



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**“RELACIÓN DE CONOCIMIENTOS, COMPORTAMIENTOS Y
CREENCIAS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
E ITS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

LIC. IRMA SARAHÍ ALEMÁN RIVERA

No. Cta. 89512823

DIRECTORA MTRA. IRMA CORTÉS ESCÁRCEGA

COTUTOR: DR. RICARDO PÉREZ CUEVAS

MEXICO, D. F. NOVIEMBRE DEL 2011



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

Ciudad Universitaria, D. F. a 17 de mayo del 2011.

LIC. EN ENF. IRMA SARAHÍ ALEMÁN RIVERA
No. de Cuenta 8951282-3

PRESENTE:

Por medio de la presente me permito informar a usted que el Comité Académico de la Maestría en Enfermería, en su reunión ordinaria del 17 de mayo del 2011, aprobó el jurado para la presentación de su examen para obtener el grado de **Maestro(a) en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería)** del Posgrado en Enfermería, con la tesis titulada:

“RELACIÓN DE CONOCIMIENTOS, COMPORTAMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR E ITS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA”

Integrado de la siguiente manera:

Presidente : Doctora Laura Morán Peña
Vocal : Maestra Irma Cortés Escárcega
Secretario : Maestra Diana Cecilia Tapia Pancardo
Suplente : Maestra Ma. Victoria Fernández García
Suplente : Doctor Ricardo Pérez Cuevas

Sin más por el momento, me despido.

ATENTAMENTE
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”


MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

**PROGRAMA DE MAESTRÍA
EN ENFERMERÍA**

C.c.p. Expediente alumno.

AJ-F3

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi profundo agradecimiento a cada uno de mis tutores, la Mtra. Irma Cortés Escárcega, y el Dr. Ricardo Pérez-Cuevas, por el apoyo académico y moral durante mi desempeño dentro de la Maestría, ya que siempre estuvieron dispuestos a brindarme su acompañamiento humano, al compartirme su valiosa experiencia, conocimientos y .asesoramiento para la elaboración de éste trabajo; así mismo al escucharme en momentos difíciles que se enfrentan en algunos casos dentro de la vida académica

A la Dra. Laura Morán Peña, por compartir también sus conocimientos, asesoría, experiencia e interés en los aspectos metodológicos que se abordan en este trabajo, los cuales me permitieron en compañía del apoyo de mis tutores, como un equipo, concluir este trabajo.

A cada una de mis profesoras y profesores por toda la enseñanza transmitida, durante el desarrollo del aprendizaje en esta etapa de mi vida profesional.

A mi Instituto Mexicano del Seguro Social por el apoyo brindado en la obtención de una beca durante el tiempo que realicé los estudios de Maestría.

No puedo dejar de mencionar a mi familia quienes también estuvieron presentes en todo momento, en especial a mi hija Hana Sarahí Guevara Alemán, por sus bendiciones, comprensión y parte de su tiempo otorgado para que yo pudiera concluir esta etapa de la vida profesional.

Y finalmente a cada una y uno de mis amigas(os), compañeras(os) que estuvieron presentes con su compañía siempre atenta y apoyo moral en todo momento.

ÍNDICE

RELACIÓN DE CONOCIMIENTOS, COMPORTAMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR E ITS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Resumen	9
Introducción	13
Justificación	17
Planteamiento del problema	21
Pregunta de investigación	23
Objetivos	23
Hipótesis	24

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. LA ADOLESCENCIA	25
1.1 El contexto de los adolescentes.	25
1.2 Necesidades de los adolescentes	27
1.3 Programas dirigidos a adolescentes y su impacto	28
1.4 Conocimientos, comportamientos y creencias de los adolescentes en materia de sexualidad	30

CAPITULO 2. LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO CON EL MODELO DE NOLA PENDER	36
2.1 El modelo de Nola J. Pender: Promoción a la salud	36
2.2 Principales conceptos y proposiciones del modelo	36
2.3 Esquema del modelo	40
2.4 Definición conceptual de los conocimientos, creencias y comportamientos	42
2.4.1 Conocimientos.	42
2.4.2 Creencias	42
2.4.3 Comportamientos	43

CAPITULO 3. CONTEXTO ACADÉMICO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	46
---	----

3.1 La Carrera de Enfermería	46
------------------------------	----

SEGUNDA PARTE: METODOLOGÍA Y RESULTADOS

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA	49
4.1 Tipo de estudio	49
4.2 Muestra	49
4.3 Criterios de selección	50
4.4 Operacionalización de las variables	51
4.5 Procedimiento para la recolección de los datos y manejo del análisis estadístico	53

4.6 Instrumento	54
4.7 Consideraciones éticas y legales	55
4.8 Prueba piloto	57
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	58
5.1 Estadística descriptiva: Caracterización de la muestra	58
5.1.1 Conocimientos acerca de Métodos de Planificación Familiar e Infecciones de Transmisión Sexual	59
5.1.2 Comportamientos para la protección de un embarazo no planeado e Infecciones de Transmisión Sexual	61
5.1.3 Creencias sobre embarazos no planeados, así como los valores para el inicio de una vida sexual y la búsqueda de redes de apoyo para atención de problemas relacionados con aspectos sexuales	63
5.1.4 Comparación de conocimientos, comportamientos y creencias	65
5.2 Estadística inferencial: Correlación y asociación de los conocimientos, comportamientos y creencias con la edad, sexo, estado civil y año que cursa la carrera	67
5.2.1 Conocimientos	67
5.2.2. Comportamientos	69
5.2.3 Creencias	70
5.2.4 Asociación entre conocimientos, comportamientos y creencias:	72
5.2.5 Preguntas abiertas de conocimientos, comportamientos y creencias	73
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN	75
6.1 Conocimientos	75
6.2 Comportamientos	78

6.3 Creencias	79
6.4 Asociación entre conocimientos, comportamientos y creencias	81
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES	83
CAPÍTULO 8 SUGERENCIAS	85
8.1 Fortalezas del estudio	85
8.1.1 Para la Carrera de Enfermería	85
8.1.2 Para la Investigación	85
8.1.3 Para el sistema de salud	86
8.1.4 Para la profesión de Enfermería	86
8.2 Limitaciones del estudio	87
ANEXOS	88
Instrumento	88
Carta de consentimiento	95
Cronograma de actividades	96
REFERENCIAS	97

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO 2. LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO CON EL MODELO DE NOLA J. PENDER

Figura 1. Modelo de Nola J. Pender	40
------------------------------------	----

CAPÍTULO 5. RESULTADOS DEL ESTUDIO

Figura 2 Relación entre conocimientos y edad*	67
Figura 3 Relación entre comportamientos y edad de los participantes*	70
Figura 4 Relación entre creencias y edad de los participantes *	70
Figura 5 Relación entre conocimientos y comportamientos de los adolescentes sexualmente activos *	72

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Tabla 1 Variables sociodemográficas de la población general	59
Tabla 2 Comparación de los conocimientos de los alumnos según su estado civil.	68
Tabla 3 Comparación de conocimientos por año que cursan la carrera	69
Tabla 4 Comparación de las creencias según el año que cursan la carrera	72

ÍNDICE DE GRÁFICAS

CAPÍTULO 5 RESULTADOS

Gráfica 1 Conocimientos de los participantes de acuerdo a sexo	60
Gráfica 2 Conocimientos de los participantes de acuerdo a su estado civil	60
Gráfica 3 Conocimientos de los participantes por año que cursa la carrera	61
Gráfica 4 Comportamientos de los participantes de acuerdo a sexo	62
Gráfica 5 Comportamientos de los participantes de acuerdo a su estado civil	62
Gráfica 6 Comportamientos de los participantes por año que cursa la carrera	62
Gráfica 7 Creencias de los participantes de acuerdo a sexo	64
Gráfica 8 Creencias de los participantes de acuerdo a su estado civil Comparación entre grupos de la dimensión: mente abierta	64
Gráfica 9 Creencias de los participantes por año que cursa la carrera	65
Gráfica 10 Conocimientos con comportamientos	65

Gráfica 11 Conocimientos con creencias	66
Gráfica 12 Comportamientos con creencias	66
Gráfica 13 Medias de comportamientos por grupos de edad	68
Gráfica14 Medias de creencias por grupos de edad	71

RESÚMEN

RELACIÓN DE CONOCIMIENTOS, COMPORTAMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR E ITS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Alemán IS¹, Cortés I² y Pérez R³

1) Jefe de Piso, IMSS., 2) Profesora de Tiempo Completo, FES Zaragoza . 3) Jefe de UIESS, Centro Médico S. XXI, IMSS

Introducción

Los adolescentes presentan riesgos para su salud reproductiva como el embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual, con repercusiones para su vida futura, de las que no están exentos los estudiantes de Enfermería.

Objetivo

Analizar la relación entre conocimientos, comportamientos y creencias sobre los Métodos de Planificación Familiar e Infecciones de Transmisión Sexual en estudiantes de Enfermería.

Material y Método

Estudio transversal, analítico y correlacional, en 300 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, de 17 a 24 años; se diseñó un instrumento con base a indicadores de la OMS. Los datos se procesaron en SPSS, para análisis descriptivo e inferencial.

Resultados

Participaron 300 estudiantes del 1º al 4º año escolar. Edad \bar{X} de 20 años \pm 1.6 DS. El 70.7% eran sexualmente activos. Los conocimientos fueron diferentes según la edad, estado civil y nivel escolar, inferiores en menores de 19 años ($t=-5.217$, $gl=298$, $p=.0001$); mayores en divorciados vs. solteros y casados ($F= 5.462$, $gl=3$ y $p=.001$). La asociación entre los conocimientos y

comportamientos mostró una correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral); directamente proporcional ($r_{P=}$.139, $p<0.05$). Las creencias se relacionaron positivamente con la edad.

Discusión

Los conocimientos se relacionan con edad, estado civil y escolaridad y no garantizan comportamientos sin riesgo. Las creencias se originan del aprendizaje social dando pauta a los comportamientos.

Conclusiones

Los conocimientos se relacionan con edad, estado civil y nivel de escolaridad. Los comportamientos son iguales, independientemente de los conocimientos, influenciados por las creencias.

Palabras clave

Adolescentes

Salud Reproductiva

SUMMARY

RELATION OF KNOWLEDGE, BEHAVIORS AND BELIEFS ON METHODS OF FAMILIAR PLANNING AND ITS IN STUDENTS OF NURSING

Alemán IS¹, Cortés I² y Pérez R³

1) Jefe de Piso, IMSS., 2) Profesora de Tiempo Completo, FES Zaragoza . 3) Jefe de UIESS, Centro Médico S. XXI, IMSS.

Introduction

The adolescent present risks for their reproductive health as the not planned pregnancy and the infections of sexual transmission, with repercussions for their future life, from which the students of Nursing are not exempt.

Objective

To analyze the relation between knowledge, behaviors and beliefs on the Methods of Familiar Planning and Infections of Sexual Transmission in students of Nursing.

Material and Method

Transverse, analytic and correlacional study, in 300 students of the Bachelor in Nursing, from 17 to 24 years; it was designed an instrument by base to indicators of the OMS. The information was processed in SPSS, for descriptive analysis and inferential

Results

The participants were 300 students from 1o. to 4o. school year. Age \bar{X} of 20 years + 1.6 DS. The 70.7 % was sexually active. The knowledge was different according to the age, marital status and school level, low in 19-year-old minors ($t = -5.217$, $gl=298$, $p = .0001$); major in divorced vs. single and married ($F = 5.462$, $gl=3$ and $p = .001$). The association between the knowledge and behaviors showed a significant correlation to the level 0.05 (bilateral); directly proportional ($r_p = .139$, $p < 0.05$). The beliefs related positively to the age.

Discussion

The knowledge relates to age, marital status and education and does not guarantee behaviors without risk. Beliefs are originated from the social learning and it gives the guideline of the behaviors.

Conclusions

The knowledge relates to age, marital status and level of education. The behaviors are equal, independently of the knowledge influenced by the beliefs.

Key words

Adolescent

Reproductive health

INTRODUCCIÓN

El proceso de reproducción humana es un hecho fisiológico importante que trasciende a los aspectos psicológicos, biológicos y sociales. Este proceso es vital para la perpetuación de la especie; sin embargo, se pueden presentar problemas, principalmente cuando se produce un embarazo en edad temprana, ya que expone a riesgos a la salud a la madre y su hijo como son las amenazas latentes de parto prematuro, el bajo peso al nacer, complicaciones perinatales etc., de igual manera, cuando se lleva cabo una vida sexual sin protección hay mayor susceptibilidad de contraer alguna infección de transmisión sexual.

La modernización e industrialización son factores que han repercutido en la forma en la cual se comporta el proceso de reproducción humana como son las cuestiones de género que actualmente prevalecen; la economía que enfrenta la población; la inserción de la mujer al mercado laboral; el acceso y educación de la población para utilizar los servicios de salud, los medios masivos de comunicación, así como los enfoques actuales de atención a la salud de la población por los prestadores de servicios; por mencionar algunos.

Es por éste motivo que la promoción de la salud se ha convertido en una preocupación pública, ya que se ha comprobado que muchos de los problemas y las necesidades en salud están estrechamente relacionadas con otros aspectos decisivos del desarrollo humano, como son la educación, la nutrición, el trabajo, la independencia cultural y económica, dando lugar a la puesta en práctica de programas que determinan las actividades de promoción y prevención, así como prestación de servicios de salud reproductiva, para cada etapa de la vida, y que al mismo tiempo, preparan a los individuos y sus familias a afrontar las dificultades de las siguientes etapas.¹

En el 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó dentro de los objetivos relacionados con la salud: mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, dicho objetivo tienen relación con la salud reproductiva la cual es definida como un “estado general de bienestar físico, mental y social, y no mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todo lo relacionado con el sistema

reproductivo, sus funciones y sus procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia".¹

Es por ello que en este trabajo se consideró de importancia analizar los conocimientos, comportamientos y explorar las creencias en materia de salud reproductiva, que poseen los jóvenes de la carrera de Enfermería y como lo aplican en su salud sexual, ya que algunos de los problemas relacionados que presentan son la presencia de embarazos no planeados, prácticas de riesgo para adquirir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), repercutiendo negativamente en aspectos económicos y sociales; principalmente deserción escolar, cambios en el rol personal y familiar, falta de recursos económicos para afrontar la nueva situación, dando como resultado la inserción temprana en el campo laboral, la cual en la mayoría de veces, es poco favorable por no haber concluido sus estudios.

Otra vertiente de esta problemática es que se considera que los estudiantes de Enfermería poseen información documentada y confiable sobre salud sexual y reproductiva, que les permite ser orientadores informales con sus pares, y orientadores formales con la población en general cuando realizan sus prácticas en los diferentes escenarios de salud, pero si la información con la que cuentan no es la correcta, dejan de cubrir la función de agentes promotores de la salud reproductiva.

El propósito de esta investigación fue analizar los aspectos relacionados con la protección de un embarazo no planeado e ITS; así como las creencias que los jóvenes poseen al momento del inicio de la vida sexual, que son elementos que se encuentran asociados a problemas de salud reproductiva no sólo en los adolescentes, sino de la población en general.

En el presente estudio, con un diseño descriptivo, correlacional, transversal se analizan los conocimientos y comportamientos de los estudiantes de enfermería sobre los métodos de planificación familiar (MPF) para la prevención de un embarazo no planeado e ITS; así como las creencias de los jóvenes hacia la vida sexual.

Para contextualizar lo anterior se analizaron los conceptos que se consideraron que incluía la construcción del conocimiento, desde la perspectiva del Aprendizaje Social, que en conjunto con los indicadores existentes para evaluar el conocimiento, comportamiento y creencias en torno a la salud reproductiva establecidos por la OMS, sustentaron la elaboración del instrumento para llevar a cabo esta investigación.

El estudio está organizado en dos partes: la primera contiene la revisión de la literatura que permitió ubicar al objeto de estudio, los adolescentes, en este caso los estudiantes de enfermería, con las características inherentes a la edad de la juventud, desde un contexto biológico, psicológico, social y cultural; así como elementos teóricos que dieron lugar a la identificación de conceptos claves desde el enfoque del Aprendizaje Social de Albert Bandura, los cuales comprenden del capítulo 1 al 3.

En el capítulo 1 se revisan los sustentos teóricos relacionados con la adolescencia, su contexto biológico, psicológico, social y cultural a través de lo referido por la literatura; también se analizan sus necesidades y problemas que presentan en los aspectos de salud sexual; las estrategias implementadas en salud para atender estas situaciones; y los resultados encontrados en materia de conocimientos, comportamientos y creencias que los jóvenes tienen.

En el capítulo 2 se revisa desde la perspectiva del aprendizaje social la construcción del conocimiento, que se encuentra relacionado con el Modelo de Nola J. Pender, donde se abordan sus conceptos, modelo paradigmático; concluyendo con los elementos conceptuales del conocimiento, comportamientos y creencias, donde se destaca su importancia para generar cambios conceptuales en cada joven para tomar decisiones asertivas en su salud.

En el capítulo 3, se contextualiza el entorno de los estudiantes de nivel universitario lo cual permitió en conjunto con los elementos antes mencionados, ubicar el problema de investigación, generar la pregunta, los objetivos y las hipótesis de la investigación, referidas al inicio de este trabajo en el apartado de justificación y problemática.

La segunda parte comprende los elementos metodológicos, de la investigación, los cuales se integran en los capítulos 4, 5, 6 y 7 y que se encuentran organizados como a continuación se menciona.

En el capítulo 4 se expone el diseño del estudio, se especifica la población de estudio, tipo de muestreo, las variables, el instrumento, la prueba piloto, el procesamiento de los datos estadísticos, así como las consideraciones éticas y legales.

