

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA. DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



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



## **TESIS**

**Titulado:**

**“Impacto de una estrategia educativa en el nivel de conocimientos del riesgo reproductivo en mujeres adolescentes.”**

CON FINES DE TITULACIÓN PARA LA ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**Dra. Elvia Viridiana Garcia Zarate**

Médico residente de tercer año  
Curso Especialización en Medicina Familiar, UMF 94  
Matrícula: 97361993  
Domicilio:  
Camino Antiguo San Juan de Aragón 235  
Colonia Casas Alemán  
Teléfono: 57605213  
Correo electrónico:  
virusviridiana@gmail.com

**Investigador responsable**

Dra. Esther Azcárate García  
Profesora titular del Curso de Especialización de Medicina Familiar UMF 94  
Matrícula: 99362280  
Camino Antiguo San Juan de Aragón 235  
Colonia Casas Alemán  
Teléfono: 57573289,  
Correo electrónico: [estherazcarate@gmail.com](mailto:estherazcarate@gmail.com)

Ciudad Universitaria, CD. MX, 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## INDICE

1) Introducción.....	4
2) Marco teórico.....	5
3) Antecedentes científicos.....	26
4) Justificación.....	27
5) Planteamiento del problema.....	28
6) Pregunta de investigación.....	30
7) Objetivos.....	30
8) Hipótesis.....	31
9) Definición de variables.....	31
10) Material y métodos.....	34
11) Diseño del estudio.....	34
12) Universo de estudio.....	34
13) Población de estudio.....	34
14) Muestra de estudio.....	35
15) Criterios de selección.....	35
16) Descripción general del estudio.....	36
17) Descripción del programa de trabajo.....	37
18) Descripción del instrumento de medición.....	38
19) Análisis estadístico.....	39
20) Difusión del estudio.....	40
21) Consideraciones éticas .....	40
22) Recursos .....	42
23) Resultados.....	43
24) Análisis de resultados.....	53
25) Conclusiones.....	56
26) Bibliografía.....	57
27) Anexos.....	60
a) Anexo 1. Instrumento de evaluación	
b) Anexo 2. Carta descriptiva de la intervención educativa	
c) Anexo 3. Consentimiento informado	
d) Anexo 4. Cronograma de actividades	

# **Impacto de una estrategia educativa en el nivel de conocimientos del riesgo reproductivo en mujeres adolescentes**

Azcarate-García E<sup>1</sup>, Garcia-Zarate E. V.<sup>2</sup>

**Antecedentes:**, En México, las y los jóvenes inician su vida sexual entre los 15 y los 19 años, en promedio. La gran mayoría de ellos (97%) conoce al menos un método anticonceptivo. Las probabilidades de que las adolescentes de entre 15 y 19 años mueran debido a complicaciones durante el embarazo o el parto son dos veces mayores que las de una mujer de 20 a 30 años.

Por lo que es necesario que las pacientes adolescentes tengan conocimiento sobre el riesgo reproductivo.

**Objetivo:** Evaluar el grado de conocimiento posterior a estrategia educativa sobre la salud sexual y riesgo reproductivo en mujeres adolescentes de la UMF 94 del IMSS.

**Materiales y Método:** Diseño cuasi experimental, longitudinal, comparativo, prospectivo en adolescentes de 15 a 19 años adscritas a la UMF 94 de Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS), sobre el riesgo reproductivo con muestreo por conveniencia, con participación bajo consentimiento informado. Se aplicara la estrategia educativa mensual 5 sesiones de 1 hora cada una, sobre riesgo reproductivo, mediante técnicas participativas, evaluación pre-pos estrategia.

**Recursos en infraestructura:** Mujeres adolescentes derechohabientes de la UMF 94 del IMSS, aula, salas de espera, computadora personal, material para técnicas didácticas y las finanzas a cargo de los investigadores.

**Tiempo a desarrollarse:** dos años.

**Palabras clave:** riesgo reproductivo, salud sexual, salud del adolescente, estrategia educativa.

*1. Profesora titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF No 94 IMSS.*

*2. Médico Residente de Medicina Familiar. UMF No. 94 IMSS.*

## INTRODUCCIÓN

La población adolescente y joven es una prioridad a nivel mundial. La generación actual es la más grande que se haya registrado en la historia de la humanidad. Las condiciones en las que toman decisiones sobre su sexualidad, los elementos y servicios con los que cuentan para ello, así como las oportunidades de educación y desarrollo disponibles, tienen un importante efecto en su calidad de vida. <sup>(1)</sup>

En lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva (SSR), los riesgos de esta población son: el inicio no elegido, involuntario y/o desprotegido de su vida sexual, la exposición a embarazos no planeados, no deseados, o en condiciones de riesgo, la exposición a una infección de transmisión sexual (ITS), cuya expresión más dramática es el VIH/Sida

A nivel global, una gran cantidad de adolescentes ya son sexualmente activos antes de cumplir 20 años de edad, y la gran mayoría (alrededor del 60%) no utiliza ninguna protección contra el embarazo, ni contra el riesgo de adquirir una ITS o infectarse de VIH.

Cada año dan a luz 16 millones de adolescentes en el mundo. El 90% de estos embarazos ocurre en países en desarrollo; 38% sucede en América Latina y el Caribe. Los riesgos de un embarazo en la adolescencia están asociados con las desigualdades, la pobreza y la inequidad de género. Las probabilidades de que las adolescentes de entre 15 y 19 años mueran debido a complicaciones durante el embarazo o el parto son dos veces mayores que las de una mujer de 20 a 30 años. <sup>(1)</sup>

En México, las y los jóvenes inician su vida sexual entre los 15 y los 19 años, en promedio. La gran mayoría de ellos (97%) conoce al menos un método anticonceptivo; sin embargo, más de la mitad no utilizaron ninguno en su primera relación sexual. Datos de la Secretaría de Salud muestran que la mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos corresponde a adolescentes de 15 a 19 años; asimismo, se estima que 17.4% de los nacimientos totales corresponden a

mujeres menores de 20 años, de los cuales entre 60 y 80% de ellos son no planeados. <sup>(1)</sup>

La educación sobre salud sexual y el riesgo reproductivo dirigido a las pacientes adolescentes para fomentar el autocuidado; este programa educativo pretende adiestrar, concienciar e instruir a las adolescentes sobre el riesgo reproductivo y la emisión de acciones para identificar factores de riesgo, prevenir las complicaciones, alcanzar la máxima reducción del riesgo total de morbilidad y mortalidad sexual y reproductiva de la adolescente.

## **MARCO TEORICO**

### **DEFINICION**

Se conoce como *riesgo preconcepcional* a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.

El riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso.

### **EPIDEMIOLOGÍA:**

Los adolescentes constituyen una población prioritaria para la salud sexual y reproductiva (SSyR) a nivel global; sus propias características (biológicas, psicológicas y sociales) los colocan en cierta situación de vulnerabilidad. En México, de acuerdo con el último Censo Nacional de Población y Vivienda (2010), la población de 12-19 años de edad representa el 15.6% de la población total. <sup>(2)</sup>

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 directamente con la morbilidad sexual y reproductiva de los adolescentes.

Como parte de los determinantes sociales, en México, la educación sexual ha carecido de una visión integral; sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos.

A pesar de que cada vez hay más acceso a información especializada, aún existen tres grandes limitantes en la información disponible sobre la SSyR de adolescentes en México: a) se enfoca a mujeres; b) existen diferentes cortes de edad para definir a la población adolescente, por ejemplo 12-19 o 15-19, etc., y c) se enfoca a adolescentes casadas o unidas.

## **ADOLESCENCIA**

La adolescencia es un periodo de transiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas; una etapa transitoria desde las experiencias emocionales y las menos desarrolladas de la niñez y las más equilibradas de la adultez, que representan un ideal. <sup>(3)</sup>

Desde la perspectiva biológica, 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. La adquisición de habilidades, tales como: asumir la responsabilidad de sus propios actos y tomar sus propias decisiones, suele considerarse un aspecto

importante que está más relacionado con la distinción entre la adultez y la adolescencia.

No es solamente un período de adaptación a las modificaciones corporales, sino una fase hacia una mayor independencia psicosocial, motivo por el cual se dificulta establecer límites cronológicos para este grupo de edad, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, dividida en 2 fases: la adolescencia temprana (10- 14 años) y la tardía (15-19 años). Este ciclo de transición varía entre las diferentes culturas, suele definirse como el tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes desde el punto de vista social <sup>(4)</sup>

La Organización Panamericana de la Salud destaca la importancia de la intervención temprana previa a la adolescencia, en lugar de hacerlo más tarde, cuando ya se han adquirido los patrones de conducta que comprometen la salud y posiblemente sea más difícil modificarlos. Esta intervención es más eficaz cuando la atención de la salud continúa hasta el inicio de la siguiente etapa de la vida.

En este rango de edad, se exponen a situaciones de vulnerabilidad y riesgo, por lo que es factible que adquieran hábitos que requieren intervenciones específicas de los sectores público, privado y social, para atender los déficits que se presentan a su salud; el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el sida; la violencia física, sexual o emocional, son los principales retos que se deben atender desde una perspectiva de prevención y promoción de estilos de vida activa y saludable.

La atención de los daños a la salud a las personas de este grupo etario representa una carga económica y social para el país, debido a un elevado costo por concepto de atención curativa, costos indirectos por días no laborados por alguno de los padres o tutores, y en días de ausentismo escolar. El Sistema Nacional de Salud debe proveer servicios de atención integral a la salud para este segmento de

población, siempre en el marco del respeto a los Derechos Humanos, con perspectiva de género e interculturalidad referidos al mantenimiento de la vida, de sus capacidades, diseñando intervenciones preventivas y de promoción y educación para la salud, a fin de que esta población adopte por convencimiento propio y con apoyo de sus padres o tutores, estilos de vida activa y saludable; respetando la confidencialidad y coadyuvando en el desarrollo de la autonomía sobre la toma de decisiones, para promover conductas de autocuidado.

### **FACTORES DE RIEGO REPRODUCTIVO:**

A lo que se refiere con respecto a evaluación de riesgo, es un método sistemático para estimar y comparar la carga de morbilidad y traumatismos debida a diferentes riesgos. <sup>(19)</sup> En la evaluación de riesgo se toma en cuenta la carga de morbilidad derivada de diferentes factores de riesgo, y cada uno de ellos puede ser modificado por estrategias diferentes; gracias a ella se puede obtener un panorama del papel relativo de los distintos riesgos para la salud humana en especial en los adolescentes.

Mientras que el riesgo reproductivo es la probabilidad de enfermedad o muerte que tienen la mujer y/o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales; es decir, todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que puedan desarrollar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

De acuerdo a la NOM-034-SSA2-2013:7 es la probabilidad de que uno o varios factores de riesgos previos, presentes o previstos, puedan ocasionar daño a la pareja en edad fértil o a su hijo o hija, en el caso de que ocurra un embarazo, en los niños o niñas y los/las adolescentes, que afecten su fertilidad futura. <sup>(18)</sup>

El Riesgo Reproductivo se clasifica en:

### **Riesgo Preconcepcional**

Se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales. Su objetivo es clasificar a la mujer en edad fértil no gestante de acuerdo al riesgo que un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o recién nacido.

### **Riesgo Obstétrico:**

Se aplica a las mujeres durante la gestación, el trabajo de parto, parto, alumbramiento y en el puerperio.

### **Riesgo Perinatal:**

El periodo perinatal abarca desde la vigésimo cuarta semana de gestación hasta la primer semana de vida del recién nacido, comprendiendo el periodo fetal tardío y el periodo neonatal precoz. En esta etapa de proceso reproductivo se usa el concepto de riesgo perinatal, que es un concepto más evolucionado que el de riesgo obstétrico pues es un instrumento de predicción que, además de considerar los riesgos maternos, incluyen los riesgos para el feto o recién nacido. La clasificación del Riesgo resulta de su Estimación, el cual se calcula matemáticamente, midiendo la probabilidad de ocurrencia de un evento dado en forma global o específica, en función de cierto número de variables.

### **RIESGO BAJO**

- Paciente sin antecedentes o sin complicaciones, con embarazo normoevolutivo
- Paciente con complicaciones controladas, valorada por médico especialista en ginecología y obstetricia y contrarreferida para control en primer nivel de atención

### **RIESGO MEDIO**

- Edad 15-19 años o 36-40 años
- Talla 1.45 a 1.50 metros
- IMC 17-19 o 25-29
- No unida (soltera, separada, viuda)

- Nivel educativo <primaria incompleta
- Nivel socioeconómico bajo
- Domicilio alejado de unidad médica >2 h
- No conciliación/rechazo del embarazo
- Periodo intergenésico corto <18 meses o prolongado (>10 años)
- Madre o hermana con preeclampsia
- Antecedente de infertilidad

#### REISGO ALTO

- Edad<15añoso>40años
- Talla<1.44metros
- IMC<17o>30(inicio del embarazo)
- Nivel socioeconómico muy bajo
- Analfabeta o no habla español
- Enfermedades crónicas: HAS, DM, cardiopatías, endocrinopatías, etc.
- Antecedentes obstétricos:
  - Preeclampsia
  - Rh negativo isoimmunizada
  - Enfermedades de transmisión sexual
  - Abortos consecutivos espontáneos
  - Cesáreas previas
  - Partos pretérmino
  - Muertes perinatales
  - Cirugías pélvicas previas (25)

#### **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

La educación de la sexualidad debe ser una responsabilidad de la sociedad, donde se inicia desde el nacimiento dentro del grupo familiar y transcurre durante toda la vida con los vínculos que establecen las personas al interactuar con diferentes

grupos. Actualmente se conocen cambios de conductas, actitudes y valores referentes a la sexualidad de los jóvenes y adolescentes de distintos sexos.

