DIMENSIÓN SOCIAL	SI	NO	NO SE	IGNORO
1	El erotismo se ocupa de todo lo relacionado con las relaciones sexuales				
2	La sexualidad forma parte de la personalidad; es un proceso continuo				
3	Defender nuestros derechos es asertivo				
4	Responsabilidad de estar bien informado antes de decidir algo sobre nosotros o los otros				
5	Respetar los derechos de los otros es asertivo				
6	Los gestos son intercambio de información				
7	La comunicación es intercambio de pensamientos y sentimientos				
8	La comunicación nos permite establecer confianza o desconfianza				
9	Respeto es tomar decisiones que no nos afecten negativamente				
10	Plantear opiniones y defender los derechos es asertivo				
11	El embarazo es un derecho				
12	La agresión verbal, sexual o psicológica es violencia				
13	La discriminación es una forma de violencia				
14	Se puede planificar un embarazo				
15	Es un derecho de las personas decidir libre y voluntariamente si se tiene o no hijos				
16	El racismo es una forma de violencia				
17	El sometimiento y/o dominio es una forma de violencia				
18	La sexualidad se expresa en cada				

	momento de la vida				
19	Respeto es tomar en cuenta lo que dicen los demás				
20	El consumo de drogas y/o alcohol es una forma de autoviolencia				
21	La violencia psicológica produce daño en el desarrollo psíquico y emocional				
22	Tomar una decisión es asumir el control de la propia vida				
23	Es un derecho la libre opción sexual				
24	Atemorizar es una forma de violencia				
25	En México el aborto es ilegal y está tipificado como delito				
26	Los insultos o golpes que se pueden presentar en la familia son una forma de violencia				
27	Existen derechos sexuales				
28	El plan de vida es aquella que queremos hacer y ser en la vida				
29	El incesto es la relación sexual entre familiares				
30	Los gritos son una forma de violencia				
31	Los valores se derivan de las reglas y normas de la sociedad				
32	La violencia sexual se da cuando se obliga a alguna persona a realizar actos sexuales no deseados				
33	Sentir, decidir y disfrutar son parte de la sexualidad				
34	Genero se refiere a los roles de hombres y mujeres				
35	Es un derecho de las personas decidir libre y voluntariamente cuando tener hijos				

36	Los valores son ideales, cualidades deseables que guían a la conducta humana				
37	Las personas o grupos pueden influir positiva o negativamente				
38	Los derechos sexuales y reproductivos implican reconocer las responsabilidades con uno mismo y con los demás				
39	Responsabilidad es asumir nuestras decisiones				
40	La violencia se manifiesta en acciones basadas en las diferencias de género, edad, cultura, religión, etc., que ocasiona daño o sufrimiento				

c). Cuestionario de la dimensión psicológica

No.	DIMENSIÓN PSICOLÓGICA	SI	NO	NO SE	IGNORO
1	La identidad puede construirse de manera individual y grupal				
2	La homosexualidad es la relación sexual entre personas del mismo sexo				
3	La autoestima es la disposición a considerarse competente para hacer frente a los desafíos de la vida				
4	La autoafirmación es la seguridad en sí mismo				
5	El rol está asignado al genero				
6	La identidad sexual es un elemento de la personalidad				
7	La identidad es el reconocimiento y la aceptación de uno				
8	El amor es un conjunto de sentimientos que intervienen en las relaciones interpersonales				

9	La heterosexualidad es la relación sexual entre hombre y una mujer				
10	La afectividad es un estado emocional en el que uno siente atracción por otra persona				
11	La bisexualidad se refiere a las personas que tienen relaciones sexuales con hombres y con mujeres				
12	La autoestima es la disposición a considerarse merecedor de la felicidad				
13	La autoestima permite conocer las posibilidades y limitaciones, de uno mismo				
14	La autoimagen es como se ve a uno mismo				
15	La autoestima permite valorarnos como somos				
16	La identidad es lo que nos define como persona individual				
17	La afectividad es un conjunto interno de sentimientos				
18	La afectividad es un conjunto de vivencias agradables y desagradables				
19	La afectividad es un conjunto de emociones mentales que se expresan a través de comportamiento y los sentimientos				
20	La autoestima se fortalece o debilita por la actitud de los que nos rodean				

Gracias por tu participación.