El capítulo 5 muestra el análisis e interpretación de resultados en tres grandes rubros: a) conocimientos; b) comportamientos y c) creencias, aplicando estadística descriptiva e inferencias de manera cuantitativa a través de frecuencias simples, medidas de tendencia central así como pruebas de significancia y correlación como T Student, ANOVA de una vía y Pearson respectivamente.

En el capítulo 6 se presenta la discusión de los resultados así como la prueba de hipótesis, que sigue la misma secuencia de la presentación de los resultados.

Posteriormente, en el capítulo 7 se presentan las conclusiones derivadas de los principales hallazgos del estudio, las limitaciones del mismo y las propuestas para futuras investigaciones.

Por último, se presentan las referencias bibliográficas y electrónicas, así como tres anexos que muestran la carta de consentimiento informado, el instrumento y cronograma de las actividades realizadas durante el estudio.

JUSTIFICACIÓN

La Salud Reproductiva se definió en 1994 como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos; que en consecuencia, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos de embarazo, y con la plena libertad de decidir hacerlo o no, cuando y con que frecuencia”².

La atención de la Salud Sexual Reproductiva (SSR) incluye: mejorar la vigilancia prenatal; el parto; el posparto y del recién nacido; brindar servicios de planificación familiar de calidad, incluyendo servicios de reproducción asistida; eliminar el aborto inseguro; combatir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el VIH, y las infecciones del tracto reproductivo, el cáncer de cuello de útero y otras morbilidades ginecológicas; y promover la salud sexual.^{2,3}

Al examinar el concepto de salud reproductiva y los cambios contextuales que se han operado en los últimos años, se ha encontrado que esta es vista como una parte esencial del desarrollo individual y humano. Se basa en los derechos humanos tanto individuales como sociales; abarca principios de equidad y el respeto por la libre determinación, considerando la integridad biopsicosocial de los seres humanos e incorporando la perspectiva de género; sin embargo el concepto tiene que ver con la interacción entre la población y el ambiente, se refiere a las personas y sus relaciones, sus valores, su sentido de la ética y sus esperanzas en el futuro.^{1,2}

En el entorno de los adolescentes existen problemas relacionados con la SSR algunos de ellos son reportados en un estudio realizado a nivel mundial, donde se identifica que la problemática no se presenta de manera homogénea en todos los países ya que los patrones de comportamiento y la prevención muestran grandes diferencias a nivel regional y nacional; aunado a esto, los servicios que se ofrecen como parte de la atención en este campo, no siempre se enfocan de manera específica en esta población por ejemplo, si son casados, los servicios para adolescentes forman parte de la atención

reproductiva para adultos generando con esto problemas en su salud evidenciados en los siguientes aspectos:³

Comportamientos sexuales y el uso de anticonceptivos: en América la mayoría de los adolescentes tienen su primera relación sexual entre los 15 y 19 años, antes del matrimonio, y es más frecuente en el varón con un 40%; en EEUU, Canadá, Francia, Reino Unido entre el 40% y el 60% de la población hacen uso de la píldora, inyectables, implantes y DIU y es poco usual el condón, principalmente por parte de la mujer; puntualizando en México los jóvenes se encuentran expuestos a riesgos de ITS por el poco uso del preservativo.³

Tasa de natalidad y aborto: en África 143 de cada 1000 adolescentes embarazadas dan a luz cada año; en América Latina la tasa de natalidad es de 78 por cada 1000, mientras que en Canadá y EEUU las tasas varían enormemente entre 75 y 4 por cada 1000 adolescentes que se embarazan respectivamente. En el caso de los abortos en los lugares donde es legal es bajo; en Alemania, Italia y Japón tienen las tasas mas bajas de 10 por cada 1000; sin embargo, en los países donde el aborto es restringido, el aborto en malas condiciones causa el 30 % de muertes maternas, y de estos el 25% son en mujeres de 15 a 19 años.³

Infecciones de Transmisión Sexual ITS y VIH/SIDA: la prevalencia de ITS en adolescentes ha seguido aumentando en la mayoría de los países; las diferencias culturales, religiosas, económicas, regionales y sociales repercuten en las estadísticas de ITS, por ejemplo en África Sur de las enfermedades sexualmente trasmisibles, el 62% es por VIH principalmente; en Asia se presentan las ITS en un 22% de jóvenes; mientras que América Latina el 7%; en Europa Oriental y Asia Central es del 6%, y en África del Norte es del 1%; cabe mencionar que la causa en la mayoría de los casos es principalmente por transmisión sexual heterosexual y homosexual, salvo en Europa Oriental donde el mayor riesgo de propagación es por el uso de drogas intravenosas y en menor medida por el sexo inseguro.³

Conocimientos de planificación familiar y utilización del condón: los conocimientos varían; en cuanto a planificación familiar, un estudio realizado en México, encontró que un 91.3% de las madres adolescentes enunció la píldora

anticonceptiva entre los métodos que conocía; de ellas, un 84.7% conocía el DIU y el 63.7% el condón; sin embargo, sólo 35% estaba utilizando algún método anticonceptivo efectivo después de las seis semanas posparto y entre quienes se atendieron el parto en centros de salud u hospital sólo 43.4% estaba utilizando algún método efectivo de planificación familiar.⁴

Por otro lado se considera que más del 90% de las adolescentes conocen la manera en que se embaraza una mujer y saben que se puede hacer algo para prevenirlo; sin embargo el 40% de las mujeres y el 25% de los hombres conocen con precisión algún método anticonceptivo, donde uno de los más nombrados es el DIU con un 15% mujeres y 10% hombres.⁵

Cabe señalar que dentro de los MPF, la utilización del preservativo constituye una herramienta para la protección clasificada en el grupo de los métodos de barrera que no solo funciona como un método de control de la natalidad, sino también de las ITS, pero su utilización por los adolescentes es baja como lo refieren diferentes estudios, lo que constituye un riesgo ya que este comportamiento expone a los jóvenes a situaciones como los embarazos no planeados e ITS.^{6,7}

Los adolescentes por sus características biológicas, psicológicas y sociales, tienen mayor susceptibilidad a los riesgos de salud, principalmente en lo relacionado con su salud reproductiva; se considera que aunque los jóvenes estén en contacto con los servicios de salud y hayan recibido alguna orientación previa en este sentido, los contextos donde se desenvuelven ocasionan que la información recibida sea modificada o distorsionada.

En el caso de los estudiantes universitarios de Enfermería se observan los mismos comportamientos que otros adolescentes, evidenciados principalmente por embarazos no planeados, situación que hace pensar que no se hace uso de los MPF, lo que constituye un problema potencial ya que ellos como futuros profesionales de la salud y por las características de su edad y profesión fungen como orientadores cara a cara de otros adolescentes y si esta información no se introyecta de manera significativa y se practica a nivel personal, lejos de contribuir a reducir riesgos y daños, predisponen a los mismos estudiantes y la población joven a quien proporcionarán atención a no

encontrar la respuesta apropiada a sus problemas sexuales y reproductivos (inicio de la vida sexual, valores para ello, MPF para prevenir embarazos no planeados, prevención de ITS etc.) de la manera esperada.

En el proceso reproductivo se conoce que en edades extremas del periodo fértil así como los periodos intergenésicos cortos, constituyen en sí un riesgo para la salud no solo por cuestiones propias de la edad de los jóvenes, sino porque se suma a esto las características de cómo tiende a ser la vida sexual en los adolescentes, que por lo general es no planeada y de manera imprevista, con la carencia de medidas de prevención para embarazos e ITS. Lo que los expone a riesgos no solo de tipo biológico, sino también social, psicológico y desde luego económico.

En este contexto los adolescentes tienden también a vivir en unión libre; situación que se asocia a su permanencia escolar derivando con ello a problemas relacionadas con la dinámica familiar y social, como lo son conflictos familiares, la necesidad de insertarse a edades tempranas a la vida laboral con salarios mal remunerados y, desde luego deserción escolar.

Estos escenarios se encuentran asociados a la necesidad de programas específicos y de intervenciones integrales para reducir la maternidad adolescente e ITS, ya que el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva para evitar embarazos no planeados e ITS es insuficiente, debido a que en los jóvenes tienen situaciones culturales, psicológicas y sociales que les impiden usar adecuadamente los MPF que les protegerían ante problemas relacionados con su salud sexual; repercutiendo a su vez de manera negativa en su potencial de desarrollo humano.

El propósito de esta investigación fue analizar los conocimientos y comportamientos para la prevención de un embarazo no planeado e ITS; así como explorar las creencias que los jóvenes poseen sobre la vida sexual, como factores asociados a problemas de salud sexual, no sólo en los adolescentes, sino de la población en general.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo de un país va de la mano con la salud y la educación ya que ambas se asocian para generar situaciones que permiten fortalecer el entorno de las familias para lograr que se desarrollen las personas y comunidades; por ejemplo en Chile⁸ la fecundidad, la maternidad con sus complicaciones y las ITS entre las adolescentes preocupan, porque implican adversidades, ya que no han disminuido como en otros grupos etáreos y son más frecuentes entre las mujeres jóvenes pobres.

Algunos factores que influyen en las consecuencias de embarazos en adolescentes e ITS incluyen: aspectos biológicos, psicosociales y cognitivos a nivel individual. A nivel social, factores como la familia, los pares, la escuela y el nivel educativo, la sociedad, la cultura, el nivel socioeconómico, los derechos de equidad y el empoderamiento se asocian con el comportamiento sexual de los adolescentes. Todos estos factores están entrelazados y son interdependientes.

Los procesos de reproducción y sexualidad en la adolescencia representan un riesgo cuando los conocimientos que los jóvenes tienen no son suficientes o se hayan interpretados de manera errónea, trayendo como consecuencia comportamientos con riesgos para la salud como los son el embarazo no planeado y las ITS principalmente, desencadenando problemas asociados a la maternidad en el caso de embarazo durante la adolescencia,⁹ la cual se acompaña de un conjunto de percepciones que hace que las madres adolescentes solo se sientan con capacidades de cuidar a los hijos en el hogar, desvalorizándose la escuela, y dándose finalmente la deserción escolar de los jóvenes padres, trayendo consigo la pobreza y el nacimiento de un hijo no planeado.

Por otro lado, los futuros padres adolescentes se insertarán a un entorno laboral y social desfavorable ya que la juventud por sus características cognitivas y curriculares les lleva a buscar trabajos poco remunerados, que generará un nuevo ciclo de pobreza para su hijo y ansiedad constantes.

Retomando la deserción escolar como un problema de trascendencia social y económica, existe evidencia de las situaciones que motivan a los adolescentes a desertar de las escuelas, y que puntualizan en factores económicos, situaciones técnicas-pedagógicas de las escuelas, contextos familiares que generan patrones psicológicos negativos en los estudiantes y situaciones relacionadas con la salud. De acuerdo a un estudio¹⁰ realizado en Costa Rica con estudiantes que cursaban el nivel de educación básica, con edades entre 14 y 19 años, los resultados evidenciaron por cada 100 mujeres y hombres respectivamente, 27 y 14 tienen hijos, factor que les obliga a insertarse en la vida laboral de manera temprana; siendo éste el principal motivo sociodemográfico encontrado para la deserción escolar; por otro lado se refiere en una encuesta nacional realizada en México acerca de las causas de abandono escolar en jóvenes de 15 a 19 años; un 5.8% manifestó de los participantes manifestó como motivo de su deserción escolar aspectos relacionados con su casamiento o unión de pareja¹¹.

Dada la problemática que se presenta en la población estudiantil, las escuelas han hecho alianzas con instituciones de salud para ofrecer a los jóvenes la oportunidad de obtener información cara a cara por otros adolescentes, como lo menciona Pérez y Gálvez,¹² quienes promueven un modelo universitario de salud sexual y reproductiva, cuyos objetivos se centran en facilitar un tránsito saludable a la población estudiantil en su paso por la universidad, previniendo embarazos no planeados, abortos inducidos, ITS y adicciones; ya que se considera que la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), constituye un escenario ideal para promover una fuerte alianza entre metas de salud y educación, así como para promover el encuentro entre educación y ciencia que propicie el avance del conocimiento y su aplicación en esta área de la salud.

A pesar de la gran variedad y cantidad de programas¹³, con influencia escolar, en el caso de Enfermería por ejemplo, la población sigue presentando problemas que nos invitan a cuestionarnos acerca de ¿cómo influyen estos en las vidas de los estudiantes?, ¿cual es el impacto de toda ésta información en la adopción de conductas generadoras de salud?, ¿son realmente significativos los aprendizajes en sus vidas, en especial en materia de SSR?; estas

situaciones son de importancia si reflexionamos en que la carrera de Enfermería ofrece herramientas para conseguir un fin estratégico en la formación de los estudiantes, los cuales debieran tener un impacto trascendental en los aspectos relacionados con su vida sexual y reproductiva, en los diferentes momentos de su desarrollo profesional.

Por esta razón, la presente investigación analiza cuales son los conocimientos, comportamientos y creencias que poseen los jóvenes universitarios de la carrera de Enfermería en materia de salud reproductiva; enfocándose principalmente en el campo de conocimientos y comportamientos sobre los MPF como elementos para la protección de un embarazo; la prevención de ITS, y las creencias en torno a la vida sexual y los riesgos a los cuales pueden estar expuestos. La difusión de los resultados permitirá contribuir a la toma de decisiones para la mejora del desempeño de los programas de salud incluidos en las diferentes instituciones en los que se encuentran inscritos adolescentes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cual es la relación que existe entre los conocimientos, comportamientos y creencias sobre los Métodos de Planificación Familiar e Infecciones de Transmisión Sexual que tienen los estudiantes de Enfermería?

OBJETIVOS

GENERAL

Analizar la relación entre conocimientos, comportamientos y creencias sobre los Métodos de Planificación Familiar e Infecciones de Transmisión Sexual en estudiantes de Enfermería

ESPECÍFICOS

- Evaluar los conocimientos de los estudiantes acerca de los métodos de planificación familiar para evitar un embarazo no planeado.
- Evaluar los conocimientos en la identificación de las ITS y como prevenirlas
- Identificar las creencias que tienen los estudiantes de enfermería en torno al inicio de la vida sexual y sus riesgos
- Analizar la relación que existe entre los conocimientos, los comportamientos y las creencias de los estudiantes acerca de los métodos anticonceptivos como métodos para evitar un embarazo no planeado
- Analizar la relación que existe entre los conocimientos de ITS, los comportamientos y las creencias de los estudiantes para prevenir ITS

HIPÓTESIS

Hi: Existe relación entre los conocimientos, comportamientos y las creencias sobre los Métodos de Planificación Familiar e Infecciones de transmisión Sexual que tienen los estudiantes de Enfermería

Ho: No existe relación entre los conocimientos, comportamientos y las creencias sobre los Métodos de Planificación Familiar e Infecciones de transmisión Sexual que tienen los estudiantes de Enfermería.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO.

CAPITULO 1. LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁴ y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definen la adolescencia como el periodo entre los 10 y 19 años, la juventud entre los 15 y 24 años. Maddaleno y Breinbauer (2005) desglosan la adolescencia según el sexo para incluir cambios específicos del desarrollo. En las adolescentes, por lo general se llama preadolescencia al periodo entre los 9 y los 12 años; la adolescencia temprana abarca desde los 12 a los 14 años; la adolescencia intermedia, desde los 14 a los 16; la adolescencia tardía, desde los 16 a los 18; la juventud se encuentra considerada desde los 18 a los 21 años; y la edad adulta joven desde los 21 a los 24.

1.1 El contexto de los adolescentes

La adolescencia comprende una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales en quienes se encuentran viviendo en esta faceta de la vida.¹⁵

En el plano psíquico la adolescencia realiza diversos procesos al mismo tiempo:

- Vivir el duelo de la infancia y de las relaciones infantiles que mantenía con sus padres
- Reorganizar las relaciones con sus padres desde una perspectiva más adulta
- Adaptarse a los cambios físicos de su cuerpo y de su nueva imagen corporal
- Integrar y vivir la eclosión de la sexualidad
- Establecer definitivamente una identidad de sexo

- Avanzar hacia la propia identidad como persona individual y única que evoluciona hacia la madurez

A nivel cognitivo se produce un cambio cualitativo importante donde el adolescente ya es capaz de hacer razonamientos por hipótesis: puede sustituir los objetos reales por oraciones describiendo con claridad las situaciones observadas en su entorno y haciendo análisis de ello. Tiene deseo de originalidad; de hacer algo de él mismo único, singular; buscan figuras con las que puedan identificarse fuera del entorno familiar y las encuentran en ideales observados en los compañeros.¹⁶

Socialmente hay una confrontación con la norma, los valores y las ideas; puede ser que se coloque en lo externo a la sociedad de los adultos no sintiéndose integrado en ella. La convivencia con el grupo de otros jóvenes ofrece ideales a imitar, información, un punto de referencia, refuerza la autoestima del adolescente y le ofrece la posibilidad de amar a los demás.¹⁷

En cuanto a su sexualidad, es posible ver que las pulsaciones sexuales invaden el cuerpo de los adolescentes rápidamente cambiante; aparece la menarquia, las primeras eyaculaciones nocturnas, el deseo sexual, la masturbación y la atracción hacia el otro sexo. Estos cambios se acompañan de angustia, miedo a la inseguridad, a lo desconocido y a la inexperiencia.¹⁷

Las relaciones sexuales suelen tener lugar sin planificación, de forma imprevista y rápida; viviendo el instante con mucha sensualidad, ternura y afecto; a la mujer le preocupa su imagen corporal, su cuerpo, el embarazo, etc., y al hombre le preocupa más ser impotente, no aguantar lo suficiente, no ser feliz en la relación. Quieren libertad y espontaneidad. “Hay una conciencia abstracta del riesgo llegándose a negar posibles consecuencia posteriores a pesar de poseer la información suficiente (lo del embarazo y de las Infecciones de Transmisión Sexual no me pasará a mí)”.¹⁸

1.2 Necesidades de los adolescentes

La SSR constituye un aspecto fundamental de todos los seres humanos y abarca el derecho a la integridad sexual, seguridad, privacidad, igualdad, expresión, educación y acceso a cuidados. La adolescencia es una época crítica para el desarrollo de la identidad sexual, el cuidado de sí mismo y pensar sobre el desarrollo de su sexualidad hasta la madurez.