El grado de vulnerabilidad del adolescente está en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el microambiente familiar, las políticas socioeconómicas, así como el grado de conocimiento que poseen sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR).<sup>(5)</sup>

Actualmente existen vacíos acerca de los conocimientos de cómo protegerse los adolescentes, persisten creencias erróneas que propician a comportamientos de riesgo, como el machismo, que dificulta la negociación entre las parejas en la toma de decisiones para elegir un método de planificación familiar; la sensación de “invulnerabilidad” propia de la edad; los riesgos de padecer alguna ETS; la imitación de los prototipos de mujeres y hombres “sexuales” que los diferentes medios de comunicación difunden.<sup>(6)</sup>

## **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Los niveles en la tasa de fecundidad adolescente en México entre 2009 y 2014 incrementó de 71 a 77 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años.1 Esto se tradujo en un aumento en el porcentaje de nacimientos entre madres adolescentes, de 17.1% en el año 2000 a 19.2% en 2014. <sup>(7) (8)</sup>

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), para la mediana de edad la primera relación sexual en mujeres de 15-19 años de edad era de 15.4 años, y 56/1,000 adolescentes se convirtieron en madres; las mujeres que inician la vida reproductiva durante la adolescencia tienen descendencias más numerosas que aquellas que se convierten en madres a edades adulta. <sup>(25)</sup>

Los riesgos de un embarazo en la adolescencia están fuertemente asociados con las desigualdades, la pobreza y la inequidad de género. Las probabilidades de que las adolescentes de entre 15 y 19 años mueran debido a complicaciones durante el embarazo o el parto son dos veces mayores que las de una mujer de 20 a 30 años.

En México, las y los jóvenes inician su vida sexual entre los 15 y los 19 años, en promedio. La gran mayoría de ellos (97%) conoce al menos un método anticonceptivo; sin embargo, más de la mitad no utilizaron ninguno en su primera relación sexual. <sup>(29)</sup>

## **METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR**

La planificación familiar otorga a las personas la decisión de tener el número de hijos que desean y determinar así el intervalo entre embarazos. Mediante la aplicación de métodos anticonceptivos.

La importancia sobre el conocimiento, comportamiento y explorar las creencias en planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual entre los jóvenes, se debe a las posibles consecuencias de sus decisiones en el ámbito de la salud reproductiva. Los jóvenes, en promedio, inician su vida sexual entre los 15 y 19 años de edad. Esto ocurre en condiciones inseguras de protección a su salud debido a la escasa información, que se refleja en la poca utilización de métodos de planificación familiar (MPF), particularmente el condón. <sup>(12)</sup>

Actualmente, los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) se consideran como opciones ideales para la prevención del embarazo en mujeres jóvenes y adolescentes. Su uso en este grupo poblacional es seguro y efectivo, ya que requiere poca manutención. <sup>(6)</sup>

Hasta ahora existe evidencia nacional e internacional de que los métodos ARAP son aceptables para adolescentes; sin embargo, al igual que en otros países, su

uso se ve afectado por barreras al acceso y por el desabasto en las unidades de salud, <sup>(13)</sup> así como por una baja adherencia al tratamiento. La falta de conocimientos y de actitudes adecuadas constituyen también barreras importantes para su uso. <sup>(10,11)</sup>

La demanda insatisfecha de anticonceptivos se define como la cantidad de mujeres sexualmente activas que desean limitar o espaciar sus embarazos y no están usando ningún método anticonceptivo, en relación con el número total de mujeres sexualmente activas. <sup>(14)</sup> Esto se relaciona con la violación del derecho básico de todos los individuos de decidir con libertad, responsabilidad e información sobre el número y espaciamiento de hijos. <sup>(15)</sup>

En este derecho fundamental, una de las metas del Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, propone lo siguiente: “para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”. <sup>(16)</sup>

## Métodos modernos

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
<b>Anticonceptivos orales en combinación (la</b>	Contiene dos hormonas	Evita la liberación de óvulos por los	>99% si se usa de manera correcta y sostenida	Disminuye el riesgo de cáncer

<b>«pastilla» o «píldora»</b>	(estrógeno y progestágeno)	ovarios (ovulación)	92% como se usa comúnmente	endometrial y ovárico.
<b>Pastillas de progestágeno solo</b>	Contiene únicamente progesterona	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten y previene la ovulación	99% si se usa de manera correcta y sostenida	Puede usarse mientras se amamanta;
<b>«minipastilla» o «minipíldora»</b>	(sin estrógeno)		Entre 90% y 97% como se usa comúnmente	debe tomarse todos los días a la misma hora
<b>Implantes</b>	Cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación	>99%	Debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
<b>Progestágeno en forma inyectable</b>	Se inyecta por vía intramuscular o bajo la piel cada 2 o 3	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente	Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer (cerca de 1 y 4

	meses, según el producto	encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación		meses en promedio); las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
<b>Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación</b>	Se inyectan cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	>99% si se usan de manera correcta y sostenida 97% como se usan comúnmente	las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
<b>Parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado</b>	Libera dos hormonas de forma continua, una progestina y un estrógeno, directamente a través de la piel (parche) o mediante el anillo	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	El parche y el anillo vaginal son métodos nuevos y los estudios sobre su eficacia son limitados. Los estudios de eficacia realizados señalan que puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados, cuando se utilizan de un modo correcto y	El parche y el anillo vaginal proporcionan una seguridad comparable a los anticonceptivos orales combinados con formulaciones hormonales similares y su perfil farmacocinético es parecido

sostenido, y tal y como se aplican comúnmente

<b>Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre</b>	Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero	El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo	>99%	Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias
<b>Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel</b>	Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel	Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio)	>99%	Con el tiempo se reduce la cantidad de sangre que se pierde con la menstruación; disminuyen los dolores menstruales y los síntomas de endometriosis; se observó amenorrea (ausencia de menstruación)

				en un grupo de usuarias
<b>Condón masculino</b>	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	98% si se usa de manera correcta y sostenida 85% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
<b>Condón femenino</b>	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten	90% si se usa de manera correcta y sostenida 79% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
<b>Píldoras anticonceptivas de emergencia (acetato de ulipristal, 30 mg, o levonorgestrel, 1,5 mg)</b>	Son pastillas que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección	Retrasa la ovulación	Si 100 mujeres tomaran la píldora anticonceptiva de emergencia de progestágeno solo, probablemente una quede embarazada	No altera el embarazo si este ya se ha producido

Tanto la promoción de la planificación familiar como el acceso a los métodos anticonceptivos elegidos por las mujeres, son importantes para así lograr el

bienestar y la autonomía de las mujeres y, para apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. La promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados. <sup>(21)</sup>

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. En África, el 24.2% de las mujeres en edad fecunda tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. En Asia y América Latina y el Caribe —regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta, las necesidades insatisfechas representan un 10,2% y un 10,7%, respectivamente. <sup>(17)</sup>

La consejería en Planificación Familiar incluye un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales, mediante el cual se brindan a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos que les ayuden a tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales, para así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva.

Las características de la consejería en forma global debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para aclarar las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a: sus características, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones y precauciones, forma de administración, lineamientos generales para la prescripción, duración de la

protección anticonceptiva, seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir, necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva, cuando proceda, información sobre el costo. <sup>(21)</sup>

## **MEDIDAS PREVENTIVAS**

Las unidades de atención médica deberán efectuar el registro de las atenciones en adolescentes, mediante formatos específicos, que serán llenados por el personal de salud que preste el servicio y concentrados por los responsables del área de estadística correspondiente.

En toda unidad de salud se deberá verificar la entrega y/o uso de la Cartilla Nacional de Salud de la adolescente, anotando los datos correspondientes a la atención prestada.

- En todas las adolescentes en edad reproductiva deberá ser evaluado el cumplimiento de su esquema de vacunación  
La vacunación con toxoide tetánico e influenza debe ser ofertada a todas las adolescentes, mediante un esquema de aplicación de dos dosis de toxoide tetánico diftérico, con un intervalo de 4 a 6 semanas y dosis de refuerzo y una dosis de influenza durante los periodos estacionales susceptibles de contagio.
- Orientación-consejería en planificación familiar.
- Entrega, en su caso, y registro de datos en la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer.
- En las unidades de salud se deberá disponer de un instrumento que permita calificar el riesgo reproductivo, el cual servirá para el manejo adecuado de cada caso.

## **PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

En ocasión de la consulta preventiva anual, todos los adolescentes deben recibir una encuesta aplicable en la preconsulta en forma autoadministrada o mediante una entrevista- por medio de la cual se puedan apreciar sus necesidades de aprendizaje.

Si de dicha evaluación surge que el/la adolescente requiere de más aprendizaje, deberá ser motivado y se deberá ofrecer la oportunidad de participar de un grupo de adolescentes (acción educativa, taller o grupo de aprendizaje) o de una orientación individual o consejería.

La promoción de la salud sexual es un proceso que abarca acciones para fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y grupos, para así modificar las condiciones sociales y ambientales, con el propósito de aminorar su impacto en la salud pública e individual. El objetivo último de estas acciones es propiciar espacios saludables donde los individuos participen en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar.

La promoción de salud es mediante actividades encaminadas a fomentar comportamientos y estilos de vida saludables. Utiliza estrategias complementarias como la comunicación y educación para la salud, la participación comunitaria y el empoderamiento social, las políticas públicas. Todo esto crea sus propios medios, técnicas e instrumentos empleados, para fortalecer, enriquecer y modificar, en forma consciente e informada, conocimientos, actitudes o comportamientos a favor de la salud. <sup>(5)</sup>

Por lo tanto la educación es una condición indispensable, que tiene como objetivo el desarrollo de las capacidades humanas a través de la conducción de potencialidades para el logro de una personalidad completa en sus diversas dimensiones humanas, contribuyendo al progreso social, económico y cultural. <sup>(25)</sup>

De acuerdo al diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se define a la educación:

Acción y efecto de educar.

Crianza, enseñanza y doctrina que se da a los niños y a los jóvenes.

Instrucción por medio de la acción docente.

Cortesía, urbanidad. <sup>(26)</sup>

La educación brinda un papel importante en las estrategias de promoción de la salud. Desde una perspectiva integral, considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material; que se refiere al el estilo de vida y se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido; el social según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones; y el ideológico o estilos de vida que se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida. <sup>(25)</sup>

En este contexto definimos los estilos de vida como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Existe en la sociedad estilos de vida que no son saludables, los cuales deben ser eliminados a través de diferentes estrategias y entre las más importantes las comunicativas y educativas en salud. <sup>(25)</sup>

La Educación para la Salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza aprendizaje orientado al fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo. Tal proceso ayuda a los individuos y a los grupos a tomar conciencia de los problemas que

pueden constituir una amenaza a su calidad de vida y los incita a crear y a reivindicar condiciones favorables a su salud. <sup>(25)</sup>

En la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud realizada en Ottawa el 21 de noviembre de 1986 se emitió la CARTA DE OTTAWA donde se establece que la Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

En este sentido decía la OMS (1983): Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer. <sup>(25)</sup>

Proceso que se logra mediante la realización de aprendizajes significativos, en los que el individuo construye significados que enriquecen su conocimiento del mundo físico y social, potenciando así su crecimiento personal. De esta manera, los tres aspectos clave que debe favorecer el proceso instruccional serán el logro del aprendizaje significativo, la memorización comprensiva de los contenidos escolares y la funcionalidad de lo aprendido. <sup>(27)</sup>

Construir significados nuevos implica un cambio en los esquemas de conocimiento que se poseen previamente, esto se logra introduciendo nuevos elementos o estableciendo nuevas relaciones entre dichos elementos. Así, podrá ampliar o ajustar dichos esquemas o reestructurarlos a profundidad como resultado de su participación en un proceso instruccional. Es indispensable tener siempre presente que la estructura cognitiva del alumno tiene una serie de antecedentes y conocimientos previos, un vocabulario y un marco de referencia personal, lo cual es además un reflejo de su madurez intelectual. Este conocimiento resulta crucial para el docente, es a partir del mismo que debe planearse la enseñanza, con apoyo de material potencialmente significativo, con empatía sobre la situación de que el alumno aprenda mediante motivación, y favoreciendo el aprendizaje sin que su nivel

de madurez cognitiva no le permita la comprensión de contenidos de cierto nivel de complejidad. <sup>(27)</sup>

En conclusión, la educación para la salud, requiere del compromiso de la población e instituciones de salud, a través del proceso de enseñanza aprendizaje, con el objetivo de lograr cambios de conductas de riesgo para la salud, por medio de estimular la motivación y participación activa, fomentando el autocuidado.

## **INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

El término estrategia en el ámbito educativo se puede entender a las estrategias de enseñanza como los procedimientos utilizados por el profesor de manera flexible y adaptativa en el manejo de los contenidos para promover aprendizajes significativos. <sup>(30)</sup>

Las estrategias enseñanza aprendizaje son el resultado de las decisiones que toma el profesor al respecto a cómo va a trabajar determinados contenidos con sus alumnos, son acciones pensadas, planeadas e implementadas por el docente con el objeto consciente de que alumno aprenda de la manera más eficaz (Martínez y Bonachea, documento en línea). <sup>(31)</sup>

Las estrategias de enseñanza contemplan todos los detalles de lo que se va a hacer a cabo donde el profesor en el aula con la finalidad de que el alumno logre los objetivos propuestos. Son ese conjunto de actividades secuenciales, diseñadas y organizadas por el docente para promover el aprendizaje (Martínez y Bonachea, documento en línea). <sup>(30)</sup>

La efectividad de una estrategia radica en que cumpla con el propósito de que los alumnos logren aprendizajes significativos. Por eso es necesario que durante el curso se diseñen e implemente diversas estrategias que garanticen que la mayoría de nuestros alumnos completen el proceso de aprendizaje. <sup>(31)</sup>

Se definen estrategias de enseñanza como los procedimientos o recursos utilizados por el agente de enseñanza para promover aprendizajes significativos (Mayer, 1984; Shuell, 1988; West, Farmer y Wolff, 1991). <sup>(32)</sup>.

Ambos tipos de estrategias, de enseñanza y de aprendizaje, se encuentran involucradas en la promoción de aprendizajes significativos a partir de los contenidos escolares; aun cuando en el primer caso el énfasis se pone en el diseño, programación, elaboración y realización de los contenidos a aprender por vía oral o escrita (lo cual es tarea de un diseñador o de un docente), y en el segundo caso la responsabilidad recae en el aprendiz. <sup>(32)</sup>.

## **EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

La educación es un proceso continuo que se extiende a lo largo de la vida del individuo y se da de diferentes maneras dentro de la vida en sociedad. El individuo adquiere su educación dentro del sistema formal de enseñanza, pero también en una variedad de formas fuera de este sistema. En su experiencia de la vida diaria y en su interacción con otras personas adquiere un bagaje de conocimientos y habilidades a lo largo de su vida. <sup>(33)</sup>.

Esto se debe a que la salud es, en primer lugar, una responsabilidad del individuo mismo. Pero el individuo necesita de los medios y de una preparación adecuada para asumir esa responsabilidad. <sup>(33)</sup>.

Por ello, la educación para la salud se convierte en una opción adecuada para elevar las condiciones de salud, puesto que existe la evidencia de que la mayoría de los problemas de salud son susceptibles de modificarse con cambios de actitudes y conductas en la comunidad, así como a través de su participación en el cambio del medio ambiente. <sup>(33)</sup>.

Sin embargo, a pesar de la importancia que tiene la educación para la salud no se ha logrado hasta ahora un impacto real en la población, debido a la escasa participación de la comunidad en los programas educativos, cuyas características han sido: a) Ser verticales, es decir, los contenidos y actividades se plantean bajo

un enfoque educador-educando, donde el educador es un profesional de la salud y es el portador del saber o de los conocimientos, y los educandos (pacientes, comunidad, alumnos) son receptores pasivos del contenido educativo. b) Los programas en muchas ocasiones no expresan las necesidades específicas de la comunidad. Se elaboran con base en los problemas más generales de salud en el país y no se adaptan al nivel cultural de los educandos. c) La presentación de la información se hace de manera esquematizada, descuidando su adecuación al nivel educativo y las necesidades de las personas a quienes va dirigida. d) La participación de la comunidad se limita a la asistencia de la población a eventos en los que recibe información y recomendaciones referentes al cuidado de su salud, que no siempre puede poner en práctica por sus condiciones de vida. <sup>(33)</sup>.

La metodología educativa que se utiliza para la elaboración de los programas es participativa, por lo tanto, la comunidad interviene de manera activa en todas las etapas del proceso educativo (planeación, ejecución y evaluación). Dicha participación se da a través de los líderes comunitarios, es decir, de aquellas personas que ejercen una influencia en la población, ya sea de manera formal o informal, y sirven de enlace entre la comunidad y el equipo de salud; además de ellos otras personas que aportan ideas, información y materiales para elaborar recursos que apoyen el proceso de enseñanza-aprendizaje. <sup>(33)</sup>.

En general, estos programas buscan que los pacientes adquieran el control de su enfermedad y las habilidades necesarias, en función de los diferentes síntomas, aun cuando sigan bajo la supervisión del personal de salud para la administración de medicamentos, la interpretación de signos de alarma, etc. El propósito principal es que el paciente adquiera un sentido de control sobre su enfermedad y sobre la calidad de su vida. <sup>(33)</sup>.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

En la literatura médica no se reportan numerosos estudios relacionados con la aplicación de estrategias educativas dirigidas a las pacientes adolescentes. Solo se encontraron los antecedentes citados a continuación.

Tal es el caso de Elsa Vela Arévalo con su artículo Necesidades educativas en salud sexual y reproductiva en adolescentes peruanos de nivel secundario <sup>(23)</sup> en donde identifico las necesidades educativas en salud sexual y reproductiva que sienten y expresan los y las adolescentes peruanos de nivel secundario, en su estudio cualitativo fenomenológico realizado entre agosto y octubre de 2013 en 10 adolescentes del quinto año de secundaria del colegio San Martín de Porres de Magdalena del Mar, Lima, Perú. Cuyos resultados fueron que las adolescentes expresaron que el temor de hablar en grupo hace que prefieran una educación personalizada durante toda la etapa escolar. Además que la educación en esos temas sea con un profesional capacitado y con experiencia y uso de tecnologías educativas para su mejor comprensión. <sup>(23)</sup>

Otro estudio de Dra. Aida Rodríguez Cabrera, Dra. Giselda Sanabria Ramos, MSc. Maria Elena Contreras Palú, Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba. Cuyo objetivo era mostrar el diseño y resultados de la implantación de una estrategia educativa extracurricular, de tipo participativa, dirigida a mejorar la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en instituciones universitarias cubanas. Se aplicó un cuestionario estructurado en 592 estudiantes de dos instituciones universitarias en La Habana. <sup>(28)</sup> Se encontraron deficiencias en la educación sexual, baja percepción del riesgo de un embarazo o de contraer alguna infección de transmisión sexual, prácticas de cambio frecuente de parejas, tanto en sexo masculino, como el femenino; comienzo temprano de las relaciones sexuales y bajo uso del condón, unido a poca comunicación entre padres e hijos. <sup>(28)</sup>

## **JUSTIFICACIÓN.**

Los problemas en la salud reproductiva de los adolescentes, relacionados con la falta de prevención por patrones erróneos de comportamiento, especialmente en Latinoamérica

Los adolescentes, por sus características tanto biológicas, psicológicas y sociales, son mayormente susceptibles a riesgos para su salud reproductiva. Se considera aunque estén en acercamiento con los servicios de salud y hayan recibido orientación, los ámbitos donde se desarrollan ocasionan que la información recibida sea modificada o distorsionada.

La disminución escasa de las necesidades insatisfechas de anticoncepción entre adolescentes, se refleja en las cifras alarmantes de embarazo en edades tempranas, implica que los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes mexicanas no se están respetando. Cuando las adolescentes cuentan con una información y con recursos suficientes para ejercer sus derechos, pueden decidir ellas mismas posponer el embarazo, tener menos hijos y terminar sus estudios. Igualmente, el embarazo en edades tempranas afecta negativamente ya que genera un dispositivo de exclusión que fomenta el abandono escolar y en un mayor rezago educativo. Las necesidades percibidas por los adolescentes están relacionadas con el hecho de que la educación sexual impartida es escasa en información y forma inadecuada de transmitirla. Este grupo de edad señala que una educación personalizada y continua y el uso de tecnologías educativas, forman parte de sus intereses de aprendizaje en salud sexual y reproductiva.

Por ello se debe analizar los comportamientos, conocimientos y creencias en salud sexual y reproductiva de las adolescentes. Poniendo mayor énfasis en el campo sobre los métodos de planificación familiar, en la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual, y en las creencias en torno a la vida sexual que los expone a riesgos.

A pesar de la presencia de programas encaminados a proteger la salud sexual de los jóvenes; todavía existen huecos en sus conocimientos acerca de la salud sexual

y reproductiva. Es por ello, la importancia de desarrollar un programa educativo destinado a la población en adolescente, y preferentemente a las mujeres adolescentes, sobre la identificación temprana de factores de riesgo que alerten sobre las posibles complicaciones o riesgos durante su vida sexual, facilitando a la adolescente la asistencia a la consulta y pláticas sobre salud sexual, así como la accesibilidad de información sobre métodos de planificación familiar, que permita la prevención temprana de pacientes con alto riesgo reproductivo que puedan desarrollar complicaciones, para identificar de manera oportuna cualquier alteración que ponga en riesgo la vida de la adolescente, para así realizar su referencia oportuna a niveles superiores o de alta especialización. Así como mantener una adecuada calidad de vida y de forma indirecta reducir los costos socioeconómicos para las instituciones y el país.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La falta de conocimiento sobre el riesgo reproductivo, limitación en el acceso a la salud sexual y reproductiva o su escasa calidad, son elementos determinantes en la aparición de factores que están directamente relacionados con la morbilidad y mortalidad en las adolescentes.

Se considera uno de los problemas más importantes de salud pública a nivel mundial, la tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad fue de 79 por cada mil mujeres. Una de cada seis mujeres que se embarazan es adolescente. La mortalidad por embarazo en la adolescencia, se relaciona con una mayor mortalidad materna; el riesgo de muerte materna en adolescentes es el doble que en el resto de las mujeres de edad fértil, y cuatro veces mayor cuando se trata de menores de 15 años,

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes es un asunto urgente en América Latina y el Caribe. Complicaciones tales como VIH, abortos en situaciones de riesgo y complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio son causas importantes de mortalidad y morbilidad para la población joven. Embarazos no

deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y la falta de acceso a anticonceptivos afectan negativamente en la salud de este grupo etario e impactan su bienestar y desarrollo mientras no sean prioridades políticas y financieras para los gobiernos. La combinación de la falta de acceso equitativo a los servicios de salud de calidad, escasos programas de educación en salud sexual y servicios de salud poco convenientes para los jóvenes se traduce en estados de salud sexual y reproductiva deficientes, principalmente para los grupos de alto riesgo.

En el IMSS, la atención en salud sexual se encuentra dentro de los diez primeros lugares de demanda de consulta en las unidades de medicina familiar y las complicaciones que surgen, son el principal motivo de envío a segundo nivel e ingreso hospitalario.

En la unidad de medicina familiar 94 del IMSS correspondiente a la Delegación Norte de México Distrito Federal, se cuenta con una población de derechohabientes de, de la cual un % corresponde a pacientes adolescentes, dentro del CIE-10 con clave Z 30 atención para la anticoncepción, ocupando uno de los principales motivos de consulta de primera vez y subsecuentes en la población femenina en el 2017, con incidencia sobre edad entre el rango de 12-19 años.

Durante los últimos años el sistema de salud ha tenido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la Atención Integral de la Salud. En la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención, las acciones dirigidas a la prevención deben ocupar un lugar importante, donde el médico desempeña una labor importante ya que le otorga atención médica, integral y continua al individuo. Considerando la visión preventiva que debe desarrollar el médico familiar, es necesario implementar una estrategia educativa sobre el riesgo reproductivo en las pacientes adolescentes en nivel de atención, fundamentada en Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, las guías y lineamientos técnicos del IMSS; de esta forma se pretende educar y transmitir acciones para evitar el desconocimiento de la

importancia de la vigilancia de la salud sexual y reproductiva, evitar las complicaciones, alcanzar la máxima reducción del riesgo total de morbilidad y mortalidad de la adolescente, mantener una adecuada calidad de vida y de forma indirecta reducir los costos socioeconómicos para la institución y el país.

Pero para prevenir primero es necesario educar por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuál será el grado de conocimiento posterior a una estrategia educativa sobre el riesgo reproductivo en mujeres adolescentes de la UMF 94 del IMSS?

### **OBJETIVOS DE ESTUDIO**

#### **General.**

- Evaluar el grado de conocimiento posterior a estrategia educativa sobre riesgo reproductivo en mujeres adolescentes de la UMF 94 del IMSS.

#### **Específicos:**

1.1 Determinar el nivel de conocimiento de la adolescente sobre salud sexual y el riesgo reproductivo

1.2 Conocer el nivel de conocimientos pre y post estrategia educativa en pacientes adolescentes en UMF 94 del IMSS.

1.3 Reforzar el conocimiento sobre los tipos de riesgo reproductivos así como los métodos de planificación familiar en los pacientes adolescentes para así poder mejorar la salud sexual y reproductiva en la población.

1.3 Actualizar y concientizar a la paciente adolescente con respecto a la salud sexual y riesgo reproductivo y dar una guía sobre las acciones a seguir para

prevenir o limitar el daño en complicaciones, así de esta forma se contribuirá a que el paciente tenga un mejor control de su salud sexual y por consiguiente una mejor calidad de vida.

1.4 Analizar los conocimientos, comportamientos y explorar las creencias en salud sexual y reproductiva de las adolescentes

### **HIPÓTESIS DEL TRABAJO**

La estrategia educativa sobre salud sexual y riesgo reproductivo incrementara el nivel de conocimiento en las pacientes adolescente en UMF 94 del IMSS.

### **HIPÓTESIS ALTERNA**

No existe impacto de una estrategia educativa para incrementar el nivel de conocimiento en las pacientes adolescente en UMF 94 del IMSS.

### **DEFINICION DE VARIABLES**

VARIABLES DE ESTUDIO

Nivel de conocimiento sobre Riesgo Reproductivo

Estrategia Educativa

VARIABLES DESCRIPTIVAS

Edad

Escolaridad

Estado Civil

Ocupación

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operativa</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Unidad de Medición</b>
<b>Estrategia Educativa</b>	Es el conjunto de influencias formales e informales que determinan los conocimientos sobre la enfermedad así como información o capacitación con respecto a las acciones a realizar para evitar o limitar el daño en la paciente adolescente	Acciones pensadas y planeadas a través de estrategias (curso-taller). Que se evaluará antes y después en mujeres adolescentes.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1. Si 2. No
<b>Nivel de conocimiento sobre riesgo reproductivo</b>	Efectos positivos o negativos esperados, o no de un programa en un contexto determinado sobre el grado de información o capacitación con respecto al riesgo reproductivo	Capacidad de lograr un cambio en el nivel de conocimientos y la aplicación de los mismos por medio de la una estrategia educativa, para ayudar a reforzar o mejorar un área del conocimiento que necesite	Cualitativa	Ordinal	1. Bueno 2. Regular 3. Malo

## VARIABLES UNIVERSALES.

**Edad:** Definición conceptual: Tiempo de vida transcurrido de un individuo a partir de su nacimiento, para fines de este estudio es los años cumplidos hasta la fecha actual expresado por el participante, variable cuantitativa, discreta, ordinal, de 15 años a 19 años.