Los cambios biológicos de la pubertad, una mayor independencia de la familia durante los años de la adolescencia en algunas culturas, las expectativas culturales y familiares sobre el género y la sexualidad, el desarrollo cognitivo y el crecimiento emocional darán forma al desarrollo sexual.¹⁷

De esta manera, el período de la adolescencia representa un momento oportuno para tocar temas sexuales y reproductivos; pero con estos contextos, ¿Qué necesitan los adolescentes para lograr un desarrollo saludable?; los hallazgos de la OMS, del UNICEF y del Consejo Carnegie sobre Desarrollo de los Adolescentes, identificaron los elementos claves, de los cuales se rescatan los siguientes:¹⁹

1. El acceso a información confiable que les permite tomar decisiones con conocimiento de causa, ya se trate de la sexualidad o de la educación y el trabajo.
2. La adquisición de habilidades prácticas y aptitudes necesarias para la vida, como la toma de decisiones, habilidades de comunicación, resolución de conflictos y cómo resistir la presión de compañeros y adultos.
3. El desarrollo de competencias sociales y de habilidades para la vida que permita que los adolescentes se sientan importantes y valorados, y con capacidad de tomar decisiones racionales en su entorno social o en su trabajo.

Ante tales retos se considera que en las instituciones de salud, los problemas de salud sexual en los adolescentes requieren una atención de importancia ya que a través de los diferentes programas y personajes es posible atender estas necesidades a fin de disminuir riesgos latentes en materia de sexualidad, cabe señalar que no solo la implementación de las estrategias planeadas sirven para atender dichas necesidades, sino también de otras herramientas que permiten

identificar el nivel de avance de los diferentes programas, estrategias, impactos etc..., tales herramientas son la evaluación y medición de los resultados, los cuales deben abarcar los componentes de conocimientos, comportamientos y creencias, los cuales se consideran que intervienen en los efectos de la salud sexual de la población adolescente.

1.3 Programas dirigidos a adolescentes y su impacto

Existe en diversas poblaciones una mayor motivación de las parejas a disminuir el tamaño de sus familias debido a restricciones económicas, realización personal y limitación para el cuidado de los hijos, así como la inclusión al mercado de diferentes métodos anticonceptivos; pero aunque se reconoce que la reproducción es uno de los dinamismos fundamentales del ser humano, esta adquiere una connotación no solo de carácter biológico, sino demográfico y social, y en última instancia, de orden filosófico; Figueroa²⁰ al igual que Gutiérrez²¹, hacen referencia de cómo se otorga la atención en salud reproductiva de las personas adultas y adolescentes, señalando que las instituciones limitan la libertad de las personas en elegir cual es el cuidado en su salud reproductiva y la población pierde parte de su autonomía en la elección ya que ésta pasa a manos de los prestadores de servicios y acciones políticas que condicionan los medios para determinar los programas y normas que no permiten flexibilidad y expresión de las necesidades reales de los usuarios que reciben la atención, con el fin de cubrir metas demográficas desde el punto de vista institucional.

Esta problemática ha generado la implementación de diferentes estrategias^{20, 21} las cuales se hayan inmersas e influenciadas por contextos específicos ya que se ha visto la salud reproductiva con diferentes enfoques a través del tiempo, por ejemplo, en los años 60' y 70' se dirigió a actividades de anticoncepción y de planificación familiar donde las políticas y los servicios establecidos se dirigían casi exclusivamente a mujeres en edad fértil; gradualmente se incorporaron a éste último término las ideas de libertad de elección y el acceso a los servicios incluido el aborto en algunos países. En los años 80' "se produjo un desplazamiento hacia los elementos de servicios de salud reproductiva y se

hizo hincapié en los servicios de salud materno infantil principalmente en el embarazo, el parto y la atención perinatal dando mayor importancia a los aspectos demográficos y de población que tienen que ver con la salud reproductiva y el desarrollo sostenible”. De los 90’ a la fecha “se produjo una orientación hacia el individuo, acompañada de una inconsistencia en los derechos humanos y los deberes individuales correspondientes”.^{20, 21}

La intervención de los programas de salud tienen un impacto en las poblaciones a quienes están dirigidos, la evaluación de los mismos constituye una herramienta para identificar debilidades y áreas de oportunidad que los fortalezcan; en algunos de ellos solo existe evidencia de la medición del impacto en los aspectos relacionados con eficiencia de los recursos y algunos, principalmente en salud reproductiva, muestran su verdadera influencia en la adopción de conocimientos y actitudes de los adolescentes hacia la sexualidad, como se demuestra en un estudio realizado en China, donde se realizó una intervención educativa para promover la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, con un grupo control y uno de intervención, encontrándose que los adolescentes que recibieron la intervención, adoptaron conductas favorecedoras demostradas a través de la manifestación y participación en su sexualidad, el uso de métodos anticonceptivos por quienes eran sexualmente activos, principalmente el uso del condón en un 95%, disminución en forzar las relaciones sexuales y mayor capacidad de negociación sexual así como menor proporción de embarazos no planeados.²²

Pero no solamente los conocimientos son los responsables en determinar los comportamientos y la práctica de la sexualidad en los adolescente así como los riesgos que la acompañan; la percepción que tienen éstos hacia los servicios de salud también constituye un mayor o menor riesgo a la exposición de problemas en materia de salud reproductiva; en el caso de México al evaluar esta percepción, un estudio identificó que los adolescentes manifestaron no aceptar los servicios de salud en las escuelas porque absorbía bastante tiempo la escuela; además, temían que los profesores pudieran saber que eran sexualmente activos; de igual manera mencionan que los centros de atención a adolescentes en estas instituciones, se enfocan a actividades de recreación educación y asesoramiento, pero que cuando un adolescente presenta una

ITS, era canalizado a otro lugar, donde se prestan servicios con enfoque a la vida adulta.²³

Este tipo de percepciones expone a los jóvenes a tener comportamientos de riesgo ante la sexualidad ya que al no encontrar respuesta a sus necesidades dentro de las instituciones de salud de la manera esperada, buscan información y fortalecer sus conocimientos en el contexto donde se desarrollan, que en algunos casos son erróneos, impregnados de falsos mitos acerca de los cuidados y medidas de protección para la salud, ya que donde se obtienen, no siempre constituyen una fuente confiable para resolver sus dudas en materia de SSR; aunado a esto se encuentran aspectos culturales de cada región que de igual manera influyen en los comportamientos adoptados hacia su sexualidad.

1.4 Conocimientos, comportamientos y creencias de los adolescentes en materia de sexualidad

Diversas investigaciones han explorado cuales son los conocimientos, los comportamientos y las creencias que poseen los adolescentes en materia de salud reproductiva.

Conocimientos

Algunas investigaciones refieren que los conocimientos sobre salud reproductiva son deficientes, Mosquera y Mateus realizaron un estudio en Colombia para identificar los conocimientos y prácticas sobre MPF, ITS, VIH-SIDA en adolescentes de 12 a 18 años, encontrando grandes vacíos de conocimientos principalmente con relación a los MPF; cuales son los métodos más efectivos para prevenir embarazos; en que momento del ciclo menstrual es cuando se pueden embarazar y cómo se usan los MPF principalmente, también se observó que los adolescentes si conocen las formas de contagio de las ITS, unido al reconocimiento del preservativo como método de protección ante éstas.^{24, 25}

Otra investigación reporta que persisten cuestiones de género que influyen en la adquisición de conocimientos, en este trabajo se midió el conocimiento y actitudes ante la pastilla emergente en jóvenes universitarios, se encontró que el motivo por el cual los hombres tienen mayor conocimiento es por que éstos se consideran dueños del conocimiento y la toma de decisiones en los campos de la sexualidad, mientras de la mujer se espera que asuma el papel de “buena mujer” que conoce poco de sexualidad y espera ser enseñada por su pareja.²⁶

Por otro lado, se ha identificado que los conocimientos tienen relación con el nivel de escolaridad que poseen las personas; un estudio investigó la asociación entre estos y la práctica de la planificación familiar en parejas de la región de la Selva del Perú, de edades comprendidas entre los 15 a 49 años, comprobando que a menor escolaridad, menor conocimiento acerca de métodos anticonceptivos.²⁷

Esta premisa se refuerza con los hallazgos de otra investigación realizada en EEUU que evaluó la asociación entre la alfabetización y el conocimiento del VIH/SIDA en pacientes portadores de la misma, encontrando que el nivel de conocimientos de VIH/SIDA esta fuertemente asociado con el grado de alfabetización de las personas portadores de la enfermedad.²⁸

Unido al nivel de escolaridad se encuentran situaciones socioeconómicas asociados al nivel de conocimiento y comportamiento, como lo reporta una investigación que analizó la relación de variables sociodemográficas en la utilización del condón durante prácticas sexuales vaginales con parejas no estables, en esta se observó que por estado civil los que vivían en unión libre tendían a utilizar el condón con mayor frecuencia en un 1.7 mas veces comparado con los solteros, mientras que los conocimientos eran mayores en los que vivían en unión libre dado que buscaban información frecuentemente por temor a adquirir una ITS.²⁹

Los resultados encontrados que influyen en el nivel de conocimiento, reflejan la evidencia de que es necesario estudiar elementos del entorno de las personas que pudiesen determinar sus comportamientos de riesgo en materia de SSR al momento de iniciar la vida sexual, como son los embarazos no planeados, las ITS y algunos otros problemas relacionados con los procesos de reproducción;

la OMS³⁰, recomienda la medición de los conocimientos y comportamientos por separado a fin de identificar su significancia, así como la posible asociación entre ambas, contribuyendo a un análisis de mayor profundidad de los impactos y resultados de los diferentes programas enfocados a atender la salud reproductiva de poblaciones en riesgo.

Comportamientos

Con base a lo anterior en este estudio se consideró de importancia medir la variable de comportamientos que tienen los jóvenes, ya que no solo por recomendaciones de la OMS, sino por los patrones de vida observados en diferentes poblaciones que aunque tengan los conocimientos en cuidados para la salud, éstos no reflejan los cuidados para protegerse de problemas latentes derivados de la poca o nula participación en medidas de prevención de futuras enfermedades. Dichos comportamientos lo reportan algunas investigaciones que estudian las medidas y comportamientos de cuidado para la salud en personal que labora o estudia en campos relacionados con la salud; estos estudios permiten apreciar que estas personas hacen poco o nulo autocuidado de su salud, evidenciada por la poca participación en actividades preventivas relacionadas con la nutrición, prevención de enfermedades, asistencia a detecciones de cáncer de mama y cervicouterino así como la práctica de estilos nocivos para la salud, como el tabaquismo, la alimentación con poco aporte nutricional, etc.^{31, 32, 33}

Como es posible apreciar las variables de conocimientos y comportamientos, aunque se recomienda estudiarlas por separado, guardan una fuerte relación, por lo que en este estudio se consideró importante investigarlas; pero, ¿por que se marca esta poca significancia o introyección de los conocimientos con los comportamientos en cada persona?; en efecto se considera que esto obedece a factores relacionados con la cultura, el entorno físico de cada población y aspectos económicos, entre otros.

En este estudio se buscó abordar también la variable de creencias, que emanan del contexto cultural, social y económico de los jóvenes, ya que no

resultan congruentes los conocimientos formales con el sistema de creencias que se tengan y generan situaciones que impiden al individuo tomar decisiones de manera asertiva para el cuidado en materia de salud por falta de autoeficiencia de la misma persona, desde la perspectiva del aprendizaje social, ya que éstas contribuyen para eliminar o modificar las barreras que permiten actuar o generar comportamientos sin riesgo para protegerse. Esta situación es analizada con mayor detalle más adelante, por el momento solo se mencionan para justificar porque en esta investigación se buscó explorar las creencias que tienen los estudiantes, y que se pensaba que pudieran asociarse con los conocimientos y comportamientos para prevenir embarazos no planeados e ITS.

Creencias

Dados los anteriores escenarios es posible apreciar la complejidad que existe entre los conocimientos, comportamientos y creencias que tienen los adolescentes hacia su SSR; algunas investigaciones reportan que los adolescentes por sus características, viven su sexualidad con gran pasión, teniendo relaciones no planificadas llevándolos a exponerse a riesgos como lo son los embarazos no planeados y las ITS.

Los diferentes problemas resultantes en la vida sexual entre los adolescentes representan un riesgo para que éstos no culminen de manera satisfactoria su vida profesional, desencadenando la deserción escolar. Algunos estudios realizados en Cartagena, Ebais, Cuba y México muestran la relación de los comportamientos en el ámbito sexual, con las creencias y la poca significancia de los conocimientos que reciben los jóvenes de manera formal se encuentran vinculados para que se genere dicha problemática.

La deserción escolar es un problema social que tiene influencia con las creencias que tienen los estudiantes, como lo muestra una investigación que analiza las causas de abandono académico en estudiantes de odontología, señalando como una de las razones, los factores de autopercepción disminuida hacia una vida exitosa académicamente, así como entornos familiares difíciles

social y económicamente, que hace percibir a los jóvenes que la única alternativa para salir de estos ambientes es el embarazo, lo cual repercute en el inicio temprano de la vida sexual, llevándolos a afrontar decisiones prematuras y poco informadas en situaciones asociadas con la sexualidad.^{34, 35}

Diversos estudios reportan que los problemas relacionados con la sexualidad en adolescentes se asocian a las creencias, y éstas son diferentes según el contexto donde se desarrollan los adolescentes, las cuales son percibidas como a continuación lo describen varios autores:^{27, 36, 35, 36, 37, 38}

- Los adolescentes viven el amor con pasión y relaciones sexuales no planificadas.
- Durante la vida sexual a las mujeres les preocupa embarazarse, mientras que a los hombres les preocupan las ITS.
- Se percibe el embarazo como un riesgo y problema exclusivo de la mujer.
- No se percibe el aborto como un método riesgoso para interrumpir el embarazo, y este sigue siendo considerado como una opción para evitar un embarazo no deseado.
- Hay una conciencia abstracta del riesgo sin embargo se niegan a pensar en posibles consecuencia posteriores a la relación sexual a pesar de poseer la información suficiente (*lo del embarazo y de las Infecciones de Transmisión Sexual no me pasará a mí*).

Los problemas de SSR asociados con las variables de conocimientos, comportamientos y creencias nos permite reflexionar en los conceptos de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que se retoma por el modelo de N. J. Pender, la cual describe como es que los individuos toman decisiones sobre el cuidado de su propia salud a través de un compromiso interno de la persona, el cual es derivado de los aprendizajes que son significativos, el entorno sociocultural y físico; las características biológicas; la autopercepción del mismo individuo ante la situación de salud presente; etc.³⁹

Al analizar los anteriores elementos que se asocian a la salud sexual de los adolescentes se buscó incluir los componentes teóricos que permitieron la

construcción de la pregunta de investigación e hipótesis de este estudio y que se abordan en el siguiente capítulo.

CAPITULO 2. LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO CON EL MODELO DE PENDER

2.1 El modelo de Nola J. Pender: Promoción a la salud

El modelo de salud en la perspectiva de Nola J. Pender⁴⁰ mira hacia los cuidados tanto de la persona como de su familia ya que busca como involucrar a todo el núcleo para que los cuidados de enfermería tengan un verdadero impacto en la salud; el punto de mira de los cuidados se amplía de manera que todos los integrantes de la familia aprendan de sus propias experiencias.

El objetivo de los cuidados de este modelo es mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y sus miembros, activando los procesos de aprendizaje que permiten a los individuos conseguir un alto nivel de satisfacción en la vida, es decir, una manera de vivir y de desarrollarse; estos cuidados están planeados no solo por la enfermera sino en conjunto con la familia y la persona, considerando su contexto social y cultural, permitiendo modificar el papel de la persona de una posición pasiva a una postura activa responsabilizándola de su salud, haciendo uso de sus propios conocimientos y experiencias, lo cual permite hacer de los cuidados a la salud o enfermedad un verdadero estilo de vida cumpliendo así los objetivos propuestos.

2.2 Principales conceptos y proposiciones del modelo

El modelo, como nos refiere Marriner³⁹, está dicho textualmente por esta autora, con base a:

Los factores cognitivo perceptivos, definidos como “mecanismos primarios de motivación” de las actividades de promoción de la salud son los siguientes:

1. **Importancia de la salud.** Las personas que tienen una alta valoración de la salud es más probable que intenten promover la propia.
2. **control percibido de la salud.** La percepción de la persona de la capacidad propia para influir en su salud estimula su deseo de conseguir dicho estado de salud.

3. **autoeficacia percibida.** El hecho de que una persona este firmemente convencida de que una conducta es asumible, puede influir en que se alcance dicha conducta.
4. **definición de salud.** La definición de cada uno sobre el significado de la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un máximo nivel de bienestar, puede influir en los intentos de modificar la conducta.
5. **estado de salud percibido.** El estado actual de sensación de bienestar o malestar puede determinar la probabilidad de que se adopten conductas favorecedoras de la salud.
6. **beneficios percibidos de las conductas.** Las personas pueden sentirse mas inclinadas a iniciar o continuar una conducta favorecedora de la salud cuando consideran que los beneficios que pueden obtener de ella son importantes.
7. **obstáculos percibidos para las conductas que favorecen la salud.** La convicción de cada persona de que una actividad o conducta es difícil o imposible de conseguir puede influir en su propósito de comprometerse con ella.

El modelo revisado de la promoción de la salud señala como conceptos adicionales los siguientes:

1. **la conducta correspondiente previa** es un factor que tiene efectos directos e indirectos. El hecho de que el comportamiento futuro se vea influido por el éxito o por el fracaso de intentos precedentes de ejercer actos similares es coherente con la importancia dada a la percepción de la propia eficacia.
2. **la relación efecto-actividad.** Se establece cuando se asocian subjetivamente a una determinada conducta sentimientos positivos o negativos que ejercen influencia directa en el cumplimiento de dicha conducta e indirecta en la potenciación de la propia eficacia.
3. **el compromiso con un plan de acción.** Se refiere al propósito de seguir una estrategia planificada, que se traduce en un comportamiento formal con uno mismo y con otra persona.
4. **las demandas y las preferencias inmediatas contrapuestas.** Afina las nociones de “beneficios y obstáculos”, mediante la visión de las posibles conductas alternativas a la planeada, antes de poner esta en práctica.

Las demandas contrapuestas se refieren a los conflictos sobre los que la persona tiene un control escaso, como el llanto de un niño cuando es el momento de practicar ejercicio. Las preferencias concurrentes son las conductas alternativas sobre las que se tiene un control alto, como cuando se elige como merienda un helado en vez de manzana, por que se prefiere el sabor.

Otros factores modificantes como la edad, el sexo, la educación, el nivel de ingresos, los modelos familiares de conductas de promoción de la salud y las expectativas de las personas significativas también intervienen en la determinación de tales conductas promotoras de la salud, no obstante, la influencia de estos factores en el comportamiento es siempre indirecta, ya que la única influencia directa es la debida a los factores cognitivo-perceptivos.

Pender en su obra *Health Promotion In Nursing Practice* estudia como los individuos toman decisiones sobre el cuidado de su propia salud; con su modelo identifica factores cognitivos-perceptivos (importancia de la salud, control percibido de la salud, autoeficacia percibida, definición de la salud, estado de salud percibido, beneficios percibidos de las conductas promotoras de la salud y barreras percibidas de las conductas promotoras de la salud) en el individuo como la importancia de la salud, los beneficios derivados de las actividades de promoción a la salud y las barreras a estas actividades, donde estos factores pueden ser modificables (características demográficas y biológicas, influencias interpersonales y los factores de situación y conductuales) y ayudan a predecir la participación de las conductas de promoción de la salud (probabilidad de comprometerse con éstas, que es el principio de la acción), es decir, la conducta previa y las características heredadas y adquiridas van a influir en las creencias, en el afecto lo cual dará como resultado conductas generadoras de la salud en la persona y su familia comprometiéndolo a los individuos a adoptar conductas que anticipan beneficios valorados en forma personal; hace un modelo conceptual basado en la intervención de los cuidados de salud primarios, utilizando como referencia la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977), quien hace referencia a la pedagogía a través del modelo conductual, sustentando su teoría en que un conocimiento logra ser realmente significativo cuando va acompañado de una

experiencia previa lo cual consigue en la persona una forma de aplicar los conocimientos a la práctica en este caso a su vida.^{41, 42}

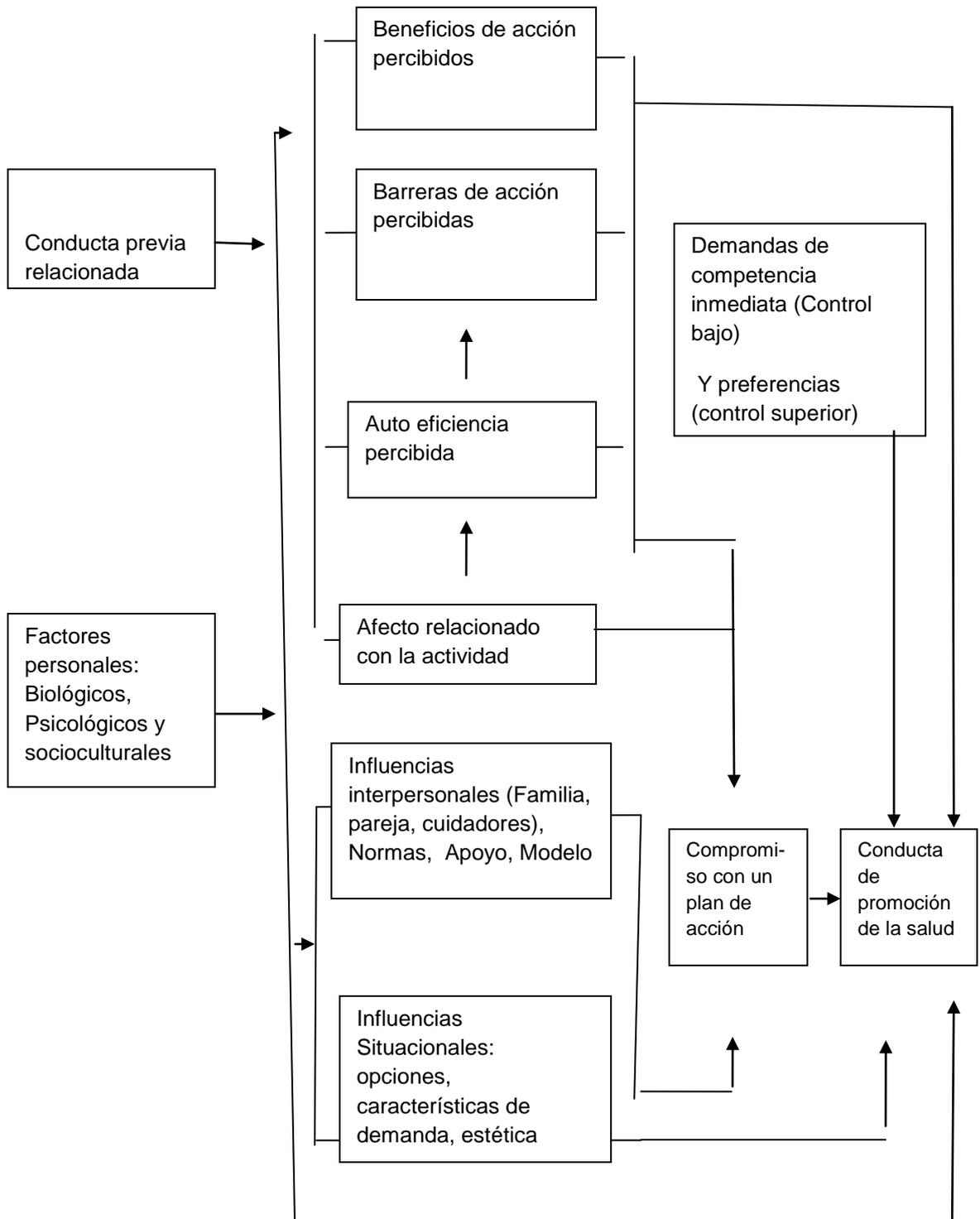
Como se mencionó; el modelo de N. Pender, se basa en la teoría del aprendizaje social, que permite describir los mecanismos causales, predecir y explicar los componentes del estilo de vida en la promoción a la salud del individuo y con ello desarrollar intervenciones de enfermería desde el contexto de la persona y su familia, que al trabajarse conjuntamente con el resto del equipo de salud permitirá desarrollar un plan de cuidado que promuevan estilos de vida saludables a través de cambios creativos y estabilidad.

Algunas investigaciones señalan la evidencia de ello con la familia y la persona, como lo demuestra un estudio realizado en Yucatán donde se evaluó el concepto de salud de acuerdo en cuatro dimensiones; clínico, funcional, adaptativa y eudemonístico (fin último de la felicidad espiritual), que incluía 74 familias Mayas, encontrándose que a mayor edad mayor conciencia sobre el cuidado de la salud; se encontró que las mujeres son más responsables del cuidado y por ende se vuelven promotores de conductas generadoras de la salud, mientras que los conocimientos de medidas benéficas para sus estilos de vida constituyen una herramienta importante para la adopción de nuevos patrones de vivir, los cuales se vuelven significativos para la persona, pues son aprendidos por conductas positivas observadas en su equilibrio de vida y salud.⁴³

Otro estudio realizado analizó la relación de la autoestima con el estilo de vida del adolescente farmacodependiente fundamentándose en el modelo de N. J. Pender, los resultados revelaron que existe una asociación significativa entre autoestima y estilo de vida de los participantes, lo cual confirman la trascendencia de la autoestima, como un proceso biopsicosocial complejo que motiva a los individuos a comprometerse con conductas que fomenten su salud.⁴⁴

2.3 Esquema del modelo

Figura.1 Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender



El modelo de N. J. Pender se basa en los conceptos de la teoría del aprendizaje social que se produce en un **contexto social**, como lo refiere A.

Bandura el cual considera que las personas aprenden unas de otras, incluyendo conceptos tales como el aprendizaje por observación, imitación y el modelado.⁴⁵

El autor de ésta teoría señala que:

1. Las personas pueden **aprender mediante** la **observación** del comportamiento de los demás y los resultados de esas conductas.
2. El aprendizaje puede ocurrir **sin un cambio** en el comportamiento. Los conductistas dicen que el aprendizaje tiene que ser representado por un cambio permanente en la conducta, a diferencia de los teóricos del aprendizaje social, porque la gente puede aprender a través de **la observación sola**, su aprendizaje no necesariamente puede ser mostrado en su desempeño. El aprendizaje puede o no resultar en un cambio de comportamiento.
3. El conocimiento juega un **papel** en el aprendizaje. Durante los últimos 30 años la teoría del aprendizaje social se ha convertido **cada vez más** en su interpretación **cognitiva** del aprendizaje humano. La conciencia y las expectativas de futuros refuerzos o castigos pueden tener un efecto importante en los comportamientos que exhiben las personas.
4. La teoría del aprendizaje social puede ser considerado como un puente o una **transición** entre las teorías del aprendizaje conductista y teorías del aprendizaje cognitivo.

Bandura establece diferencias entre la adquisición de conocimientos (aprendizaje) y el desempeño observable, basado en tales conocimientos (conductas), con base a la teoría del aprendizaje cognitivo social, en este último punto se distinguen dos tipos de aprendizaje; el aprendizaje activo, en el cual se logra realizar y experimentar las consecuencias de los propios actos; y por otro lado el aprendizaje vicario, que es el que ocurre de observar a otros.⁴⁶

2.4 Definición conceptual de los conocimientos, creencias y comportamientos

Los componentes teóricos y conceptos de N. J. Pender y Albert Bandura fueron la base para definir las variables que se analizaron en este estudio y por ende para la construcción del instrumento de recolección de la información.

2.4.1. Conocimientos

Al evaluar los conocimientos es necesario relacionarlos con la capacidad que tienen las personas de reflexionar acerca de los conocimientos adquiridos y la capacidad de aplicarlos en el mundo real a través de competencias, por lo cual los conocimientos se definen como “la capacidad de los alumnos para aplicar los conocimientos y habilidades, para analizar, razonar y comunicarse con eficiencia cuando se plantean, resultan e interpretan problemas relacionados con distintas situaciones”; considerando que las competencias se adquieren no solo en la escuela, sino en el contacto diario con la familia, los amigos y el entorno en general.⁴⁷

En este estudio se conceptúan los conocimientos como: el grado de conocimientos, de la información relativa a una o varias enfermedades, necesarios para conseguir y mantener un estado de salud óptimo. También es el conjunto de saberes y experiencias que tienen los adolescentes acerca de los las ITS y el uso del condón como una manera de prevención, así como de los métodos anticonceptivos para la prevención de un embarazo y su uso.⁴⁸

Dentro de los contenidos de estos dos conceptos se hayan: el conocimiento de las ITS y sus modos de transmisión, el reconocimiento de los signos y síntomas de ITS y conocimiento de los métodos de planificación familiar, sus indicaciones o contraindicaciones y su uso para la prevención de un embarazo.

2.4.2 Creencias

Las creencias son consideradas como el componente subjetivo del saber, la creencia versa sobre lo representado por el juicio; la creencia es un sentimiento especial indefinible que nos permite distinguir en nuestro interior lo que

asentimos de lo que imaginamos, dudamos o negamos. Creer es un sentimiento o un acto de una cualidad específica que ocurre en la mente de un sujeto; por lo tanto sólo es accesible a este sujeto; sólo el podrá percatarse de esta ocurrencia, por que solo el tiene acceso a los datos de su propia conciencia, las creencias para Husserl son actos de disposición que pueden ser o no concientes. Las creencias se hayan impregnadas de convicciones religiosas, políticas o morales también, aunque poco frecuentes, de convicciones científicas; se acompañan de sentimientos vagos de seguridad.⁴⁹

Ante esta situación se considera que no existe una estrategia cuantitativa que nos permita medir las creencias, dado que varían de una persona a otra en gran manera y se hayan en los campos filosóficos, subjetivos y culturales, por lo tanto solo es posible describirlas de manera cualitativa a través de algunos indicadores que permiten categorizarlas, como los que a continuación se mencionan:

Indicadores de creencias para posponer la iniciación sexual:⁵⁰

- creencias acerca de la actividad sexual,
- razones para abstenerse o tener relaciones sexuales,
- creencias acerca del sexo y los medios de comunicación,
- comunicación personal,
- autoeficacia (por ejemplo, confianza en la capacidad de uno mismo para negociar el uso de preservativos cuando sea necesario),
- intenciones del comportamiento y
- comportamientos reales

2.4.3 Comportamientos

Desde la perspectiva de un modelo de gestión por competencias, se considera que un comportamiento son las conductas observables utilizadas para detectar y medir las competencias cognitivas, ya que a través de éstas se genera un desempeño favorable; en este caso, en el reconocimiento de ITS, la utilización consistente del preservativo con parejas no comerciales; así como métodos de prevención del embarazo.⁵¹

En esta investigación retomando los conceptos de Bandura, las competencias se considera que son adquiridas a través de la observación del entorno y la vivencia de cada adolescente a lo largo de su desarrollo y que le permitirán adoptar comportamientos de riesgo o sin riesgo para la protección de su salud sexual a través de una autopercepción y autoeficiencia positiva de sus capacidades para prevenir un embarazo no planeado e ITS.

La OMS³⁴ identifica que los adolescentes no pueden actuar de manera coherente con sus conocimientos, de tal manera que los evaluadores tienen que medir el comportamiento por separado, el cual se propone evaluar a través de indicadores de efectos/impacto, así como indicadores de resultado.

A partir de esto se derivan algunos indicadores:

- Edad promedio para la primera relación sexual
- Juventud sexualmente activa
- Jóvenes con múltiples parejas
- Número de parejas sexuales entre las personas jóvenes
- Jóvenes que utilizaron condón en la última relación sexual
- Jóvenes que utilizaron el condón en su primera relación sexual
- Utilización de condón en la última relación sexual entre hombres jóvenes
- Utilización consistente del condón durante las relaciones sexuales comerciales o no comerciales entre hombres jóvenes
- Porcentaje de jóvenes que identifican correctamente 3 maneras principales de transmisión sexual de VIH y que rechazan 3 falsas ideas más extendidas acerca de la prevención y transmisión de VIH

A partir de estas premisas los conocimientos, comportamientos y creencias en éste estudio son abordados con los siguientes dominios para su estudio

Conocimientos en MPF e ITS:

- Conocimiento de los métodos los métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo
- Conocimiento de ITS y formas de transmisión sexual

- Reconocimiento de síntomas de ITS

Comportamientos con relación a los MPF e ITS:

- Utilización de los MPF para la protección de un embarazo no planeado
- Utilización del preservativo

Creencias que tiene los adolescentes acerca la sexualidad la cual se haya impregnada de otros conceptos como son el noviazgo, el amor, manifestaciones de afecto, la responsabilidad, lo que se experimenta cuando se está embarazada y que influyen en los adolescentes para sus comportamientos sexuales

- Creencias para la iniciación de vida sexual activa
- Responsabilidad durante las prácticas sexuales

CAPITULO 3. CONTEXTO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

3.1 La Carrera de Enfermería

Los estudiantes de la Carrera de Enfermería son jóvenes con edades oscilantes entre 17 y 24 años en general, la escuela que se utilizó como lugar de la investigación se encuentra en el área metropolitana, circundada por municipios del Estado de México y delegaciones del Distrito Federal, es una zona urbana, que cuenta con todos los servicios.

El perfil de la población estudiantil es de importancia analizarlo, ya que se ha observado que este constituye un factor asociado al desempeño escolar de los alumnos durante su vida académica; existen algunas investigaciones que exploran cuales son las características de los estudiantes desde diferentes perspectivas, como son los factores económicos, sociales, culturales y antecedentes curriculares de los padres a fin de dar respuesta a dicho desempeño.

En esta tesis, se analizó dicho perfil a fin de contextualizar a la población en estudio, por lo que se llevó a cabo la búsqueda de información que permitiera comprender el entorno que rodea a los jóvenes.

Dos trabajos^{52, 53} identificaron las características, los antecedentes históricos del perfil y las tendencias en diferentes aspectos socioeconómicos que definen a la población que atiende la UNAM en sus diferentes espacios a nivel medio superior.