**Estado civil:** Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales<sup>(.29)</sup> Definición operacional: situación personal en que se encuentra una persona física en relación con otra con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos, la cual es una variable cualitativa politómica en escala de medición nominal con las siguientes categorías: soltera, casada, unión libre.

**Escolaridad,** definición conceptual: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. <sup>(29)</sup> Definición operacional: Último año escolar cursado en un sistema escolar formal referido por el participante, la cual es una variable cualitativa politómica, con escala de medición ordinal, utilizando como categorías primaria, secundaria, preparatoria. Para fines del proyecto se medirá con un cuestionario de preguntas básicas.

<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento y estimado en años.	Tiempo cuantificado en números ordinales enteros, Años cumplidos hasta la fecha actual expresado por el participante	Cuantitativa a Discreta	Ordinal	Edad en años
<b>Género</b>	Diferencia física y constitutiva observada en el hombre y la mujer. Para fines del estudio como el fenotipo expresado por la participante.	Características fenotípicas observadas en el participante	Cualitativa	Nominal	Mujer

<b>Escolaridad</b>	Definida como el nivel de estudios máximo alcanzado en el sistema nacional de educación.	Grado escolar referido por la participante	Cualitativa	Ordinal	Primaria. Secundaria Medio superior Licenciatura
<b>Ocupación</b>	Definida como el trabajo o actividad en que emplea el tiempo.	Tipo de trabajo actividad que realiza y que es referida por la participante	Cualitativa	Nominal	Estudiante Ama de casa Trabajadora
<b>Estado civil</b>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	La referida por las participantes.	Cualitativa	Nominal	Unión libre Soltera Casada

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **DISEÑO DE ESTUDIO**

Longitudinal, comparativo, cuasi experimental, prolectivo, prospectivo

### **UNIVERSO DE ESTUDIO**

Mujeres adolescentes

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Mujeres adolescentes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

## **MUESTRA DE ESTUDIO**

Mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con adscripción a la Unidad de Medicina Familiar No. 94, que acudan durante los meses de Julio y Agosto 2019.

### **DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se realizará un muestreo no probabilístico a conveniencia.

### **LUGAR EN DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO**

Unidad de Medicina Familiar Número 94 IMSS

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

#### **Criterios de inclusión:**

- ✓ Mujeres adolescentes adscritas de la UMF 94 IMSS.
- ✓ Ambos turnos.
- ✓ Edad 15-19 años.
- ✓ Que acudan a todas las pláticas de la estrategia educativa.
- ✓ Que acepten participar en el estudio bajo consentimiento informado (Anexo 3)
- ✓ Que contesten el instrumento de evaluación pre y post estrategia.

#### **Criterios de no inclusión:**

- Mujeres que no pertenezcan a la UMF 94 del IMSS
- Que no acudan a todas las pláticas de la estrategia educativa
- Que no acepten participar en el estudio.

**Criterio de eliminación:**

- Que no contesten el instrumento de medición tipo cuestionario en cualquiera de sus aplicaciones.
- Mujeres adolescentes que no cumplan con el 80% de asistencia a actividades

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

El inicio del protocolo fue planteando el problema de investigación y culminará con la publicación.

Se realizará cronograma de acuerdo a actividades programadas y realizadas

(Anexo 4)

**DESCRPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

En este estudio se pretende otorgar una estrategia educativa que tenga un impacto positivo sobre el conocimiento de riesgo reproductivo en mujeres adolescentes y con ello mejorar la calidad de vida de las adolescentes. Esta estrategia en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS, durante los meses de Julio y Agosto del 2019 Para la obtención de los participantes, una vez aprobado el proyecto de investigación, el investigador responsable, procederá a informar y solicitar el apoyo de las autoridades correspondientes de la unidad para llevar a cabo la estrategia educativa sobre riesgo reproductivo en mujeres adolescentes de la unidad UMF 94 que acudan a todas sus pláticas de trabajo social, del grupo de Juvenimss con previo consentimiento informado (Anexo 3).se revisaran las agendas para contactar a las participantes adolescentes y se les informará sobre el objetivo de dicho estudio, se les propondrá la participación y en caso de aceptar se firmara el respectivo consentimiento informado, todos los datos serán resguardados y se utilizarán en ese estudio únicamente con fines estadísticos, esto sin condicionar la atención recibida en el instituto. En todo momento se podrá solicitar la información que se requiera y se aplicara el Cuestionario expofeso denominado "Impacto de una estrategia educativa en el nivel de conocimientos del

riesgo reproductivo en mujeres adolescentes”, posteriormente se aplicara la estrategia educativa la cual se llevara a cabo en cinco sesiones, que se impartirán en sesión modular, una vez por semana para ambos turnos, una vez terminada la estrategia educativa nuevamente se aplicara el instrumento de medición para medir el impacto del nivel de conocimientos post estrategia educativa.

Al término del período de aplicación de dichos cuestionarios, se recolectara la información por parte del médico residente, este llevara a cabo el registro de los datos en formato de Microsoft Word o Excel, se analizaran los mismos y se concluirá con dicha parte

### **DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO.**

Una vez integrado el grupo de estudio se aplicara un instrumento de medición basado en el cuestionario ex profeso sobre riesgo reproductivo, el cual nos permitirá conocer el grado de conocimiento que presenta el grupo de estudio.

Independientemente del resultado obtenido por los participantes se impartirá la estrategia educativa dividida en 5 sesiones de una hora cada una de las cuales se llevaran a cabo de manera mensual. Cada sesión está integrada por un objetivo específico técnica didáctica, las cuales se desarrollaran en dicho periodo asi como la participante en su domicilio de forma habitual para que de esta manera se fomente la incorporación de estrategias aprendidas. (Anexo 2)

En la primera sesión se fijara el encuadre de la intervención educativa concepto de salud sexual y riesgo reproductivo. En la segunda sesión se identificaran los factores de riesgo reproductivo y su clasificación. En la tercera sesión se llevara a cabo un análisis sobre los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, a través de técnicas didácticas de lluvia de ideas. En la cuarta sesión se llevarán exposiciones sobre embarazo en la adolescencia y métodos de planificación familiar. Al término de las 5 sesiones se aplicara el instrumento post estrategia el cual nos permitirá conocer el grado de conocimiento que presenta el grupo de estudio al término de la intervención educativa. (Anexo 2)

## DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Los datos obtenidos serán vertidos en un formato ex profeso para el instrumento y los siguientes datos:

-Demográficos: edad, ocupación, estado civil, escolaridad. (Anexo 1)

Se realizó a través de la consulta a conjunto de expertos, sustentada en sus conocimientos, investigaciones y experiencia profesional.

De acuerdo a la siguiente secuencia:

1. Contacto con los expertos y se les solicito su participación en el proceso de evaluación.
2. Envío del instrumento de evaluación de pacientes adolescentes con la solicitud sobre su opinión acerca de la propuesta para este trabajo de investigación.
3. Análisis de las respuestas con identificación de las áreas en que estuvieron de acuerdo y en las que diferían, a cerca de la propuesta para este trabajo.
4. Envío del análisis resumido de todas las respuestas de las pacientes adolescentes
5. Repetición del proceso hasta el logro de la estabilización de las respuestas.

Como cumplimiento al objetivo y plan específico del actual trabajo, la totalidad de los expertos coincidió en que las propuestas son necesarias y completas, considerando el instrumento de evaluación como suficiente y actual.

Se basó en los siguientes aspectos imprescindibles para toda propuesta:

**NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.**

Manejo de anticonceptivos temporales y hormonales, en mujeres en edad reproductiva en el primer y segundo nivel de atención. Catalogo maestro de guías de práctica clínica. Instituto Mexicano Del Seguro Social. 202-09

Construcción de observaciones: Inicialmente el instrumento consto de 30 observaciones, con respuestas de opción múltiple, se pidió a la Dra. Esther Azcárate García (profesora titular de la UMF 94).

La validación de las observaciones con base en la, **NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.** Manejo de anticonceptivos temporales y hormonales, en mujeres en edad reproductiva en el primer y segundo nivel de atención. Catalogo maestro de guías de práctica clínica. Instituto Mexicano Del Seguro Social. 202-09, tras una ronda de revisiones el instrumento quedo conformado a manera de permitir la exploración del conocimiento sobre riesgo reproductivo en pacientes adolescentes que acudieron a sus pláticas de trabajo social impartidas en la UMF 94 del IMSS.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se propone la determinación de estadística descriptiva y porcentajes para todas las variables universales, se propone la representación de la información a través de cuadro y figuras.

Se utilizará estadística descriptiva para analizar las variables descriptoras con ayuda del programa Excel de Microsoft; las variables que se asociarán son de tipo cuantitativo, la prueba no paramétrica a utilizar es la W de Wilcoxon, de comparación de 2 muestras relacionadas, que no necesitan una distribución específica. Se utiliza para comparar 2 mediciones de rango y determinar que las diferencias no se deban al azar (estadísticamente significativa).

## **DIFUSIÓN DEL ESTUDIO**

Este protocolo de estudio se proyectará como sesión médica de la unidad y se publicará en una revista indexada.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

### **Riesgo de investigación**

El presente trabajo está considerado de bajo riesgo para los participantes, debido a que es un estudio cuasi experimental ya que se basa en la aplicación de estrategia educativa y cuestionarios. Tiene base ética en los lineamientos internacionales de la declaración de Helsinki de 1964, y en los principios estipulados en el código de Núremberg de 1947, que determinan que la experimentación médica sea permisible en seres humanos con base en el consentimiento informado voluntario del sujeto humano con absoluta comprensión de los riesgos y beneficios implícitos. Y bajo los lineamientos nacionales de la supervisión de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS)

### **Contribuciones y beneficios**

El beneficio del estudio es educar a las mujeres adolescentes, se presentara beneficios sobre el conocimiento del riesgo reproductivo y métodos de planificación familiar en adolescentes del primer nivel de atención de esta institución contribuyendo a la disminución de recursos invertidos en embarazos de alto riesgo y sus complicaciones a largo plazo.

### **Confidencialidad**

La información obtenida se maneja con estricta confidencialidad y para asegurar esto los investigadores del estudio se referirán a cada paciente de forma anónima, es decir, se establecerá un código para identificar a las pacientes.

## **Condiciones para el consentimiento informado**

Una vez leído el consentimiento informado y aclarando toda duda que este mismo genere se procederá a la firma validando el que el paciente acepte se le otorgue la estrategia educativa. Los términos para la participación se explicaran en lenguaje coloquial en el consentimiento informado (Anexo 5), lo cual realizará el investigador quien explicará este documento hasta cerciorarse que el paciente y los testigos han entendido claramente lo que se les ha explicado. La adolescente será invitada a participar en el estudio y deberá entender que puede acceder o no, asimismo que puede seguir o salir del estudio en el momento que ella lo ese con la seguridad de que no tendrá repercusión alguna.

## **Forma de la selección de los participantes.**

Basados en los criterios de Inclusión, exclusión y eliminación previamente establecidos en las salas de espera de la UMF No. 94 del IMSS las mujeres adolescentes quienes cumplan con dichos criterios tendrán las mismas posibilidades de entrar en el estudio ya que se hará una selección aleatoria en el cual el investigador no podrá manipular los resultados de la aleatorización.

## **Balance riesgo beneficio**

El estudio no representa ningún riesgo para los investigadores y pacientes. No se manejaran materiales biológicos ni punzo cortantes. Todo el estudio es mediante unas encuestas. Por otra parte pueden tener el beneficio de identificar el grado de conocimiento de riesgo reproductivo y prevenir complicaciones.

## **CALIFICACION DEL RIESGO**

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud, el artículo 17, considera esta investigación dentro de la categoría II. Como investigación con riesgo mínimo.

## **RECURSOS**

1. Humanos: Investigadores involucrados, participantes mujeres adolescentes
2. Físicos: Instalaciones de la UMF 94 IMSS.
3. Materiales: Fotocopias, plumas, lápices, plumas y hojas blancas.
4. Tecnológicos: Equipo de cómputo.
5. Financieros: Aportados por el investigador.