Los resultados fueron que la población estudiantil no es homogénea en términos socioeconómicos; por lo regular cuentan con condiciones materiales suficientes para estudiar y con familias interesadas en la educación de sus hijos, ya que según antecedentes han sido inscritos desde una edad temprana, han asistido cotidianamente a la escuela y aprobado los cursos escolares; entre el 98 y 99% de los alumnos que ingresan son solteros, sin embargo esta situación no los exime de los cambios en los patrones de transición de la vida adulta; el 99.2% precede de escuelas públicas de la zona urbana del Estado de México y Distrito Federal; es frecuente observar que los alumnos trabajan por

el interés de adquirir experiencia, por aprender y por compromiso familiar ya que en su mayoría los gastos escolares son solventados por la familia; los alumnos que ingresan tienen padres que son empleados en un 44%; el 19% prestan servicios diversos; 12.2% son comerciantes y el 10.5% obreros; solo una minoría 3.1% son directivos y/o empresarios; mientras que el 0.6% son campesinos. En cuanto al nivel de escolaridad de los padres el 36% manifiesta tener primaria o menos, el 26% indicó que la instrucción era de secundaria, otro 26% indicó que sus padres tenían bachillerato o carrera técnica, mientras que el 3% solo cuenta con nivel licenciatura. Al estudiar los aspectos económicos, el 44% considera que tiene muchos problemas económicos, el 36% considera que es regular su situación, mientras que el 15% restante considera tener muchísimos problemas económicos.^{52, 53}

El perfil socioeconómico de los alumnos en una de las sedes de la UNAM de las diferentes carreras impartidas dentro de ésta institución; al analizar el clima cultural, familiar, situación económica y estructura familiar, así como rasgos de los estudiantes, señala que el 75% corresponde al sexo femenino, mientras que el 25% al masculino, con edades entre 20 y 21 años en un 89%, siendo un 19% los mayores de 22 años; del total de la población encuestada el 29% representó a los estudiantes de enfermería y el porcentaje restante a las otras profesiones, como psicología, cirujano dentista, ingeniería química y médico cirujano.⁵³ También se encontró que el 55% de los encuestados consideran que la relación con su familia es buena, el 34% excelente, sin embargo el 11% manifestó no tener una buena relación; concluyendo con esto que la mayoría de los alumnos tienen una adecuada relación familiar, siendo el padre con quien manifestaron tener una mejor relación.⁵²

Con relación a la enseñanza curricular recibida por los alumnos de Enfermería,⁵⁴ esta es abordada desde una perspectiva multidisciplinaria, considerando las tendencias y los comportamientos epidemiológicos de los problemas de salud que afectan a nivel mundial y a nuestro país; esperando que los egresados de la carrera puedan incidir con su participación profesional modificando la situación de salud en el ámbito de su competencia, esto mediante una práctica profesional anticipatoria y programada basada en el enfoque de riesgo que promueva el incremento de acciones de prevención y la oportuna atención de

enfermería a individuos o grupos de población que requieren cuidados de diversa complejidad, en los tres niveles de atención con énfasis particular en el primero y segundo nivel.

Las premisas del sistema de enseñanza de la institución donde se realizó la investigación, ofrecen una vinculación entre la teoría y la práctica, donde los profesionales desempeñan acciones para la solución de problemas, desde un enfoque de multidisciplinariedad integrando la información, las técnicas y metodologías que provienen de diversas disciplinas a la docencia en el servicio a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje activo que permite al estudiante construir su propio conocimiento mediante su acción con el medio y la información pertinente para explicarse la realidad o la producción de nuevos conceptos a partir de su marco teórico e ideológico.

Para fines de este estudio se considera importante mencionar que durante el curso del 2º año de la carrera, los estudiantes adquieren las herramientas necesarias desde un enfoque multidisciplinario para que aborden la problemática de la pareja y los procesos de reproducción en aspectos relacionados con el crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente; reproducción y desarrollo humano; embarazo, parto, puerperio y recién nacido; alteraciones del aparato reproductor, tanto femenino como masculino y epidemiología de la problemática de salud reproductiva.

La finalidad de describir de manera general el contexto donde se desarrollan los estudiantes, no es el de evaluar la formación recibida en la escuela, sino más bien de presentar un panorama global que permita dar lugar a preguntas de investigación e hipótesis futuras y posteriores a los resultados de esta investigación, de igual manera, el comprender algunos aspectos relacionados con los comportamientos, las creencias que presenta este grupo.

SEGUNDA PARTE: METODOLOGÍA Y RESULTADOS

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio y población

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal en los y las adolescentes de la Carrera de Enfermería a nivel licenciatura con edades comprendidas entre los 17 y 24 años, (considerando los límites de edad para adolescencia tardía y las edades probables según el ciclo escolar) aplicando un cuestionario a la población de estudio, cuyo objetivo principal se enfocó en analizar los conocimientos y comportamientos que poseen los estudiantes de Enfermería en materia de salud reproductiva en los componentes de MPF para la prevención de un embarazo no planeado; las ITS; así como explorar las creencias en torno a la sexualidad para el inicio de las relaciones sexuales.

4.2 Muestra

Para cálculo de la muestra se consideró el registro contenido en la población inscrita en el periodo 2008-2009 del ciclo escolar.⁵⁵

N= 1221

1º año= 417

2º año= 302

3º año=258

4º año= 244

Con $p= 0.01$

s^2 = varianza de la muestra expresada como probabilidad de ocurrencia= $p(1-p)= 0.9$

se= error estándar determinado por el grupo de investigadores menor al 0.015= error estándar

$V^2 =$ varianza de la población al cuadrado = $(se)^2 = (0.015)^2 = 0.000225$

$n' =$ tamaño de la muestra sin ajustar

$n =$ tamaño de la muestra

1. $n' = s^2 / V^2$
2. $n = n' / 1 + n'/N$

Sustituyendo;

1. $n' = 0.09 / 0.000225 = 400$
2. $n = 400 / 1 + 400 / 1221 = 400 / 1.33 = 300$

Para calcular cada estrato:

$f_h = n/N$

$f_h = 300/1221 = 0.2457$

$(N_h) (f_h) = n_h$

1º año = $(417) (0.2457) = 102$

2º año = $(302) (0.2457) = 74$

3º año = $(258) (0.2457) = 63$

4º año = $(244) (0.2457) = 60$

$n = 299$ a encuestar = 300 redondeando

4.3 Criterios de selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Se incluyeron los jóvenes que cubrían las siguientes características:

- Que tenían entre 17 y 24 años en el momento de la encuesta
- Jóvenes se encontraran inscritos a los años 1º, 2º, 3º y 4º de la Licenciatura en Enfermería,

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Se excluyeron quienes no deseaban participar en la investigación, y los que no fueron localizados durante la misma.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: Cuestionarios incompletos

4.4 Operacionalización de variables

VARIABLES: SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
EDAD	Años cumplidos al momento del estudio.	Edad en el momento de aplicar el instrumento	Años	<i>INTERVALAR</i>
SEXO	Características fenotípicas de los individuos encuestados.	1= hombre 2= mujer	Sexo	<i>NOMINAL</i>
ESTADO CIVIL	Situación civil en el momento de la entrevista	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado(a)	Situación civil al momento del estudio	<i>NOMINAL</i>
NIVEL DE ESTUDIOS	Grado de estudios al momento de la entrevista.	1. 1º. Año 2. 2º. Año 3. 3er. Año 4. 4º. Año	Año que cursaba en la carrera	<i>ORDINAL</i>

VARIABLES DE CONOCIMIENTO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
CONOCIMIENTOS	Grado de conocimientos expresados sobre Métodos de Planificación Familiar para prevención del embarazo así como de la información relativa a una o varias enfermedades, necesarios para conseguir y mantener un estado de salud óptimo. En otras palabras conjunto de saberes que tienen los adolescentes acerca de los métodos considerados como de planificación familiar para prevenir un embarazo	La variable de conocimiento se midió a través de preguntas cerradas con opciones de respuesta que se categorizaron en una base de datos como : 1= Correcta 2= Incorrecta Para la calificación del nivel de conocimientos, se establecieron los siguientes valores de corte: 0 a 4 respuestas correctas, deficientes conocimientos; de 5 a 8 respuestas correctas, conocimiento regulares; y de 9 a 12 respuestas correctas, conocimientos suficientes.	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento de los diferentes MPF Conocimiento de las ITS Reconocimiento de síntomas de ITS Conocimiento de forma de adquirir un a ITS 	ORDINAL Y NOMINAL

VARIABLE DE COMPORTAMIENTOS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
COMPORTAMIENTOS	Conductas observables y de percepción hacia la utilización de métodos de planificación familiar para prevenir un embarazo no planeado y conductas observables que se utilizan para medir las competencias para la utilización del condón	La variable de comportamientos se midió a través de preguntas cerradas con opciones de repuesta las cuales tuvieron una ponderación de 1 hasta 3 puntos, según la respuesta, donde la sumatoria total de puntos en los ítems fue de 25 puntos. Posteriormente se establecieron los siguientes rangos de valores: Los comportamientos se agruparon en: Sin riesgo cuando tenían de más de 7 respuestas positivas; mediano riesgo cuando tenían de 3 a 6 respuestas positivas; y riesgo alto cuando tenían menos de 3 respuestas positivas	<ul style="list-style-type: none"> Competencias en el uso de los MPF para la prevención de un embarazo no planeado Uso del preservativo 	ORDINAL Y NOMINAL

VARIABLE DE CREENCIAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
CREENCIAS	<p>Creencia: Es considerada como el componente subjetivo del saber, la creencia versa sobre lo representado por el juicio; es un sentimiento especial indefinible que nos permite distinguir en nuestro interior lo que asentimos de lo que imaginamos, dudamos o negamos, para Husserl son actos de disposición que pueden ser o no concientes. Las creencias se encuentran impregnadas de convicciones religiosas, políticas o morales, aunque también, aunque poco frecuentes de convicciones científicas; se acompañan de sentimientos vagos de seguridad.</p> <p>En este estudio se consideró que son las creencias que tienen los estudiantes en torno al inicio de la vida sexual como son el noviazgo, el amor, manifestaciones de afecto, la responsabilidad, lo que se experimenta cuando se está embarazada y que influyen en los jóvenes para sus comportamientos sexuales</p>	<p>Para la medición de las creencias se realizaron preguntas cerradas con opciones de respuesta y algunas abiertas que se categorizaron por la frecuencia de las mismas en alguno de los dominios</p> <p>En la variable de creencias se midieron con los siguientes parámetros de corte, más de 3 respuestas correctas, creencias favorables y menos de 2 respuestas correctas, creencias desfavorables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias para la iniciación de vida sexual activa • Responsabilidad durante la sexualidad 	NOMINAL

4.5 Procedimientos para la recolección de los datos y manejo del análisis estadístico

Se recolectó la información de forma directa por la alumna del Programa de Maestría en Enfermería, con la autorización de las autoridades institucionales y del profesor que en ese momento se encontraba en el aula, se les invito a los alumnos de forma verbal, agendando una cita en grupos de 15 adolescentes; la aplicación del instrumento se llevó a cabo en un espacio físico facilitado por la escuela con la suficiente privacidad, previo consentimiento informado a cada participante, a quienes se les enfatizó que en caso de desistir a participar en el estudio no tendría repercusiones de ningún aspecto.

Los datos se capturaron en una base de datos en SPSS versión 15 donde se realizó el análisis estadístico. Las variables se analizaron utilizando estadística descriptiva, que incluyó las frecuencias simples de las características sociodemográficas de los adolescentes participantes en la muestra; se midió la calificación total de los conocimientos la cual fue de 12 estableciendo los

siguientes valores de corte: más de 9 respuestas correctas, conocimientos suficientes; de 5 a 8 respuestas correctas, conocimientos regulares; menos de 4 respuestas correctas conocimientos deficientes.

En la variable que midió los comportamientos, la calificación total de respuestas correctas fue de 9 estableciendo los siguientes valores de corte: sin riesgo cuando tenían de más de 7 respuestas positivas; mediano riesgo cuando tenían de 3 a 6 respuestas positivas; y riesgo alto cuando tenían menos de 3 respuestas positivas.

En la variable de creencias, se midió la calificación total de respuestas la cual fue de 4 estableciendo los parámetros de corte, más de 3 respuestas positivas, creencias favorables y menos de 2 respuestas correctas, creencias desfavorables.

Finalmente se correlacionaron las variables de conocimientos con comportamientos entre sí; así como cada una de éstas con las variables sociodemográficas para identificar la relación de las mismas.

4.6 Instrumento

Se utilizó un instrumento elaborado por los investigadores responsables, el cual se sometió a validación de contenido con expertos en el tema y metodología de investigación; dicho instrumento recolectó información que sirvió para proporcionar datos relevantes a las variables de estudio las cuales fueron divididas en dos apartados del instrumento, donde la primera parte recogió información relacionada con las características sociodemográficas de la población; mientras que la segunda parte estuvo compuesta por las variables de conocimientos, los comportamientos, y creencias.

Estas variables se elaboraron con las siguientes características:

- *Conocimientos:* En esta variable se incluyeron los indicadores que permitían medir la información que poseían los jóvenes en aspectos relacionados con los MPF para la prevención de un embarazo no planeado; así como aspectos relacionados con la identificación de las ITS y las formas de transmisión, de manera general, a través de preguntas cerradas.

- *Comportamientos:* En esta variable se incluyeron indicadores que permitían medir la utilización de los MPF para protegerse de un embarazo no planeado y del preservativo como una forma de protección hacia las ITS, esto también a través de preguntas cerradas y algunas abiertas.
- *Creencias:* Dado que los conocimientos se generan a partir de factores cognitivos que resultan de influencias del entorno y que por estos entornos se hayan influenciados por creencias culturales, en el instrumento también se abordaron aspectos relacionados con los indicadores que permitieron explorar algunas de las creencias en torno a la sexualidad, principalmente para la iniciación de la relación sexual y su implicación, social, económica y emocional, las cuales a juicio de los responsables de esta investigación; aunque se conoce que las creencias varían de una población a otra, que se ubican en el campo cultural y por lo tanto no es posible emitir un juicio de “buenas o malas creencias”, se buscó explorar a través de preguntas abiertas, si estas eran favorecedoras o desfavorecedoras para la prevención de riesgos ante un embarazo no planeado e ITS.

La confiabilidad del instrumento se determinó utilizando la prueba de Kuder y Richardson 21 (KR21) la cual fue de 0.60.

4.7 Consideraciones éticas

El estudio se realizó bajo las disposiciones de la Ley General de Salud que en materia de investigación para la salud; en el Título Quinto, Capítulo único, con sus ocho artículos (del 96 al 103) se establecen las bases generales para normar toda la investigación médica.⁵⁶

Y con base al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en el Título Segundo, (de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos), Capítulo 1 sobre las disposiciones comunes, del Artículo 13 donde se señala lo siguiente: “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar”.⁵⁷

Por otra parte, de acuerdo con el artículo 17 del mismo Reglamento donde se señala la probabilidad de riesgo para el sujeto investigado, cabe mencionar que el trabajo propuesto no representó ningún riesgo para los individuos involucrados, sin embargo, se llevó a cabo el consentimiento informado de manera escrita (anexo 3) y verbal ante cada participante, así también se realizó la gestión necesaria con el área correspondiente, para lograr la colaboración de los participantes, cumpliendo así con lo estipulado en el artículo 21, específicamente en sus fracciones:

I. Cuando se dé a conocer la justificación y los objetivos de la investigación.

III. Al explicar las molestias o los riesgos esperados

V. Al garantizar que se dará respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

VII. Se dará la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento para dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, y

VIII. Asegurando que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

También se considerará lo convenido en el Código Ético de enfermería⁵⁸, específicamente en el capítulo segundo: De los deberes de las enfermeras para con las personas, en sus artículos:

2°. “Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado”

3°. “Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias”, y

5°. “Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona”

Y en relación al capítulo cuarto: De los deberes de las enfermeras para con sus colegas, en sus artículos:

19°. “Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal”

21°. “Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos” y,

22°. “Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.”

Dado que en esta investigación se consideró que el riesgo era mínimo, solo se necesitó del consentimiento informado a través de una carta para ello, donde con la firma de autorización de los participantes manifestaron su aceptación de participar en el estudio; cabe señalar que se les informó el objetivo del estudio y el manejo que se les daría a los datos, garantizándoles que los resultados de este trabajo serían representados de manera grupal, y no se mencionarían a nombres en específico, de igual manera se les informó que su deseo de no participar en el estudio no repercutirá de ninguna manera en los contactos que se tengan con las instituciones escolares y de salud.

4.8 Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto representada por el 10 % del total de la muestra, con participantes que reunieron los mismos criterios de selección de la población en estudio. La prueba piloto permitió identificar la comprensión de las preguntas y el rendimiento de la escuela y de los investigadores en lo referente al posible número de adolescentes a entrevistar por día. De igual manera permitió un primer acercamiento al estudio.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

5.1 Estadística descriptiva: Caracterización de la muestra

Se encuestaron 300 estudiantes de enfermería de nivel licenciatura de los diferentes grados académicos (1º; 2º; 3º y 4º), con edades comprendidas entre los 17 a 23 años, obteniéndose un promedio de edad de 20 años \pm 1.6 DS. El 70.7% de la población encuestada tenía vida sexual activa, el 29.3% no la habían iniciado aun. Otras variables sociodemográficas estudiadas fueron la edad, el sexo, el estado civil y el grado académico que cursaban los adolescentes en la carrera, como se observa en la Tabla 1.

Los datos sociodemográficos por grado académico fueron los siguientes:

En los estudiantes del 1º año, se encontró que la edad promedio fue de 18.9 años \pm 1.3 DS; de los 102 encuestados, un 23.5% correspondió al sexo masculino y el 76.5% al sexo femenino; mientras que el 76.2% eran solteros; el 11.2% casados y el otro 11.2% vivía en unión libre; el 58.8% eran sexualmente activos.

De los 74 alumnos del 2º año encuestados, la edad promedio fue de 19.5 años \pm 1.2 DS; el 23% fueron hombres y el 77% mujeres; el 90.5% eran solteros y el 9.5%, vivían en unión libre; el 75.7% eran sexualmente activos.

En los 63 alumnos del 3º año encuestados; la edad promedio fue de 20.7 año \pm 1 DS s; el 33.3% fueron hombres y el 66.7% mujeres; el 85.7% eran solteros, el 4.8% eran casados; un 6.3% vivía en unión libre y el 3.2% se encontraban divorciados; el 69.8% eran sexualmente activos.

Finalmente de los 61 alumnos que cursaban el 4º año; la edad promedio fue de 21.7; el 33.4% fueron hombres y el 78.7% mujeres; el 85.5% eran solteros; el 11.5% casados y el 4.9% vivía en unión libre, en tanto el otro 4.9% eran ya divorciados; el 85.2% eran sexualmente activos.

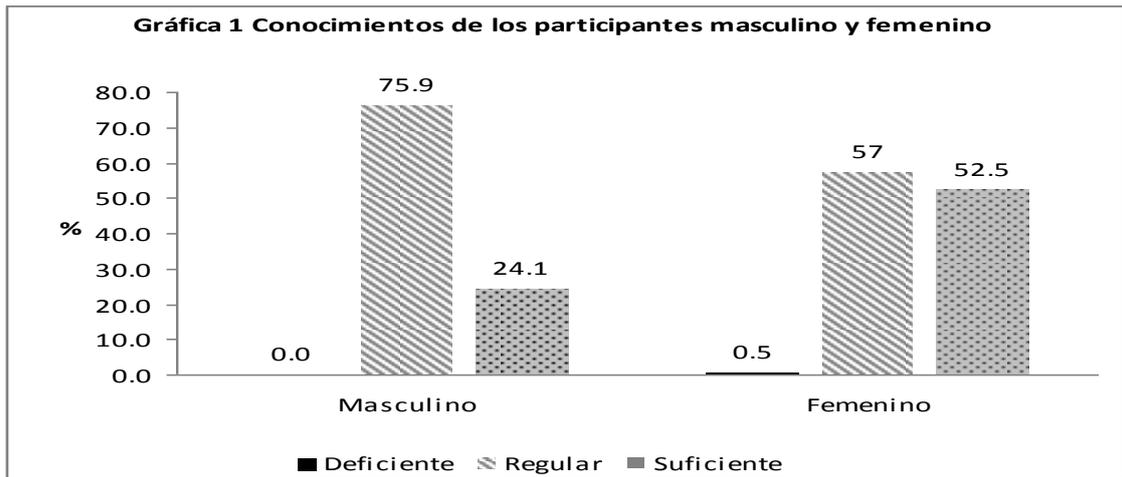
Tabla 1 Variables sociodemográficas de la población general

	1º. Año	2º. Año	3º. Año	4º. Año
Variable / Año que cursa la carrera	n= 102	n= 74	n= 63	n= 61
N= 300	%	%	%	%
Edad				
Menores de 19 años	75.0	56.7	15.9	100.0
Mayores de 20 Años	25.0	43.3	84.1	100.0
Sexo				
Hombres	23.5	23.0	33.4	27.9
Mujeres	76.5	77.0	66.6	72.1
Estado civil				
Soltero	76.2	90.5	85.7	78.7
Casado	11.9	0.0	4.8	11.5
Unión libre	11.9	9.5	6.3	4.9
Divorciado	0.0	0.0	3.2	4.9

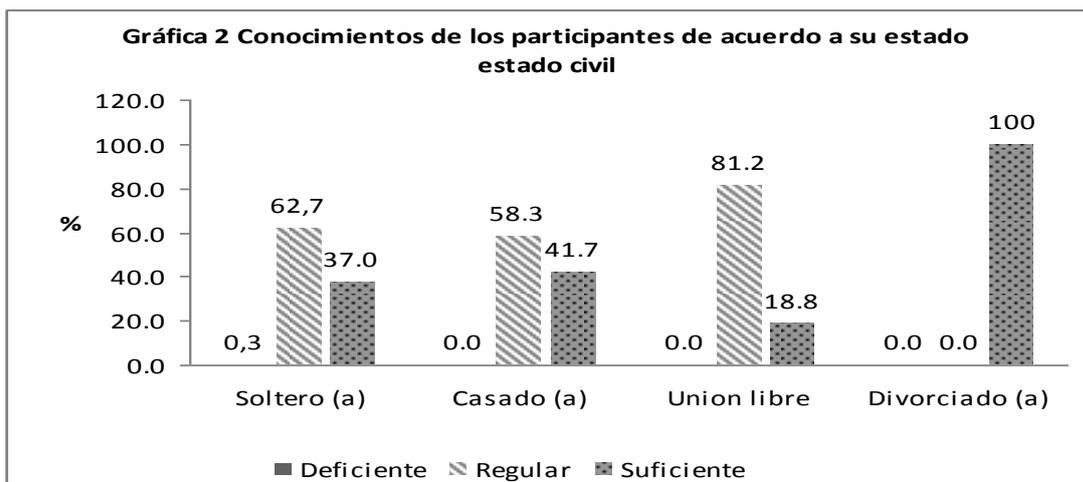
5.1.1 Conocimientos acerca de MPF e ITS

Al explorar el nivel de conocimientos, comportamientos y creencias en los adolescentes; en la dimensión de conocimientos acerca de los MPF e ITS se encontró en el total de la población que el 30.3% tuvo conocimientos suficientes; el 69.3% demostró tener conocimientos regulares y el 0.4% deficientes conocimientos.

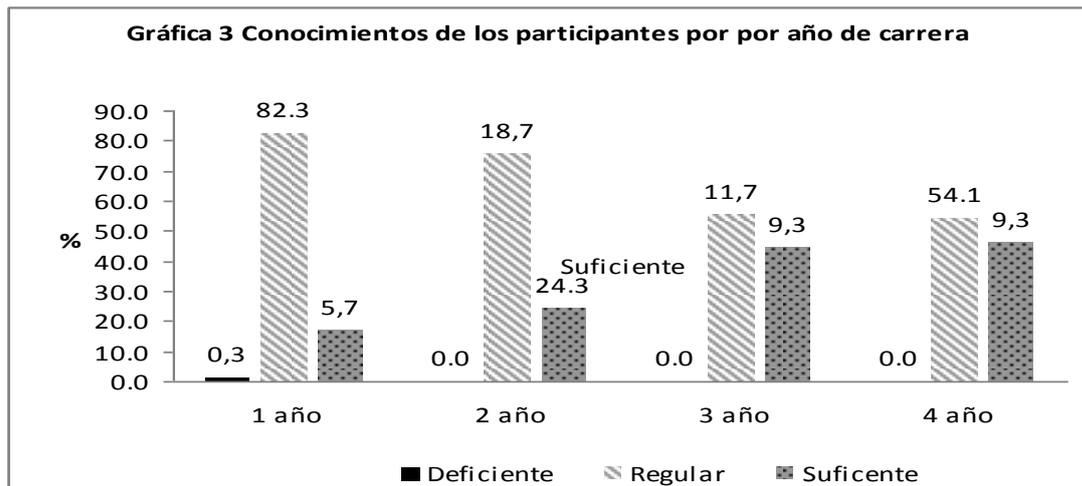
A continuación se presenta la descripción de los conocimientos, según su sexo, estado civil y año que cursa la carrera cuyos resultados pueden observarse en las gráficas 1 a la 3.



Como es posible ver en la gráfica 1, los mayores niveles de conocimientos fueron obtenidos por las mujeres con un 52.5%; sin embargo un 0.5% tuvo conocimientos deficientes; en los hombres predominaron los conocimientos regulares con un 75.9%.



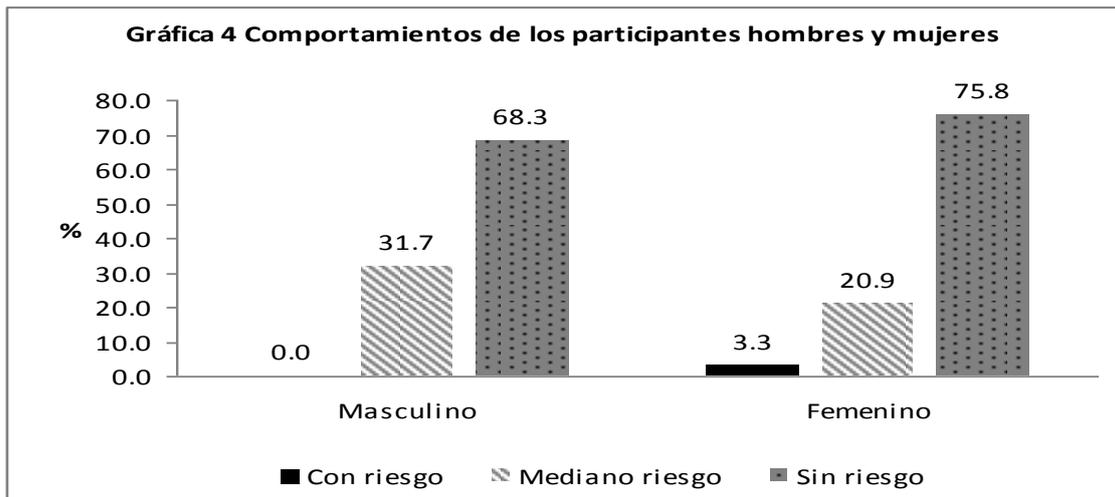
En la gráfica 2 se aprecia que los mayores niveles de conocimientos (100%), los obtuvieron los divorciados, seguido de los jóvenes casados, posteriormente los solteros y finalmente los que vivían en unión libre, mientras que los solteros en un 0.3% mostró tener conocimientos deficientes; se aprecia predominio en los niveles de conocimientos regulares en todos los grupos, a excepción de los divorciados.



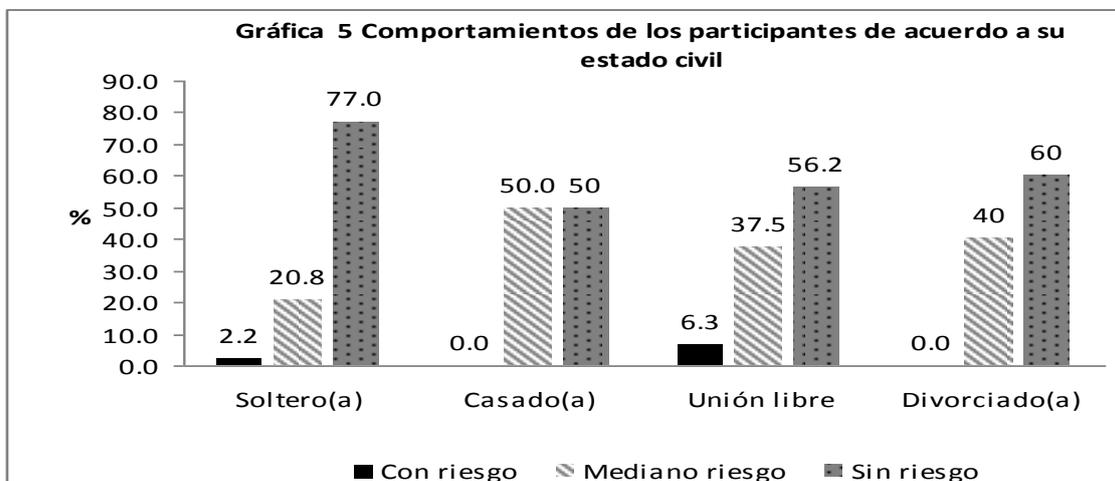
En la gráfica 3 se aprecia que los estudiantes del 2º año fueron quienes tuvieron el mayor puntaje en cuanto a conocimientos con un 24% y quienes mostraron tener conocimientos deficientes fueron los jóvenes del 1º año con un 0.3%, en estos últimos predominó el nivel regular de conocimientos con un 82.3%.

5.1.2 Comportamientos para la protección ante un embarazo no planeado e ITS

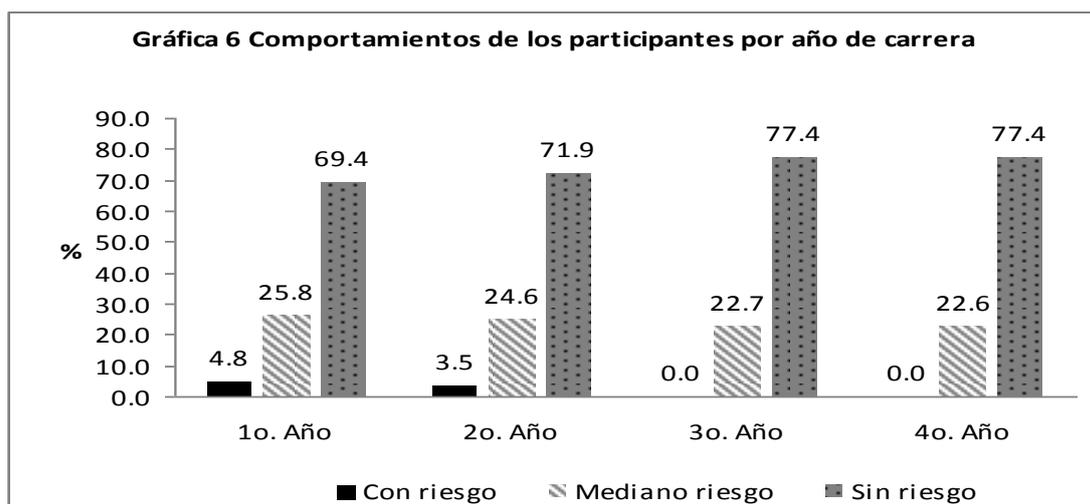
Fueron 213 adolescentes los que ya habían tenido vida sexual activa lo que representa el 70.1% de la población, en tanto el 29.9% no había tenido relaciones sexuales; la dimensión de comportamientos para la protección de embarazos no planeados e ITS, fue medida en los jóvenes sexualmente activos, donde se encontró que el 75.1%, mostró tener comportamientos sin riesgo, el 24.0% tuvo comportamientos mediano riesgo y el 0.9% comportamientos con riesgo. Se compararon los comportamientos por sexo, estado civil y año que cursa la carrera se describen en las gráficas 4 a la 6.



Los comportamientos sin riesgo, fueron mayores en las mujeres con un 75.8%, sin embargo se encontró un riesgo mediano de 20.9% de los casos, sólo en el 3.3% de éstas presentó riesgo en sus comportamientos, mientras que en los hombres se encontró que el 68.3% presentaba comportamientos sin riesgo y el 31.7% tenía riesgo mediano como se aprecia en ésta grafica 4.



En la gráfica 5 llama la atención que los solteros y los divorciados presentaron una mayor frecuencia en comportamiento sin riesgo que fue de 77% y un 60%, respectivamente, comparando con los otros grupos, sin embargo los solteros, al igual que los que vivían en unión libre presentan comportamientos con riesgo en un 2.2% y 6.3%, respectivamente; cabe señalar que los casados y los divorciados no presentaron riesgo en sus comportamientos.

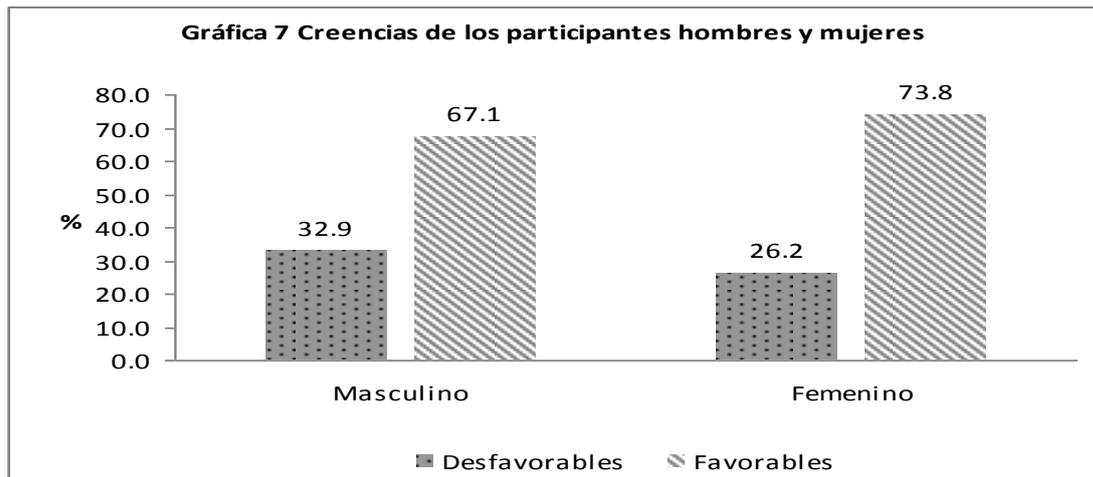


La gráfica 6 permite apreciar que más de la mitad (desde un 69.4% hasta un 77.4%) de todos los grupos de 1º, 2º, 3º y 4º año, mostraron tener comportamientos sin riesgo, solo los alumnos del 1º y 2º año tuvieron comportamientos con riesgo con un 4.8% y 3.5%, respectivamente.

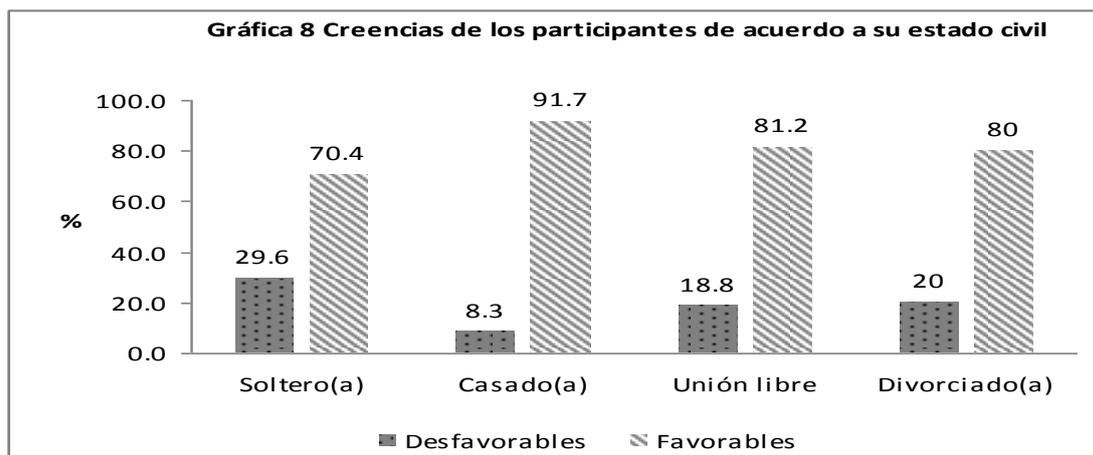
5.1.3 Creencias hacia la presencia de embarazos no planeados, así como para el inicio de una vida sexual y la búsqueda de redes de apoyo para atención de problemas relacionados con aspectos sexuales

En la dimensión de creencias hacia la presencia de embarazos no planeados, así como para el inicio de una vida sexual y la búsqueda de redes de apoyo para atención de problemas relacionados con aspectos sexuales, de manera general en toda la población se encontró que el 72% mostró creencias favorables y el 28% desfavorables.