## RESULTADOS

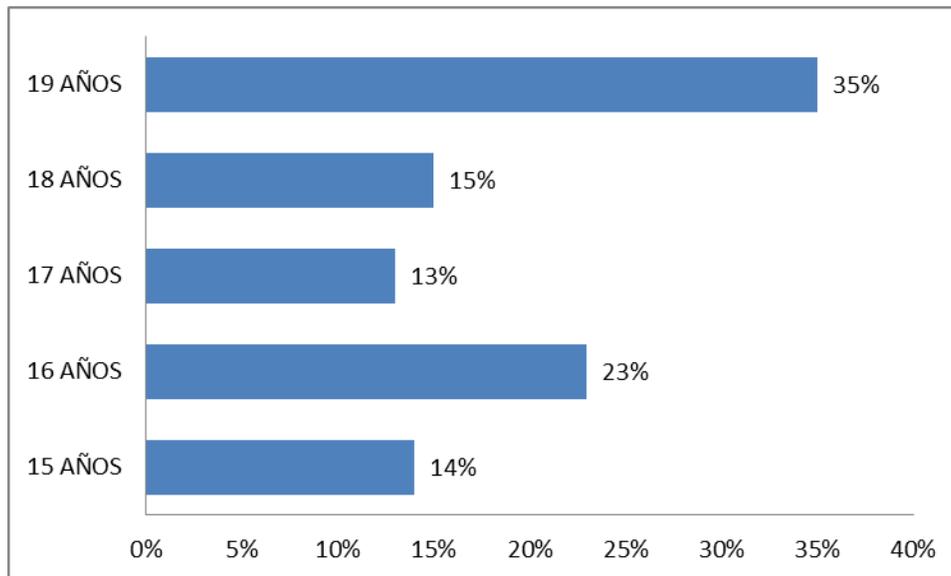
De un total de 60 pacientes mujeres adolescentes participantes, el 35% tuvo 19 años, seguidos por 15% de 18 años, 13% para 17 años, 23% para 16 años y 14% para 15 años. Tabla 1 y gráfica 1

Tabla 1. Frecuencia de edad de mujeres adolescentes

EDAD	N	%
15 AÑOS	8	14%
16 AÑOS	14	23%
17 AÑOS	8	13%
18 AÑOS	9	15%
19 AÑOS	21	35%
TOTAL	60	100%

Fuente: encuesta de datos sociodemográficos a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, 2018

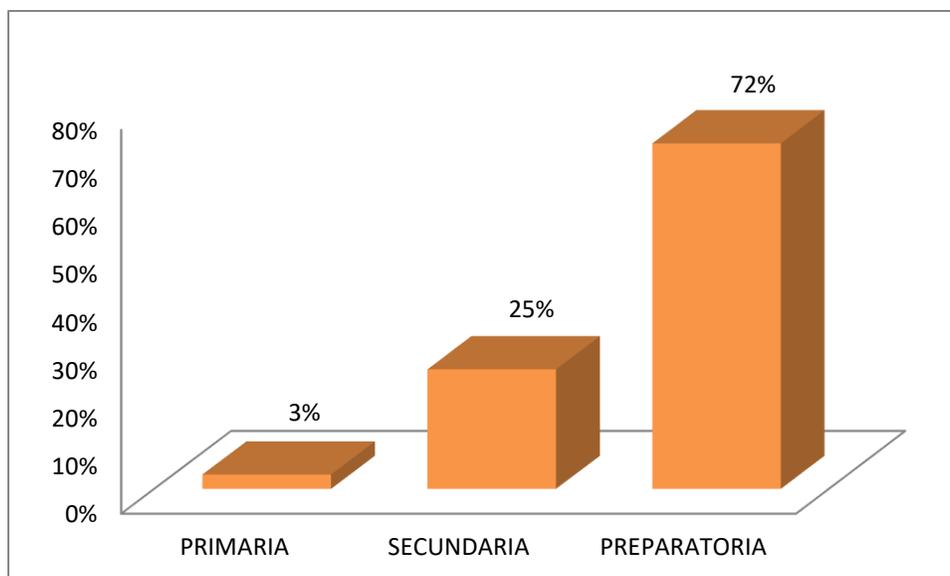
Gráfica 1. Porcentaje de rangos de edad de mujeres adolescentes



Fuente: encuesta de datos sociodemográficos a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, 2018

En cuanto a la escolaridad, el 72% terminaron sus estudios hasta el bachillerato, el 25% terminaron la secundaria y solo el 3% estudiaron hasta la primaria. Grafica 2

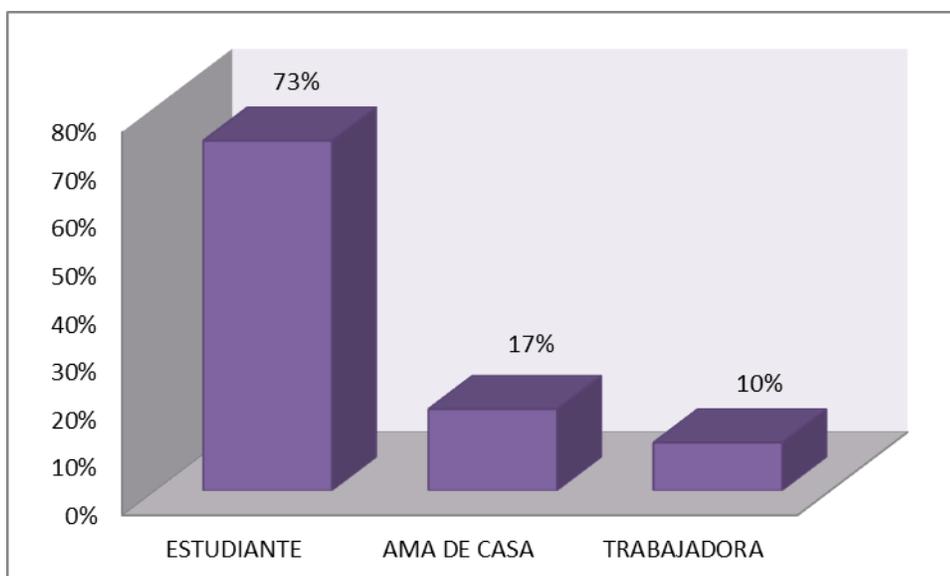
Gráfica 2. Porcentaje grado de escolaridad en mujeres adolescentes



Fuente: encuesta de datos sociodemográficos a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, 2018

Con respecto a la ocupación, el 73% son estudiantes, el 17% amas de casa y 10% trabajadoras. Gráfica 3.

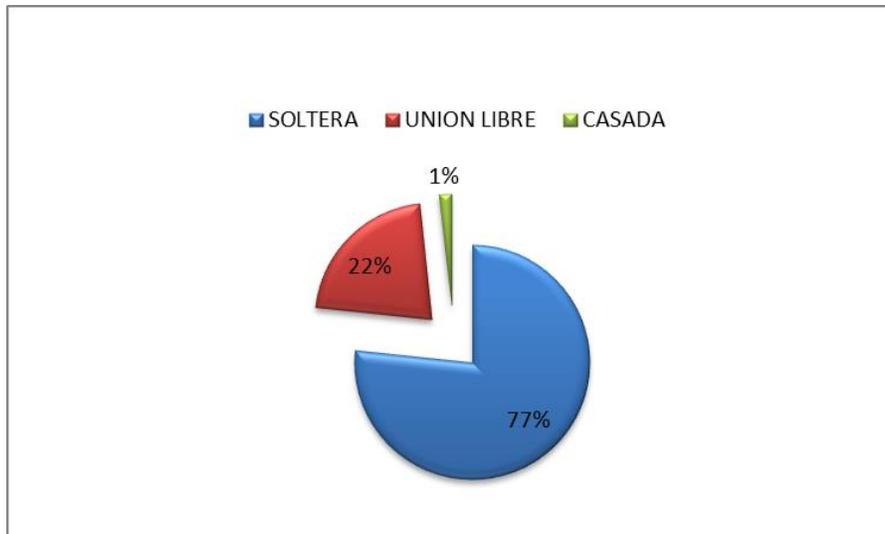
Gráfica 3. Porcentaje de ocupación en mujeres adolescentes



Fuente: encuesta de datos sociodemográficos a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, 2018

De acuerdo a él estado civil 77% eran salteras, 22% vivían en unión libre y el 1% eran casadas. Grafica 4.

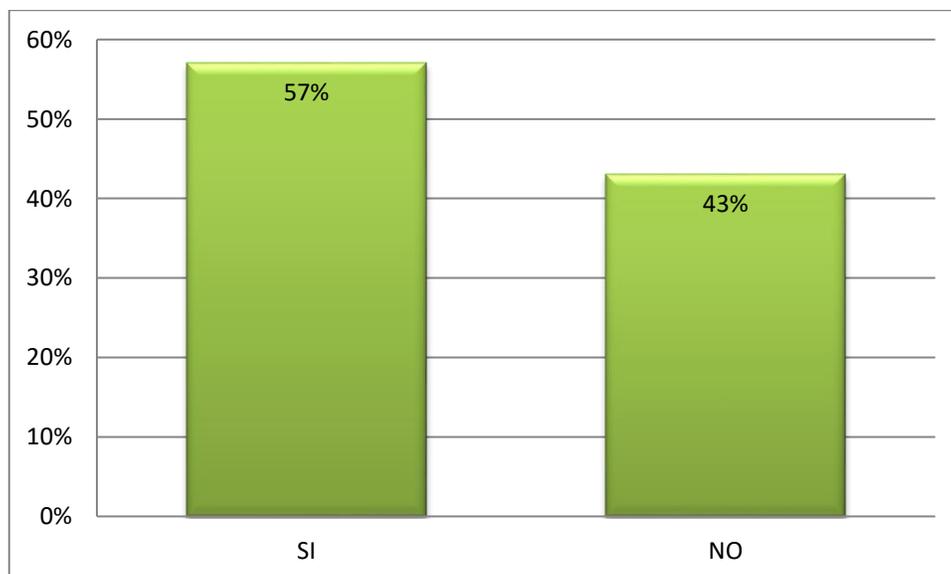
Grafica 4. Porcentaje de estado civil de mujeres adolescentes



Fuente: encuesta de datos sociodemográficos a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, 2018

Del total de pacientes adolescentes encuestadas, el 57% de ellas iniciaron vida sexual activa y el 43% aun no iniciaba vida sexual activa. Gráfica 5. Con diferentes rangos de edad, para el inicio de vida sexual activa. Tabla 2. Grafica 6.

Grafica 5. Porcentaje de adolescentes que iniciaron vida sexual activa



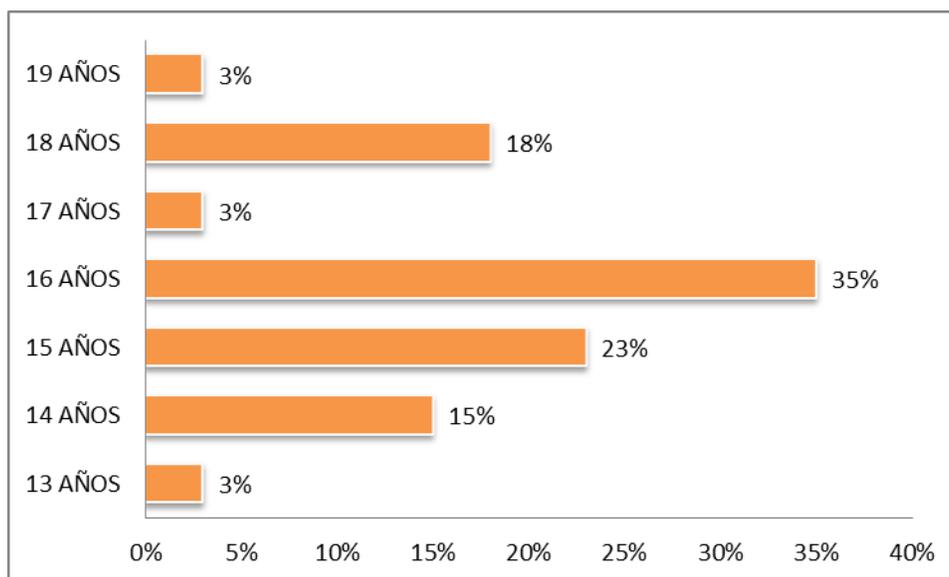
Fuente: encuesta de datos sociodemográficos a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, 2018

Tabla 2. Porcentaje de edades de inicio de vida sexual activa

EDAD INICIO VIDA SEXUAL ACTIVA	N	%
13 AÑOS	1	3%
14 AÑOS	5	15%
15 AÑOS	8	23%
16 AÑOS	12	35%
17 AÑOS	1	3%
18 AÑOS	6	18%
19 AÑOS	1	3%
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

Fuente: encuesta de datos sociodemográficos a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, 2018

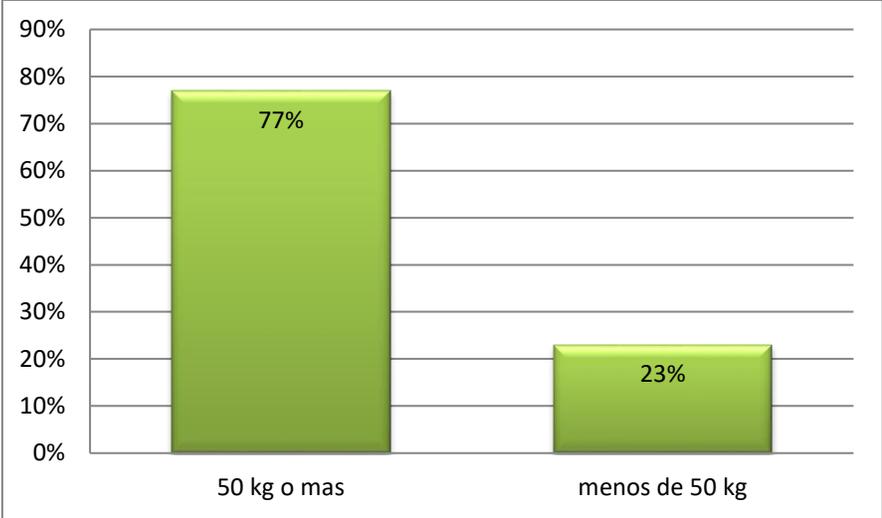
Grafica 6. Edades de inicio de vida sexual activa



Fuente: encuesta de datos sociodemográficos a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, 2018.

Del total de pacientes adolescentes, un 77% cuenta con un peso de 50 kg o más y un 23% cuenta con peso menor de 50 kg. Grafica 7.

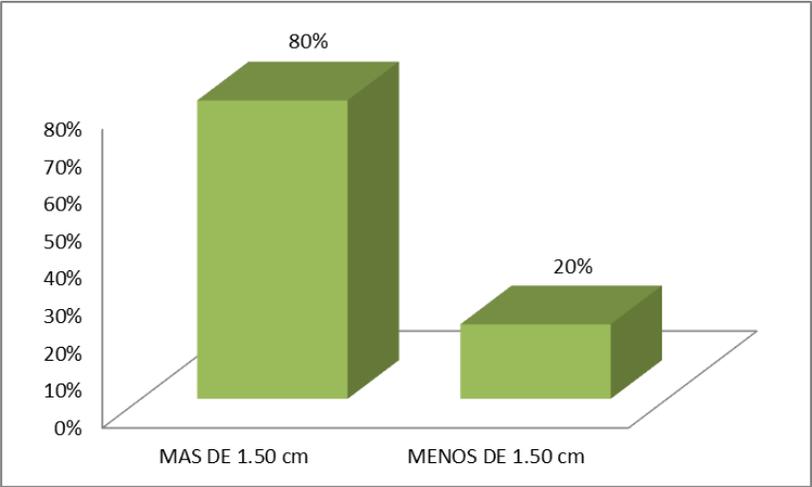
Grafica 7. Porcentaje de pacientes de acuerdo a su peso habitual



Fuente: encuesta de datos sociodemográficos a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, 2018.

Con respecto a la talla en centímetros de las pacientes adolescentes es de, 80% de más de 1.50cm, y de 20% de menos de 1.50 cm. Gráfica 8.

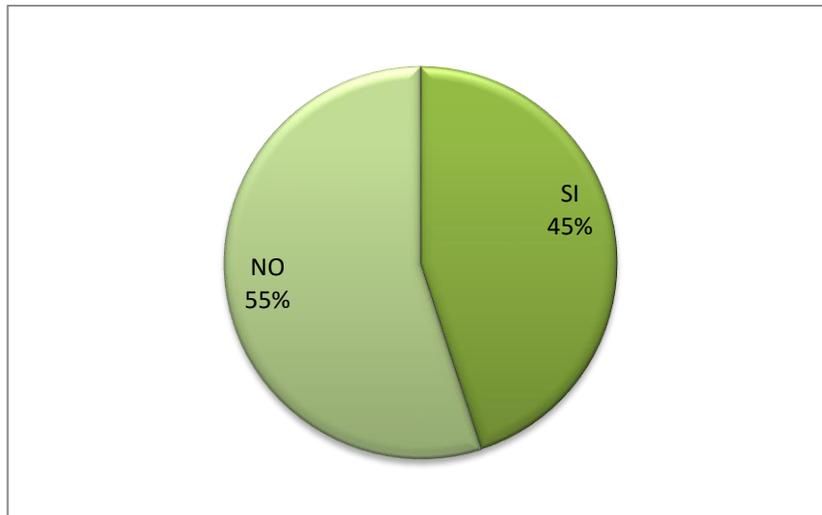
Grafica 8. Porcentaje de pacientes de acuerdo a su talla



Fuente: encuesta de datos sociodemográficos a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, 2018.

En base al consumo de sustancias toxicas, con respecto al tabaquismo las pacientes adolescentes afirmaron su consumo en un 45% y un 55% negaron el consumo de tabaco. Grafica 9.

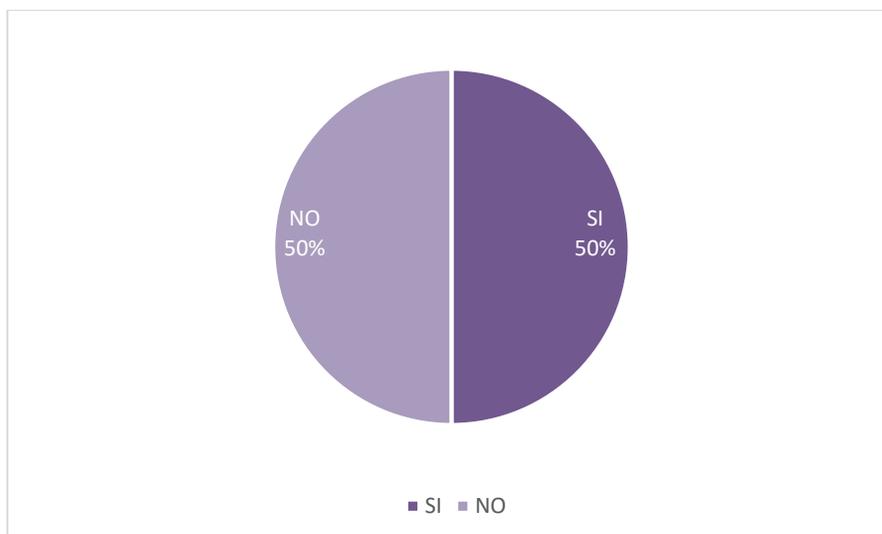
Grafica 9. Porcentaje de consumo del hábito tabaquico



Fuente: encuesta de datos sociodemográficos a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, 2018.

En base al consumo de sustancias toxicas, con respecto al alcoholismo, las pacientes adolescentes afirmaron su consumo en un 50% y un 50% negaron el consumo de alcohol. Grafica 10.

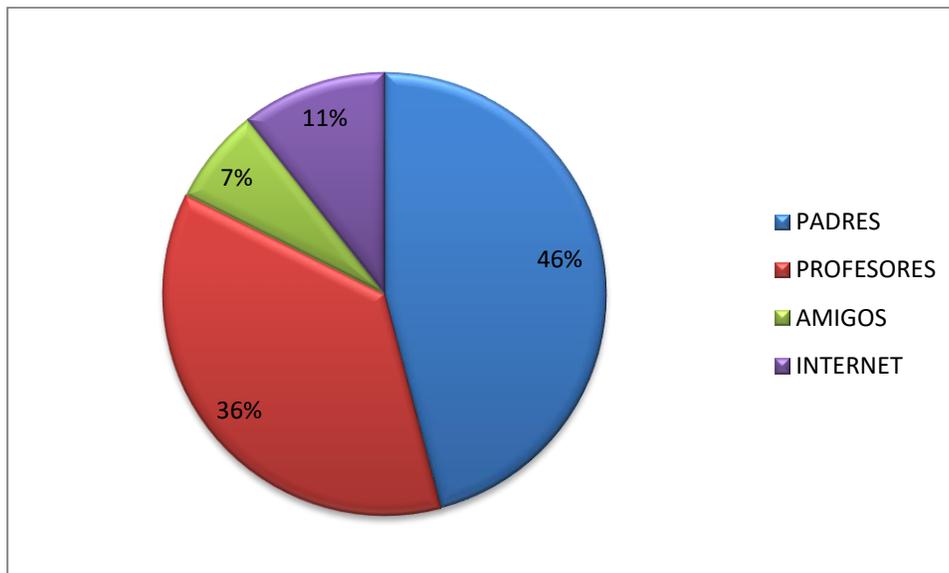
Gráfica 10. Porcentaje de consumo de alcoholismo en pacientes adolescentes.



Fuente: encuesta de datos sociodemográficos a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, 2018.

Del total de pacientes adolescentes, la información sobre educación sexual la obtienen de 46% de sus padres, el 36% de los profesores, 11% de internet, y el 7% de amigos.  
Grafica 11.

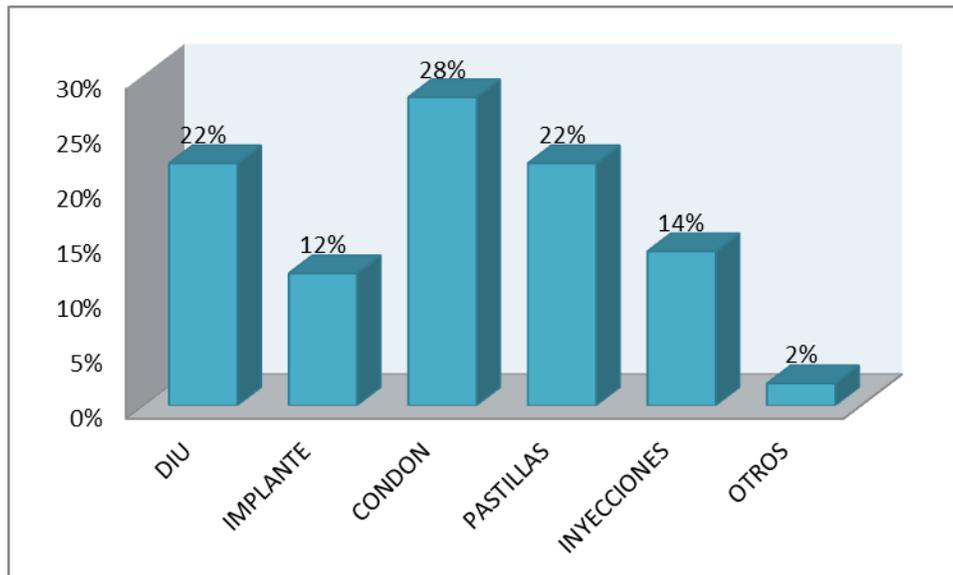
Gráfica 11. Porcentaje de fuentes sobre educación sexual



Fuente: encuesta de datos sociodemográficos a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, 2018.

Acorde a las adolescentes sobre el conocimiento de los métodos de planificación familiar, del más referido en un 28% condón, seguido por un 22% DIU, un 22% pastillas, un 14% inyecciones y 12% para implante. Dentro de los métodos catalogados como otros entran los parches y el mirena referidos por las pacientes en un 2%. Grafica 13.

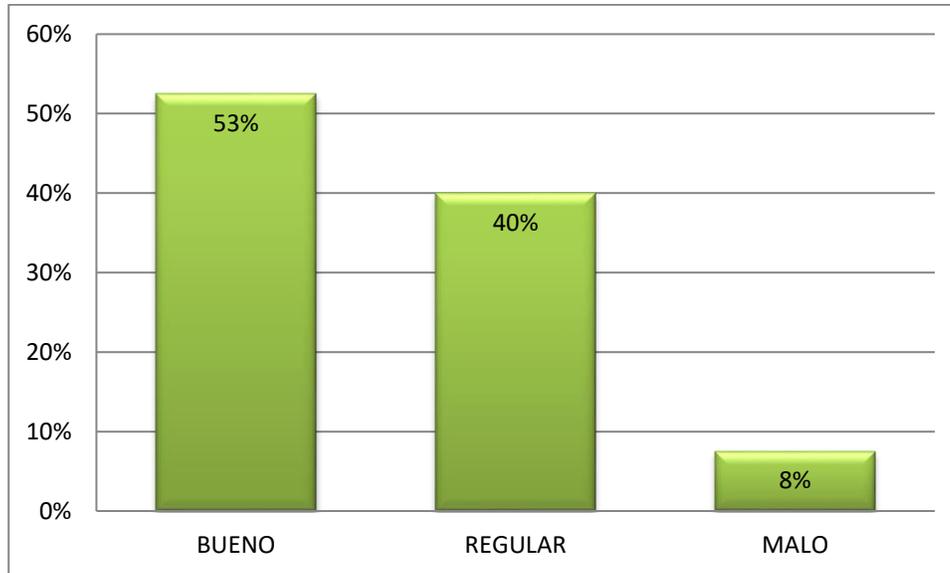
Grafica 13. Porcentaje de MPF referidos por las adolescentes



Fuente: encuesta de datos sociodemográficos a mujeres adolescentes de la UMF No. 94 del IMSS, 2018.

## EVALUACION PRE APLICACIÓN DE ESTRATEGIA EDUCATIVA EN CUESTIONARIO EXPROFESO (TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO)

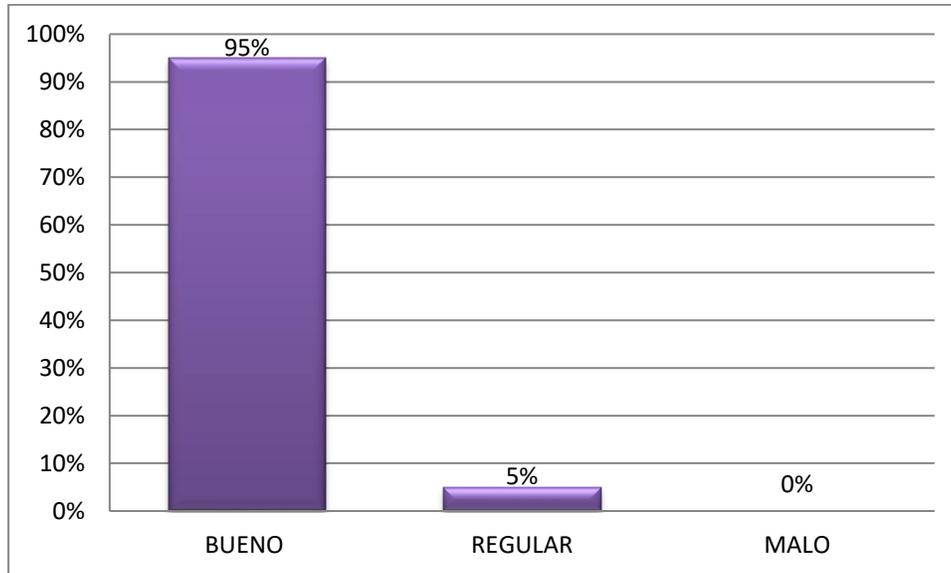
Gráfica 14. Porcentaje de nivel de conocimiento sobre riesgo reproductivo PRE estrategia



Descripción: podemos observar que previo a la aplicación de la estrategia educativa, de un total de 60 pacientes. La mayoría que abarca 53% de pacientes tienen un nivel de conocimiento bueno sobre el riesgo reproductivo, el 40% tienen un nivel de conocimiento regular sobre el riesgo reproductivo preconcepcional. Mientras que el 8% tiene un mal nivel de conocimiento.

**EVALUACION POST APLICACIÓN DE ESTRATEGIA EDUCATIVA EN CUESTIONARIO EXPROFESO  
(TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO)**

Gráfica 15. Porcentaje de nivel de conocimiento sobre riesgo reproductivo POST estrategia



Descripción: podemos observar que posterior a la aplicación de la estrategia educativa, de un total de 60 pacientes adolescentes. La mayoría 95% de pacientes tienen un nivel de conocimiento bueno sobre el riesgo reproductivo y solo 5% tienen un nivel de conocimiento regular sobre el riesgo reproductivo preconcepcional. Mientras que el 0% tiene un mal nivel de conocimiento.

## ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos de la muestra poblacional seleccionada para participar en este protocolo de estudio se puede observar que la población muestra las siguientes tendencias.