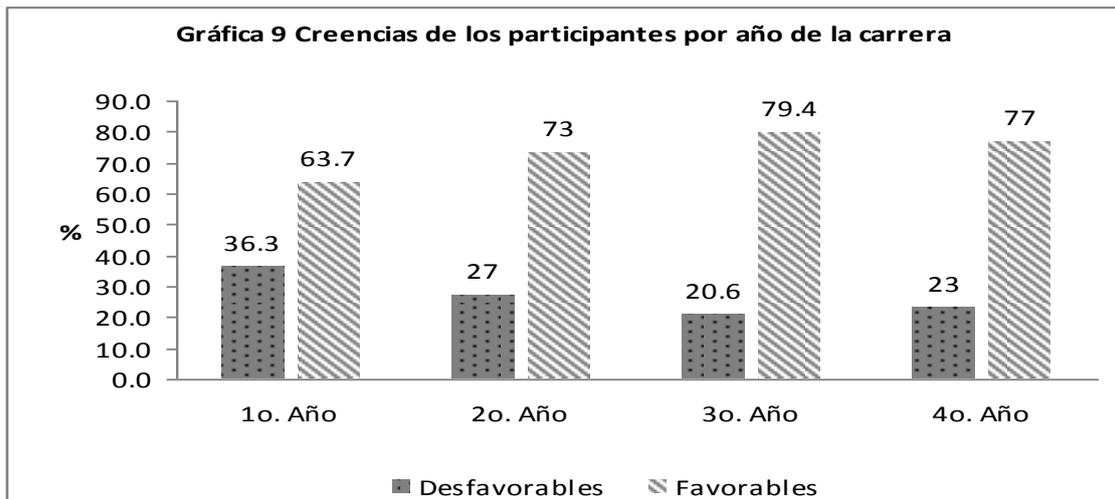
Las creencias se midieron en todos los estudiantes comparándose en las variables de sexo, estado civil y año que cursa la carrera como se observa en las gráficas de la 7 a la 9.



La gráfica 7 muestra que las creencias son similares en hombre y mujeres con un 67.1% y 73.8 % respectivamente, siendo estas favorables en su mayoría, los hombres tuvieron creencias desfavorables en un 32.9%, cifra superior a la de las mujeres quienes tuvieron un 26.2%.



La creencias favorables fueron encontradas en el grupo de los casados con un 91.7%, mientras que las mas desfavorables se encontraron en el grupo de los solteros con un 29.6%, como se observa en la gráfica 8.

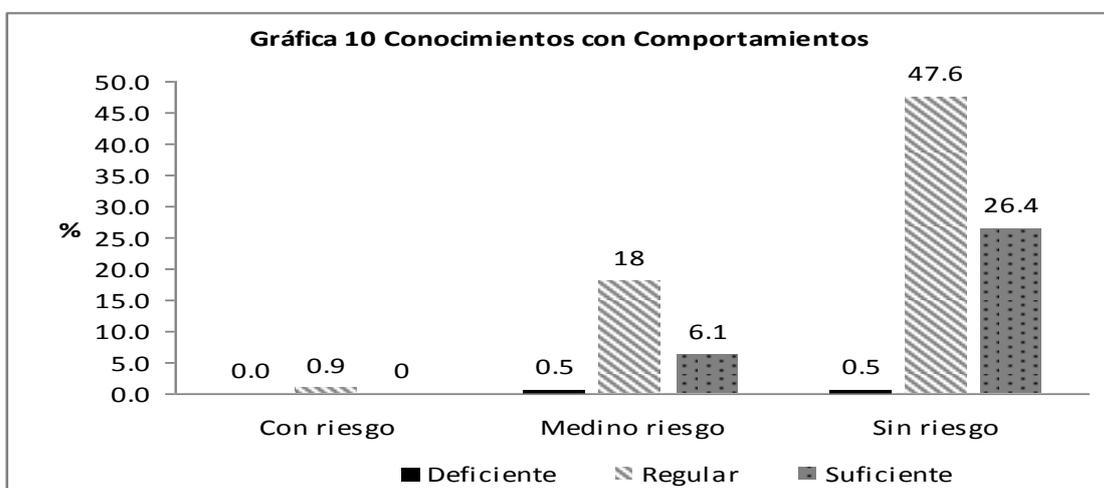


En la gráfica 9 se aprecia que la mayoría de los grupos arrojó la mayor frecuencia en creencias favorables (que fluctuó de un 63.7% a un 79.4%), por otro lado quienes tuvieron creencias desfavorables con mayor frecuencia fueron los estudiantes del 1º año con un 36.3%.

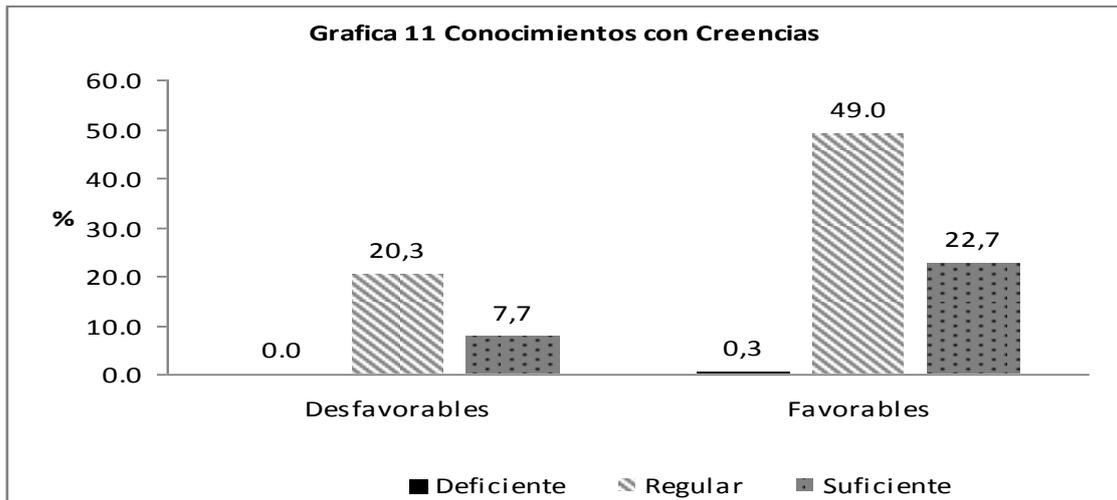
5.1.4 Comparación de conocimientos, comportamientos y creencias

Por otro lado se cruzaron las diferentes variables de conocimientos, comportamientos y creencias entre sí para observar de manera descriptiva su comportamiento; y los resultados se representan en las gráficas de la 10 a la 12.

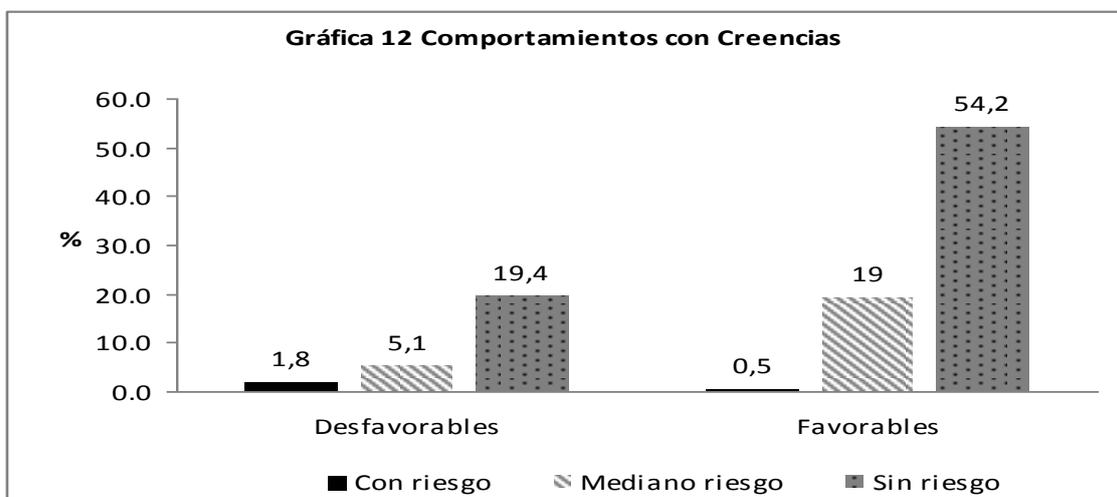
Con relación a los conocimientos con comportamientos se encontró lo que se refleja en la gráfica 10.



En la gráfica anterior se aprecia que los comportamientos sin riesgo fueron más frecuentes con un 74.3% y se presentan cuando existen conocimientos suficientes con un 26.4% y regulares con un 47.4% principalmente, en el caso de cuando los estudiantes presentaron un mediano riesgo en sus comportamientos, los conocimientos fueron en su mayoría regulares con un 18%.



De igual manera al cruce de variables, conocimientos y creencias, se aprecia en la gráfica 11 que las creencias favorables se presentan con mayor frecuencia en 72.0% de los encuestados, cuando existen conocimientos regulares en un 49% de los casos y suficientes con un 22.7% principalmente; por otro lado la frecuencia de creencias desfavorables se encontró en un 28.0% de los participantes reflejando conocimientos regulares en su mayoría.

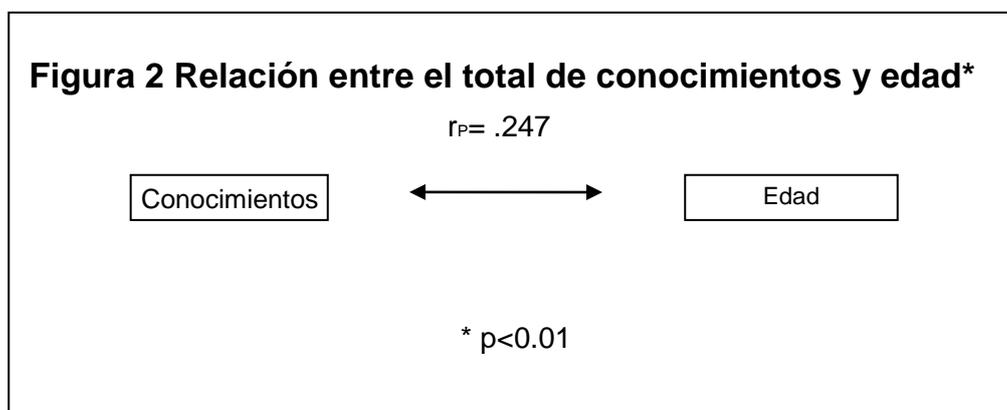


Por otro lado, al cruce de las variables comportamientos con creencias, se encontró que la mayor frecuencia de creencias es favorables en un 73.7%, lo cual se relaciona con comportamientos si riesgo en un 54% y mediano en un 19% de los casos principalmente; solo se presentaron creencias desfavorables en un 26.3% de los estudiantes, donde el 19% reflejó comportamientos sin riesgo, riesgo mediano en un 5.1% y un 1.8% con riesgo.

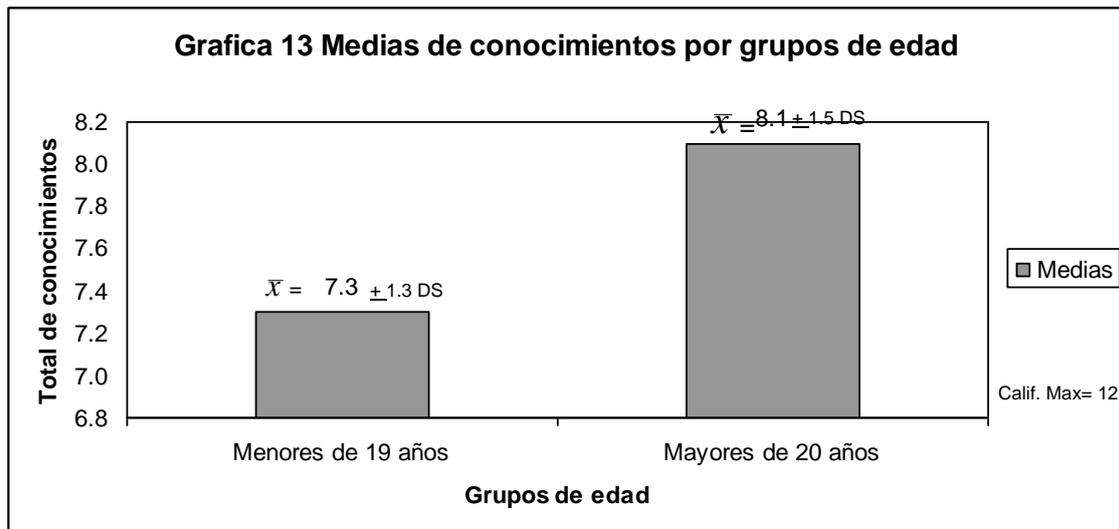
5.2 Estadística inferencial: Comparación y asociación de los conocimientos, comportamientos y creencias con la edad, sexo, estado civil y año que cursa la carrera

5.2.1 Conocimientos

Se buscó identificar si existía relación entre los conocimientos y la edad de los encuestados; encontrándose una correlación positiva, directamente proporcional, significativa al $p= 0.01$ (bilateral) por lo que se consideró que los conocimientos se encontraban asociados, aunque de manera casi nula, con la edad ($r_P= .247$, $p<.01$) (ver Figura 2).



Al comparar los conocimientos entre los grupos de edad, se encontró que hubo diferencias significativas entre los participantes menores de 19 años y los mayores de 20 ($t=-5.217$, $gl=298$, $p=.0001$); siendo mayores los conocimientos en los estudiantes que tenían eran mayores de 20 años como se observa en la Gráfica 13.



En lo que respecta a los conocimientos entre hombres y mujeres, no se observaron diferencias significativas por lo que se considera que éstos son iguales independientemente del sexo de la persona.

Se encontraron diferencias con significancia estadística en el total de conocimientos por estado civil, ($F= 5.462$, $gl= 3$ y $p= 0.001$); por lo que se acepta que los conocimientos son diferentes, en los alumnos según su estado civil. De las pruebas *Post hoc Bonferrioni* los grupos que hacen las diferencias fueron; solteros vs. los divorciados; así mismo entre los que viven en unión libre vs. los divorciados como se observa en la tabla No. 2

Tabla 2 Comparación de conocimientos de los alumnos según se estado civil.

Variable	N	X̄ del Total de Conocimiento	
		± DS	Valor máximo=12
Solteros	267	7.7±1.4	*
Divorciados	5	10.2±0.8	
Unión Libre	16	8.2±1.3	†

ANOVA de una vía con prueba *PH Bonferroni*

* $p= 0.001$;

† $p=0.009$

También se encontró diferencia en los conocimientos que tienen los alumnos acerca de MPF e ITS, según el año en que cursaba la carrera, ($F=12.079$; $g= 3$ y $p=0.0001$) por lo tanto, los conocimientos en los estudiantes de enfermería, son diferentes en los distintos años en que cursa la carrera. De la prueba *Post hoc* los grupos que dieron las diferencias fueron los alumnos que cursan el 1º año con los que cursan el 3º. y 4º. año y entre el 2º vs. 3º y 4º año respectivamente, como puede observarse en la tabla No. 3.

Tabla 3 Comparación de conocimientos por año que cursa la carrera.

Variable	N	\bar{X} del Total de Conocimiento	
		\pm DS	Valor máximo=12
1o. Año	102		7.2 \pm 1.4 *
2º. Año	74		7.6 \pm 1.3 †
3º. Año	63		8.4 \pm 1.4
4º. Año	61		8.3 \pm 1.5

ANOVA de una vía con prueba *PH Bonferroni*

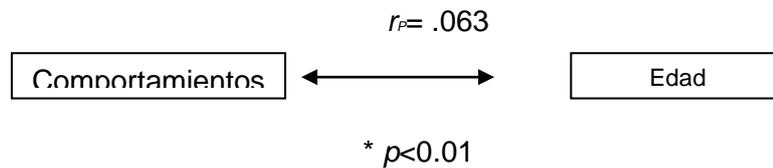
* $p=0.0001$

† $p=0.039$

5.2.2 Comportamientos

Por otro lado se buscó la relación que existía entre los comportamientos de los estudiantes con vida sexual activa y su edad, encontrándose una correlación positiva, directamente proporcional, significativa al nivel 0.01 (bilateral) aunque es prácticamente nula con la edad de los estudiantes de enfermería ($r_p= .063$, $p<.01$) (ver Figura 3)

Figura 3 Relación entre los comportamientos y edad de los participantes

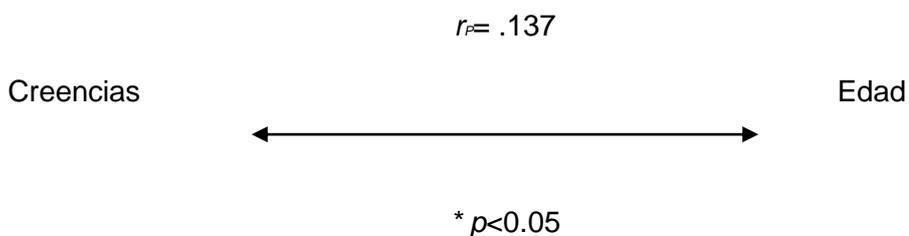


En lo que respecta a la comparación de los comportamientos por grupo de edad no se encontraron diferencias significativas entre los menores de 19 años y los mayores de 20 años. De la misma manera no hubo significancia estadística al comparar los comportamientos entre hombres y mujeres. Tampoco se encontró significancia estadística en los comportamientos según su estado civil Así mismo se encontró nula significancia estadística en los comportamientos según el año que cursaban la carrera. Por lo tanto se acepta que los comportamientos son iguales independientemente del grupo de edad, sexo, estado civil y año en que cursan la carrera los estudiantes encuestados.