Del total de 60 pacientes adolescentes, sujetos de estudio, a quienes se les aplicó la evaluación de conocimientos pre intervención educativa. Se encuentra compuesta en su mayor parte por adolescentes del género femenino, de las cuales dicha población corresponde al 35% de la muestra seleccionada y que tiene correlación con el grupo de participación que tuvo mayor número de integrantes de 19 años de edad. Seguido de un 23% para el grupo de edad de 16 años, el 15% tenía 18 años, 14% y 13% para 15 y 17 años respectivamente.

En cuanto a la escolaridad de las pacientes, el 25% terminó la secundaria, y más del 72% terminó sus estudios hasta el bachillerato, llama la atención que no se encontraron pacientes analfabetas, pero si hubo un 3% que solo concluyeron las primarias.

El 73% de las pacientes aún continuaban estudiando, 17% eran amas de casa, y menos del 10% eran trabajadoras; con respecto al estado civil 77% eran solteras, 22% vivían en unión libre, y menos del 1% eran casadas; esto se ve asociado con el nivel de adaptación de las adolescentes en la actualidad.

Por lo que posterior al análisis y la comparación de los hallazgos de esta estrategia educativa, se logra medir el grado y el efecto del conocimiento. Dentro de las cuales es posible evidenciar la deficiencia en conocimientos sobre los anticonceptivos, en especial que método de planificación familiar es el que protege contra enfermedades de transmisión sexual y cuál es el método de barrera más usado, sobre educación sexual, que es riesgo reproductivo preconcepcional y cuál es el fin de la consulta preconcepcional, así como el conocimiento sobre donde se encuentra ubicado o si existe el módulo de juvenimss y de planificación familiar.

En cuanto a los factores de riesgo presentes en las adolescentes identificados en este protocolo, se observó que la mayoría de las pacientes adolescentes tienen hábito tabáquico en un rango de 1 a 3 cigarrillos diarios y la mitad de las pacientes de la muestra total de 60 pacientes han iniciado ya el consumo de alcohol. Nos permite situar el inicio de factores de riesgo a edades muy tempranas en dichas pacientes, lo que llevaría a una serie de complicaciones o enfermedades asociadas.

Muchas adolescentes se ven sometidas a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que demuestra este estudio en donde se observó que un 57% de pacientes adolescentes ya habían iniciado vida sexual activa y que la edad de inicio más notoria en el estudio fue a los 16 años de edad con un 35%, seguido a los 15 años de edad con un 23%, lo que representa para ellas un elevado riesgo de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

En relación al momento de iniciada la investigación, obteniendo una  $p: 0.000$  por prueba de Wilcoxon, por lo cual se aprueba la hipótesis de trabajo, la cual refiere un mayor grado de conocimientos post intervención. Del total de 60 pacientes adolescentes, sujetos de estudio, a quienes se les aplicó la evaluación de conocimientos pre intervención educativa, se obtuvo que el 52.5% de las pacientes embarazadas tuvieron un grado de conocimiento catalogado como bueno, 40.0% un grado de conocimiento regular y el 7.5% un grado de conocimiento malo.

Posterior a la estrategia educativa, encontramos que el 95% de las pacientes adolescentes tuvieron un grado de conocimiento catalogado como bueno, 5% un grado de conocimiento regular y el 0% un grado de conocimiento malo.

El control sobre el riesgo reproductivo representa una estrategia básica en el primer nivel de atención, que permite identificar factores de riesgo y alteraciones fisiológicas en toda paciente adolescente. La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la adolescente pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, y control de dichas adolescentes.

Las estrategias educativas dirigidas a las pacientes adolescentes, permiten promover la identificación temprana de factores de riesgo que alerten sobre las posibles complicaciones o riesgos durante el embarazo en adolescentes de esta manera la intervención participativa tendrá un impacto superior comparada con la pasiva, como lo señalan los resultados del presente estudio.

En la literatura médica no se reportan numerosos estudios relacionados con la aplicación de estrategias educativas dirigidas a las pacientes adolescentes, sin embargo, los estudios realizados a nivel mundial han originado en todos los casos evidentes resultados benéficos. En nuestro estudio fue evidente, ya que pre estrategia educativa el porcentaje de conocimiento a pesar de situarse en su mayoría dentro del rango regular, fue incrementando post intervención.

En lo que respecta a los factores que influyen en el nivel de conocimiento, en nuestro estudio se comprueba de manera observacional y descriptiva, lo descrito en la literatura médica y pedagógica, en donde se hace mención que la edad y el nivel de escolaridad influyen en el grado de conocimiento alcanzado, así como en la destreza para la resolución en la aplicación pre y post intervención educativa.

Muchos de las adolescentes también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros de la pacientes.

Las adolescentes no son plenamente capaces de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo decisiones referidas a su comportamiento sexual. Esta

incapacidad puede hacerlo particularmente vulnerable a la asunción de conductas de alto riesgo.

Por lo que se requiere mantener la implementación de estrategias educativas sobre riesgo reproductivo destinado a la población en edad fértil, y predominantemente en las mujeres adolescentes, sobre la identificación temprana de factores de riesgo que alerten sobre las posibles complicaciones o riesgos durante el embarazo, facilitando a la adolescente la asistencia a la consulta y pláticas en juvenimss, que permita la detección y diagnóstico temprano de pacientes con alto riesgo reproductivo, esto con la intención de identificar de manera oportuna cualquier alteración que ponga en riesgo la vida o función de la adolescente, para así realizar su referencia oportuna a niveles superiores o de alta especialización. Así como mantener una adecuada calidad de vida y de forma indirecta reducir los costos socioeconómicos para las instituciones y el país.

## **CONCLUSIONES**

- Las pacientes adolescentes presentan un alto riesgo reproductivo, que está relacionada con la edad de la paciente, siendo esta de mayor predominio en los grupo de 15 a 19 años de edad.
- El impacto que tuvo la estrategia educativa en la población estudiada resultó benéfica, puesto que permitió la adquisición de conocimientos sobre los factores de riesgo en aquellas pacientes que ignoraban el alto riesgo de un embarazo adolescente.
- El grupo de población en el que se implementó la estrategia, nos permite proponer que a medida que se lleven a cabo medidas de prevención para prolongar el estilo de vida saludable y la calidad de vida de la paciente será mayor
- La creación de programas educativos para la promoción a la salud requiere de estudio de los factores que se impactan de forma negativa en las poblaciones y que en este caso producen costos en la atención, la rehabilitación y las secuelas.

## **SEGUERENCIAS**

Como primer nivel de atención, los médicos familiares tenemos la facultad de poder detectar y prevenir patologías que actualmente generan costos y desgaste a nivel familiar, social. Por lo que conocer los instrumentos que nos permiten detectar algún factor de riesgo en poblaciones vulnerables nos permitirá referirlos a los programas e instituciones pertinentes para así evitar las secuelas.

En México, las defunciones de adolescentes asociadas a un riesgo reproductivo alto se encuentran entre las causas principales de muerte, es un problema de salud pública, que afecta negativamente la salud de las adolescentes, así como un problema educativo y económico, que provoca deserción escolar o bajo rendimiento, limitando el acceso a oportunidades laborales, condicionando los ingresos futuros, la calidad y el desarrollo de la paciente adolescente.

El personal de salud debe estar consciente de que el riesgo reproductivo en las adolescentes es una realidad, y se deben de conocer ampliamente los factores de riesgo biológicos, psicosociales para así disminuir las complicaciones asociadas.

## Bibliografía:

1. Martínez Salgado M., Tapia-McClung R. Variación espacial de la unión conyugal de los jóvenes en México. *Estudios demográficos y urbanos*. 2017; 32 (1):131-161.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía y Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (INEGI-STPS). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2017. Primer trimestre Consulta interactiva de datos. México, INEGI, 2017.
3. NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad
4. MsC. Niolisday Leyva Ramírez, 1 MsC. Mariela Sosa Zamora, 2 Lic. Delia, Guerra Cuba, Dra. Dulce Mojena Orúe y MsC. Nora Gómez Pérez, Modificación de conocimientos sobre salud sexual reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional, *MEDISAN* 2011; 15(3):323
5. Cabrera, Aida Rodríguez; Ramos, Giselda Sanabria; Palú, Maria Elena Contreras, Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios, *Revista Cubana de Salud Pública*, 2013; 39(1):68-73
6. Irma Sarahí Alemán Rivera, Irma Cortés Escárcega, Ricardo Pérez-Cuevas, Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería, *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 2013; 70 (1):10-16
7. Consejo Nacional de Población. Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, México: CONAPO 2014. [monografía en internet]. [consultado octubre 2016]. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Tasa\\_Global\\_de\\_Fecundidad\\_y\\_Tasa\\_de\\_Fecundidad\\_Adolescente\\_2009\\_y\\_2014](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Tasa_Global_de_Fecundidad_y_Tasa_de_Fecundidad_Adolescente_2009_y_2014)
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Natalidad. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años), 1990 a 2015. México: INEGI, 2016. [base de datos en internet]. [consultado 2017 abril 28]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo28&s=est&c=17527>
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez. Nueva York: United Nations Poulation Fund, 2013 [monografía en internet]. [consultado 2017 enero]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESSWOP2013.pdf>
10. Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception* 2010; 82(2):178-182.

11. Rose SB, Cooper AJ, Baker NK, Lawton B. Attitudes toward long-acting reversible contraception among young women seeking abortion. *J. Womens Health* 2011; 20(11):1729-1735.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Adolescents and long-acting reversible contraception: Implants and intrauterine devices. ACOG Committee opinion No. 539. *Obstet Gynecol* 2012; 120(4):983- 988.
13. Valdivia-Ibarra R, Lombana-Ruiz J, Lazcano-Ponce E, Rojas-Martínez R, eds. *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.
14. Bradley SE, Casterline JB. Understanding unmet need: history, theory, and measurement. *Stud Fam Plann* 2014; 45(2):123-150.
15. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development. Cairo, 5–13 September 1994. Nueva York: UN, 1995 [monografía en internet]. [consultado 2017 abril 28]. Disponible en: [http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd\\_eng\\_2.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_eng_2.pdf)
16. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas. OMS; 2017 [página de internet]. [consultado 2017 abril 28]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/sustainabledevelopment-goals/targets/es/>
17. Trends in Contraception Worldwide 2015, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.
18. NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.
19. 21° Encuentro Nacional sobre Desarrollo Regional en México. Mérida, Yucatán noviembre de 2016. AMECIDER – ITM
20. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas Organización Mundial de la Salud Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27 Suiza.
21. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar
22. Lourdes Campero Cuenca, Erika E. Atienzo, Leticia Suárez López, Bernardo Hernández Prado, Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas, *Gaceta Médica de México*. 2013;149:299-307.
23. Aremis Villalobos Hernández, Elsa Vela Arévalo, Necesidades educativas en salud sexual y reproductiva en adolescentes peruanos de nivel secundario, *Revista Cubana de Salud Pública*. 2016;42(3):396-406
24. BibliotecaVirtualCONAMED. [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx)
25. Choque Larrauri, R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. Lima, Perú diciembre 2005. Editorial Decisión Gráfica.

26. Real Academia Española. (2001). Educación. En Diccionario de la lengua española (22ª ed.).
27. Díaz-Barriga, A. F. y Hernández, R. G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. México 2004. McGraw-Hill.
28. Dra. Aida Rodríguez Cabrera, Dra. Giselda Sanabria Ramos, MSc. Maria Elena Contreras Palú, MSc. Belkis Perdomo Cáceres Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios, Revista Cubana de Salud Pública. 2013; 39(1) 161-174
29. Autor [http://www.unfpa.org.mx/ssr\\_adolescentes.php](http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php). Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes, Consejo estatal de población de Morelos, 2016. México. iva en adolescentes y jóvenes
30. Monereo C. Estrategias de enseñanza y aprendizaje. Formación del profesorado y aplicación en la escuela, 1998. 5ta edición Ed. Barcelona.
31. Martínez V.R., Bonachea M.O., ¿estrategias de enseñanza o estrategias de aprendizaje?. Disponible en <Http://biblioteca.idict.villaclara.cu/UserFiles/File/revista%20varela/ru1305.pdf> f. Consultado el 22 de abril del 2017.
32. Díaz Barriga F. Hernández Rojas A. México, McGraw Hill, 1999 Capítulo 5
33. Duran González I. Hernández Rincón M. y Cols. Perfiles Educativos Centro de Estudios sobre la Universidad / UNAM Educación para la salud. una estrategia integradora
34. Ubaldo Pérez S. Modelo Andragógico. Fundamentos. Diálogos y perspectivas del desarrollo curricular. 2009. UVM. Laureate International Universities

## ANEXOS ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO

### Anexo 1 Instrumento de evaluación

#### Cuestionario exprofeso denominado “Impacto de una estrategia educativa en el nivel de conocimientos del riesgo reproductivo en mujeres adolescentes”

El presente cuestionario tiene como objeto conocer el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre riesgo reproductivo. Los datos obtenidos servirán para realizar estadísticas reales sobre el conocimiento de los riesgos, asegurándoles que la misma será confidencial y utilizada solo para el objetivo arriba enunciado. Señale con un tache o circule la respuesta correcta, en caso de no responder una pregunta o señalar más de una respuesta la pregunta será considerada mal contestada. Usted cuenta con 15 minutos para responder este cuestionario a partir de que su coordinador se lo indique.

Fecha:

Nombre:

#### DATOS GENERALES

1. Edad \_\_\_\_\_ años
2. Grado de escolaridad
  - Primaria
  - Secundaria
  - Preparatoria
3. Ocupación
  - Estudiante
  - Ama de casa
  - Trabajadora
4. Estado civil
  - Soltera
  - Unión libre
  - Casada
  - Otras
5. Has iniciado vida sexual activa
  - SI
  - NO
6. Edad de inicio de la vida sexual activa \_\_\_\_\_
7. Cuál es tu peso habitual en kilos
  - 50 kg o más
  - Menos de 50 kg
8. Cuál es tu talla en centímetros
  - Más de 1.50 cm

Menos de 1.50 cm

9. Tabaquismo  
SI NO Cuantos cigarrillos al día \_\_\_\_\_
10. Alcoholismo u otra sustancia que consideres dañina a su salud  
SI NO Especifique \_\_\_\_\_
11. Lugar de procedencia donde nació \_\_\_\_\_
12. ¿Qué conoce sobre el embarazo en adolescentes? (marque con una X)  
a) es un riesgo  
b) es un problema de salud  
c) es un proceso normal durante la etapa de la adolescencia
13. Señale con una línea lo que usted considere una definición de educación sexual  
a) Es un término que se usa para describir la educación acerca de la sexualidad humana  
b) Comprende todas las acciones, directas e indirectas, deliberadas o no, conscientes o no, ejercida sobre un individuo a lo largo de su desarrollo, que le permite situarse en relación a la sexualidad en general y a su vida sexual en particular  
c) A y b son correctas
14. La información de Educación Sexual la obtiene de  
Padres  
Profesores/ras  
Amigos/as  
Internet  
Otros Especifique \_\_\_\_\_
15. ¿Qué son los anticonceptivos?  
a) Son objetos, sustancias o procedimientos que se usan para limitar la capacidad reproductiva de manera permanente  
b) Son toda sustancia, objeto, procedimiento que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente  
c) Son objetos o sustancias que usas para embarazarte
16. Conoces o has escuchado hablar de los métodos anticonceptivos  
SI NO
17. De los siguientes métodos anticonceptivos, cual usted conoce  
DIU  
Implante subdérmico  
Condón  
Pastillas  
Inyecciones  
Otros \_\_\_\_\_
18. ¿Cuál es el método de planificación familiar que te protege de una enfermedad de transmisión sexual?  
DIU  
Implante subdérmico  
Condón

## Pastillas anticonceptivas

19. ¿Cuál es el método de barrera más usado?  
Píldora anticonceptiva  
Implante subdérmico  
Condón  
DIU
20. ¿Sabe usted que es riesgo reproductivo preconcepcional?  
SI NO
21. ¿Conoce usted con qué fin se realiza esta consulta preconcepcional?  
SI NO
22. De las características que le mencionamos a continuación ¿cuáles son las mujeres que usted cree deben acudir a esta consulta?  
Adolescentes con vida sexual activa \_\_\_\_\_  
Mujeres mayores de 60 años casadas \_\_\_\_\_  
Mujeres que no deseen tener hijos \_\_\_\_\_  
Mujeres hipertensas, diabéticas, asmáticas que deseen embarazarse \_\_\_\_\_
23. Conoces el módulo del adolescente o Planificación familiar que está en tu Unidad de Medicina Familiar  
Si No

## **Anexo 2. CARTA DESCRIPTIVA DE LA ESTRUCTURA DEL CURSO**

Nombre del curso	Programa educativo sobre el riesgo reproductivo				
Perfil del participante	Mujeres adolescentes adscritas a la UMF 94				
Objetivo general	Educar, concientizar e instruir a las mujeres adolescentes con relación a la salud sexual y riesgo reproductivo, y el valor de la realización de acciones para prevenir posibles complicaciones en la salud de la adolescente, ocasionado por la falta de conocimiento, y de esta forma contribuir a que la adolescente obtenga una mejor calidad de vida.				
Contenidos temáticos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concepto de salud sexual y salud reproductiva</li> <li>2. Riesgo reproductivo</li> <li>3. Tipos de riesgo reproductivo</li> <li>4. Embarazo en la adolescencia</li> <li>5. Métodos de planificación familiar</li> <li>6. Medidas preventivas</li> <li>7. Promoción a la salud</li> </ol>				
Metodología de trabajo	El presente programa trata de desarrollar mediante el empleo de metodología participativa por medio del uso de técnicas que estimulen la participación activa de los integrantes del grupo para que así los nuevos conocimientos sean fundados a partir de los conocimientos previos y con sus necesidades por lo que será modificada a solicitud de los participantes y de acuerdo al interés manifestado por ellos durante su encuadre.				
Evaluación	Se realizara al inicio y al final del curso con el instrumento elaborado para ello.				
Material de apoyo	Laminas, diapositivas, utensilios, juegos, talleres, experiencia vivencial				
Fuente de información	Revisión sistemática, publicaciones relevantes actuales, Guías institucionales, nacionales e internacionales,				
Duración del curso Un mes	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Numero de sesiones</td> <td style="width: 50%;">Número de participantes</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Cinco</td> <td style="text-align: center;">60</td> </tr> </table>	Numero de sesiones	Número de participantes	Cinco	60
Numero de sesiones	Número de participantes				
Cinco	60				
Sede	Aula ubicada en el segundo piso de la Unidad de medicina familiar No.94.				
Calendario propuesto para el curso	Junio-Agosto del 2018 en ambos turnos				
Instructor propuesto para el curso	García Zarate Elvia Viridiana Residente de segundo grado Medicina Familiar				
Coordinadores	García Zarate Elvia Viridiana				
Fecha de elaboración	México DF a 30 de Agosto del 2018				
Elaboro	García Zarate Elvia Viridiana Residente de segundo grado Medicina Familiar				

## OBJETIVO GENERAL

Educar, concientizar e instruir a las mujeres adolescentes con respecto a la salud sexual y riesgo reproductivo, y la importancia de la realización de acciones para prevenir posibles complicaciones durante esta etapa de la vida, ocasionado por la falta de conocimiento o un control deficiente, y de esta forma contribuir a que la adolescente obtengan una mejor calidad de vida.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el término de salud sexual y riesgo reproductivo, identificando su importancia.
2. Reconocer la importancia de la valoración del riesgo reproductivo
3. Identificar los factores de riesgo y emita acciones para prevenir o limitar las posibles complicaciones.
4. Conocer e identificar y elegir un método de planificación familiar.
5. Identificar cuáles son los elementos involucrados en garantizar el adecuado control, vigilancia y seguimiento de su salud sexual.
6. Identificar los riesgos que genera para ella y para el producto en un embarazo adolescente
7. Conocer los factores de riesgo reproductivo que predisponen al desarrollo de complicaciones durante su salud sexual.
8. Promover el interés en actividades culturales
9. Conocerá las opciones que tiene para ser incluido en programas sociales

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES ADOLESCENTES**

Lugar: Aulas de la UMF 94.

Horario: 13 a 14 h.

<b>SESIÓN TIEMPO</b>	<b>CONTENIDO TEMÁTICO</b>	<b>PROPÓSITO Que las paciente embarazada</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>MATERIAL DIDÁCTICO</b>
<p>Sesión 1 Encuadre</p> <p>Primera evaluación</p> <p>Conceptos, epidemiología, historia clínica, factores de riesgo, riesgo obstétrico</p> <p>Tiempo: 1 hora</p> <p>Lugar: aulas de la UMF 94</p>	<p>-ENCUADRE</p> <p>-CONCEPTO DE SALUD SEXUAL Y RIESGO REPRODUCTIVO</p> <p>-EPIDEMIOLOGIA Evolución epidemiológica de la salud sexual en adolescentes en México</p>	<p>-Identifique el médico responsable de impartir el programa educativo</p> <p>-Identifique los propósitos del programa educativo y sus contenidos</p> <p>-Conozca los conceptos, la situación epidemiológica actual,</p>	<p>Me llamo...</p> <p>Exposición con preguntas</p>	<p>-Carta descriptiva</p> <p>-Diapositivas</p> <p>-Cuestionario pre-evaluación (expreso sobre riesgo reproductivo)</p> <p>-Mapas mentales</p>
<p>Sesión 2</p> <p>Tiempo: 1 hora</p> <p>Lugar: aulas de la UMF 94</p>	<p>-ADOLESCENCIA Definición de acuerdo a NOM y la OMS</p> <p>- FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO Riesgo preconcepcional Riesgo obstétrico riesgo perinatal</p> <p>-CLASIFICACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO Bajo Medio Alto</p>	<p>-Reconozca ampliamente cada uno de los riesgo observados en el curso</p> <p>-Sintetice las características, causas y factores que implica el riesgo analizado</p>	<p>Taller</p>	<p>-Diapositivas</p> <p>-Pizarrón</p> <p>-Hojas blancas</p>
<p>Sesión 3</p> <p>Tiempo: 1 hora</p> <p>Lugar: aulas de la UMF 94</p>	<p>-SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</p> <p>-DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LOS ADOLESCENTES</p>	<p>-Conozca el concepto de educación sexual como concepto integral.</p> <p>-Reconocer alguno de los derechos sexuales de los adolescentes, para así realizar acciones que le permitan situarse en relación a la sexualidad en general y a su vida sexual en particular.</p>	<p>Lluvia de ideas</p>	<p>-Diapositivas</p> <p>-Pizarrón</p> <p>-Hojas blancas</p>
<p>Sesión 4</p> <p>Tiempo: 1 hora</p> <p>Lugar: aulas de la UMF 94</p>	<p>-EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA</p> <p>-METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Planificación familiar</p>	<p>-Identifique y elija un método de planificación familiar</p> <p>-Realice una reflexión crítica de casos de embarazo en adolescentes que conozcan</p>	<p>Exposición con preguntas</p>	<p>-Diapositivas</p> <p>-Pizarrón</p> <p>-Hojas blancas</p>

		-Se advierta de las posibles complicaciones durante el embarazo de alto riesgo, su repercusión en su salud		
<p>Sesión 5</p> <p>Segunda evaluación</p> <p>Cierre del programa</p> <p>Tiempo: 1 hora</p> <p>Lugar: aulas de la UMF 94</p>	<p>- MEDIDAS PREVENTIVAS</p> <p>Esquema de vacunación</p> <p>Promoción a la salud</p>	<p>-Identifique las vacunas que deben ser administradas a su edad</p> <p>-Reconozca la importancia de la educación, información y comunicación a la pareja y familia</p>	<p>Discusión</p>	<p>-Diapositivas</p> <p>-Evaluación posestrategia</p> <p>-Hojas blancas</p>

### **ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**(ADULTOS)**

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

<b>Nombre del estudio:</b>	<b>Impacto de una estrategia educativa en el nivel de conocimientos del riesgo reproductivo en mujeres adolescentes</b>
<b>Patrocinador externo (si aplica):</b>	
<b>Lugar y fecha:</b>	<b>UMF 94 MEXICO D.F. Septiembre 2018.</b>
<b>Número de registro:</b>	
<b>Justificación y objetivo del estudio:</b>	<p>Los problemas en la salud reproductiva de los adolescentes, relacionados con la falta de prevención por patrones erróneos de comportamiento, especialmente en Latinoamérica. Los adolescentes, por sus características tanto biológica, psicológica y social, son mayormente susceptibles a riesgos para su salud reproductiva. Se considera aunque estén en acercamiento con los servicios de salud y hayan recibido orientación, los ámbitos donde se desarrollan ocasionan que la información recibida sea modificada o distorsionada.</p> <p>Las necesidades percibidas por los adolescentes están relacionadas con el hecho de que la educación sexual impartida es escasa en información y forma inadecuada de transmitirla. Este grupo de edad señala que una educación personalizada y continua y el uso de tecnologías educativas, forman parte de sus intereses de aprendizaje en salud sexual y reproductiva. Por ello se debe analizar los comportamientos, conocimientos y creencias en salud sexual y reproductiva de las adolescentes. Poniendo mayor énfasis en el campo sobre los métodos de planificación familiar, en la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual, y en las creencias en torno a la vida sexual que los expone a riesgos.</p> <p>Evaluar el grado de conocimiento posterior a estrategia educativa sobre salud sexual y riesgo reproductivo en adolescentes de la UMF 94 del IMSS.</p>
<b>Procedimientos:</b>	<p>Recabar la información, mediante un test, de paciente adolescentes de 15 a 19 años, adscritas a la UMF 94.</p>
<b>Posibles riesgos y molestias:</b>	<p>Tiempo invertido para contestar los cuestionarios.</p>
<b>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</b>	<p>Conocer sobre la salud sexual y el riesgo reproductivo para que así se podrá ayudar al médico familiar a comprender y reconocer los factores de riesgo; y así prevenir complicaciones a futuro sobre la salud del adolescente.</p>
<b>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</b>	<p>El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi seguimiento médico; así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se van a llevar a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.</p>
<b>Participación o retiro:</b>	<p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.</p>
<b>Privacidad y confidencialidad:</b>	<p>El Investigador me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.</p>

En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica.


No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica.

Beneficios al término del estudio: \_\_\_\_\_

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Esther Azcárate García , Matricula: 99362280 teléfono: 5767 27 99 EXT. 21407  
correo electrónico [esther.azcartateg@imss.gob.mx](mailto:esther.azcartateg@imss.gob.mx).

Colaboradores: Dra. Elvia Viridiana Garcia Zarate, Matricula: 97361993, teléfono: 5767 27 99 EXT.  
21407 correo electrónico: [virusviridiana@gmail.com](mailto:virusviridiana@gmail.com)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

## ANEXO 4

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

#### IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES ADOLESCENTES

	ENE 2018	FEB 2018	MAR 2018	ABR 2018	MAY 2018	JUN 2018	JUL 2018	AGO 2018	SEP 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018	ENE 2019	FEB 2019
Seminario de investigación	P													
	R													
Selección del tema					P									
Búsqueda bibliográfica					R									
					P									
Realización de marco teórico					R									
						P								
Solicitud de permiso en el uso de instrumento								P						
								R						
Solicitud de revisión por el CLIS										P				
										R				
Recolección de la muestra											P			
Análisis de resultados												P		
Difusión de la investigación													P	

P=Programado

R=Realizado