5.2.3 Creencias

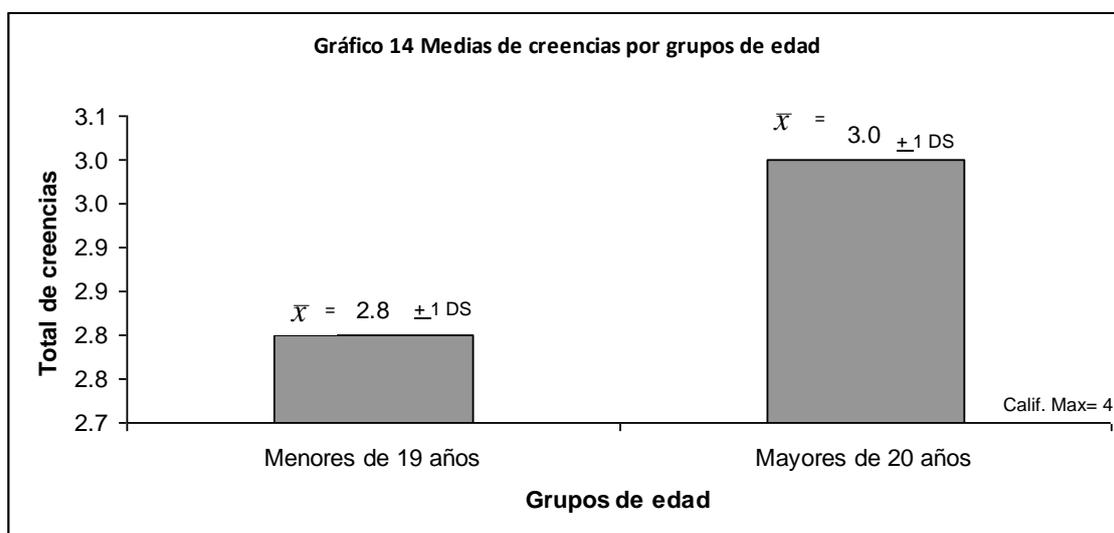
Finalmente se buscó identificar si existía relación entre las creencias por edad de los adolescentes; encontrándose una correlación positiva débil, significativa al nivel 0.05 (bilateral) ($r_F = .137$, $p < .01$) (ver Figura 4).

Figura 4 Relación entre las creencias y edad de los participantes *



En lo que respecta al comparar las creencias por sexo, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ($t = -1.772$, $gl = 299$, $p > 0.05$).

Al comparar las creencias con los grupos de edad se encontró diferencia significativa, entre los menores de 19 años y los mayores de 20 años ($t = -2.211$, $gl = 299$, $p < 0.05$), el grupo de los mayores de 20 años obtuvo el promedio más alto aunque dichas diferencias fueron mínimas como se observa en la gráfica 14.



Finalmente se compararon las creencias que tienen los alumnos acerca de los embarazos no planeados, así como los valores para el inicio de una vida sexual y la búsqueda de redes de apoyo para atención de problemas relacionados con aspectos sexuales, según el año en que cursaban la carrera, donde la significancia de la prueba mostró $F = 3.518$; $gl = 3$ y $p = 0.016$; que las creencias de los estudiantes son diferentes en los distintos años que cursan de la carrera. Según las pruebas *post hoc* se puede observar que los grupos que hacen las diferencias fueron los alumnos que cursaban el 1º año vs los que cursan el 3º como se observa en la tabla No. 4.

Tabla 4 Comparación entre las creencias y según el año que cursan la carrera.

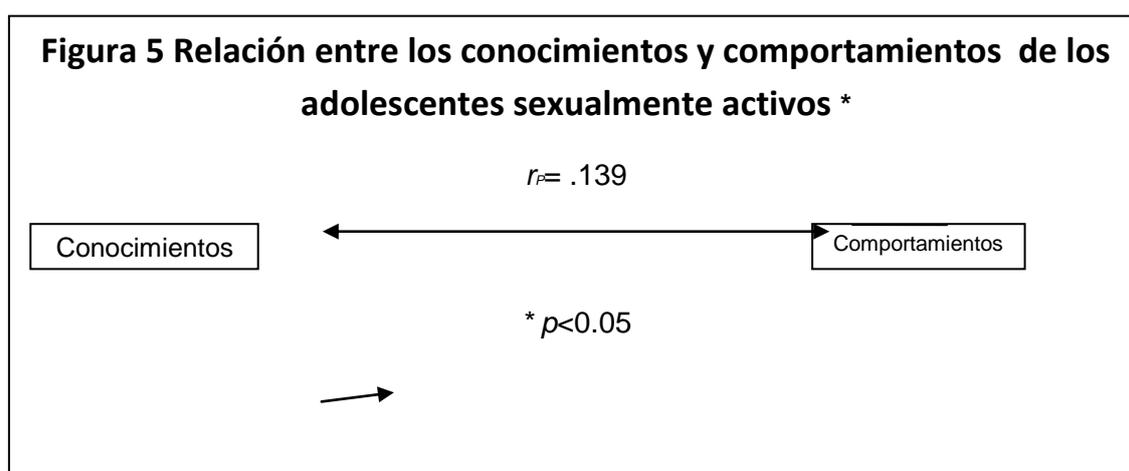
Variable	N	\bar{X} del Total de Creencias	
		\pm DS	Valor máximo=4
1o. Año	102	2.8 \pm 1.4 *	
2º. Año	74	3.0 \pm 1.3	
3º. Año	63	3.2 \pm 1.4	
4º. Año	61	3.0 \pm 1.5	

ANOVA de una vía con prueba *PH Bonferroni*

* $p > 0.046$

5.2.4 Asociación entre conocimientos, comportamientos y creencias

Buscando identificar si existía alguna asociación entre los conocimientos y los comportamientos de los participantes con vida sexual activa, se encontró que la correlación era significativa al nivel 0.05 (bilateral). Existe una asociación directamente proporcional y estadísticamente significativa, pero casi nula, entre el total de conocimientos y el total de comportamientos de los estudiantes con vida sexual activa ($r_P = .139$, $p < 0.05$) (ver Figura. 5).



No se encontró significancia estadística entre los conocimientos y las creencias, como tampoco en los comportamientos con las creencias.

5.2.5 Preguntas abiertas de Conocimientos, Comportamientos y Creencias

Al preguntar a los estudiantes a que edad sería la adecuada para el inicio de las relaciones sexuales, el 44.4% de los encuestados contestó que de los 20 años en adelante, 41% refirió que desde los 16 años, el 7.3% no respondió, el 6.3% respondió que no hay edad exacta, y solo el 1% manifestó que la edad no importa. Los motivos de la respuesta en el 59.0% de los casos estuvo relacionada con el concepto de madurez biológica y psicológica, el 37.0% se relacionó con aspectos de mayor responsabilidad y conocimientos así como una posible estabilidad económica; solo el 4.0% no respondió.

Dentro de los personajes que los adolescentes reportaron como fuentes de información para la adquisición de los conocimientos acerca de MPF, el 93.7% de los casos mencionó una red de apoyo compuesta por la familia, maestros, amigos y personal de salud, el 3.3% refirió a algún maestro (enfermera), 2.7% un amigo y el 0.3% apuntó exclusivamente el padre o madre.

De los participantes que mostraron tener conocimientos negativos hacia el uso de los MPF por adolescentes (N=160), el 50.0% expresó motivos relacionados con los efectos secundarios que se pudieran presentar; el 33.1% mencionó que la inmadurez de los adolescentes sería una contraindicación para usarlos, el 4.4% contestó que son indicados para población adulta, el 4.4% señaló que estaban contraindicados cuando existían problemas de salud asociados, el 4.4% restante no respondió y el 1.8% respondió que los MPF no sirven para protegerse contra ITS.

Por otro lado los jóvenes que creen que existen contraindicaciones para el uso de los MPF por adolescentes (N=198), el 58.0% pensó que es por los efectos secundarios que se pudieran presentar, el 15.0% no sabía, 11.5% respondió que los motivos de contraindicación serían problemas de salud asociados, el 11% piensa que la edad es un factor de contraindicación, y el 2.5% refirió que el usarlos implica un riesgo a ITS, el 2.0% no respondió.

De los estudiantes que respondieron negativamente a la pregunta de ¿si cualquier persona que tenga relaciones sexuales puede adquirir una ITS?, en los casos donde la respuesta fue negativa, (N=62), el 87.1% justificó el motivo

de su negación a la posibilidad de que ocurriría si no se utiliza el condón, el 9.7% no respondió y el 3.2% se justifica respondiendo que a menos que no se tenga la higiene adecuada o porque tal vez sea la primera vez que se tengan relaciones sexuales.

En cuanto a comportamientos, la edad promedio de inicio de vida sexual entre los jóvenes sexualmente activos fue de 18 años \pm 8.1DS; el número de parejas sexuales proporcionalmente entre hombres y mujeres fue de 3 a 1 respectivamente, con un promedio general de 3 \pm 7DS; y Mo. 1 parejas sexuales. Los estudiantes que respondieron que no se habían protegido durante su primer contacto sexual fueron 61, de los cuales los motivos reportados fueron que; en el 29.5% de los casos la espontaneidad de la relación no lo permitió y no contaban con un condón a la mano que el 27.9% respondió que así lo decidieron ya que era la primera vez, el 18% no respondió, el 16.4% no lo utilizó por confianza con su pareja, el 8.2% refiere haber utilizado otro método.

De los estudiantes que tenían vida sexual activa (N=213), al preguntar ¿si se había protegido ante la posibilidad de un posible embarazo en su última relación sexual? el 16% (N=35), refiere no haberlo hecho, reportando los motivos en un 57.1% de los casos que la espontaneidad de la relación no lo permitió buscar algún MPF, 14.3% de los casos respondió no tener los conocimientos para utilizarlos; otro 14.3% contestó que los métodos naturales son efectivos, el 8.6% refirió desea embarazarse en ese momento y un 5.7% considera que no existe un riesgo si no los utiliza.

Cabe señalar que de los MPF usados entre los participantes que contestaron haberse protegido ante un posible embarazo, el 84% (N=178), un 69.1% de los casos fue preservativo, el 10.7% de los casos usaron DIU, 9.5% usaron hormonales, 7.3% refirió haber combinado el preservativo con algún otro método, 2.8% recurrió a la pastilla emergente y un 0.6% utilizó un método definitivo.

CAPITULO 6. DISCUSIÓN

Los adolescentes están expuestos a situaciones de riesgo en materia de salud reproductiva cuando los conocimientos que éstos poseen son pocos o se encuentran impregnados de creencias desfavorables sobre la vida sexual, unido a las implicaciones que éstas conllevan, como son los comportamientos para la prevención de embarazos no planeados e Infecciones de Transmisión Sexual.

En la universidad donde se llevó a cabo este trabajo, se imparten carreras que se ubican en el área biológica y de las ciencias de la salud, como lo es Enfermería, en la cual se presentan situaciones relacionadas con la maternidad debido a la presencia de embarazos no planeados, que no se debe separar de otros riesgos a los que están expuestos, al hacer evidente los comportamientos para la prevención de embarazos, protegerse de ITS, abortos inseguros, que se asocian a problemas sociales principalmente la deserción escolar.

A continuación se discuten los resultados obtenidos de las variables estudiadas.

6.1 Conocimientos

Al analizar los resultados, en la dimensión de conocimientos se identificó que dentro de este grupo de estudiantes, los cuales se ubican por grupos según su edad, sexo, estado civil y año que cursa la carrera, los conocimientos son regulares acerca de MPF e ITS ya que los conocimientos más altos los tuvieron los alumnos mayores de 20 años, los hombres, los divorciados y los alumnos del 4º año escolar.

El mayor puntaje en conocimientos, por grupos de edad, lo tuvieron los mayores de 20 años, situación en contraste con los menores de 19 años, lo cual se relaciona con aspectos propios de la madurez cognitiva que tienen los jóvenes a esas edades ya que están en un momento en el que son capaces de establecer razonamientos por hipótesis, es decir, puede sustituir los objetos reales por oraciones describiendo con claridad las situaciones observadas en su entorno y haciendo análisis de ello, los cuales se fortalecen por los

conocimientos adquiridos en su trayectoria escolar, social y con experiencias de vida bien sean propias o las compartidas con sus pares.^{16, 39, 41, 43-46} Este hecho coincide con los resultados obtenidos, ya que si existe una asociación lineal estadísticamente significativa, aunque débil, entre los conocimientos que tienen los alumnos y su edad (figura 2); de igual manera sucedió comparando los conocimientos entre los grupos de edad (grafica 13).

Uno de los indicadores donde hay mayores lagunas de conocimiento es en los elementos relacionados con los métodos de planificación familiar que los adolescentes pudieran utilizar por su edad, así como en lo relacionado con los efectos secundarios del uso de estos métodos por los jóvenes y sus contraindicaciones. Esta situación coincide con lo reportado por Mosquera y Mosquera²⁴ donde se dieron a la tarea de identificar los conocimientos, las actitudes y practicas sobre MPF, ITS, VIH-SIDA en adolescentes de 12 a 18 años, (en este estudio se incluyeron estudiantes a partir de los 17 años, que es la edad mínima de ingreso a la universidad); encontrando que existen grandes vacíos de conocimientos en este grupo de edad, principalmente con relación a los MPF, en donde las lagunas identificadas estuvieron enfocadas a cuales serían los métodos más efectivos para prevenir embarazos, en que momento del ciclo menstrual es cuando se pueden embarazar y como se usan los MPF principalmente, ya que se observó que si conocen las formas de contagio de las ITS, unido al reconocimiento del preservativo como método de protección.

Aunque por sexo, el nivel de conocimientos más alto lo obtuvieron los hombres, al analizar inferencialmente, no hubo significancia estadística; se cree que esta situación pudiera deberse a que los varones tienen un mayor número de parejas sexuales que las mujeres, lo que los lleva a buscar continuamente información a fin de estar enterados de medidas de protección o tratamiento ante un embarazo no planeado e ITS. Resultados similares son señalados por Tapia y Cols., en un estudio cualicuantitativo, que midió el conocimiento y actitudes ante la pastilla emergente en jóvenes universitarios, aunque en dicho estudio se refieren a que el motivo por el cual los hombres tienen mayor conocimiento es por que persisten los aspectos culturales en los que el hombre es el dueño del conocimiento, y la toma de decisiones en los campos de la

sexualidad, mientras que la mujer asume el papel de “buena mujer” que conoce poco de sexualidad y espera ser enseñada por su pareja.²⁶

Los mayores conocimientos fueron en los estudiantes del 4º. Año tal vez se estén relacionados, como anteriormente se mencionó, con la mayor edad encontrada en este grupo, además de la mayor formación curricular y número de experiencias adquiridas, tanto profesionalmente, como personalmente y entre pares. De manera similar, dicha relación encontraron Cruz y Cols.²⁷ al investigar la asociación entre los conocimientos y actitudes, y la práctica de la planificación familiar en parejas de la región de la Selva del Perú, de edades comprendidas entre los 15 a 49 años (en este estudio, aunque no participaron jóvenes de 15 a 16 ni de 24 a 49, participaron los estudiantes con edades comprendidas de los 17 hasta 24), donde se evidenció que a menor escolaridad, menor conocimiento acerca de métodos anticonceptivos.

También Hicks y cols.²⁸ buscaron evaluar la asociación entre la alfabetización y el conocimiento del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) en pacientes portadores, los resultados fueron que el nivel de conocimientos de VIH/SIDA está fuertemente asociado con el grado de alfabetización de los enfermos portadores de la enfermedad, por lo que a mayor nivel académico, mejores conocimientos.

Los estudiantes divorciados obtuvieron el mayor puntaje de conocimiento (100%), como se aprecia en el cuadro 2, hace pensar que es debido a la necesidad de buscar continuamente información dado el comportamiento a ser más promiscuos que los casados, además de que tienen más experiencia que los solteros en cuanto a la vida marital y por lo tanto necesitan conocer más para protegerse debido a que no conocen plenamente a las personas con las que tienen relaciones sexuales. Estos resultados difieren un poco, pero podrían asociarse a los datos reportados por Nieto e Izazola²⁵ quienes analizaron la asociación de variables sociodemográficas en la utilización del condón durante prácticas sexuales vaginales con parejas no estables, encontrando que por estado civil, los que vivían en unión libre tendían a utilizar el condón con mayor frecuencia en un 1.7 mas veces que los casos comparado con los solteros. La explicación parece radicar en que existe una diferencia entre tener miedo al

SIDA (como a muchas otras enfermedades) siendo éste el padecimiento que causa mayor temor.

6.2 Comportamientos

En cuanto a comportamientos en los estudiantes que eran sexualmente activos, es evidente que poco más de la mitad tiene comportamientos sin riesgo para la prevención de embarazos no planeados e ITS, donde por grupos, los mayores de 20 años, las mujeres, los solteros y los alumnos del 4º año escolar obtuvieron el mayor puntaje, como se observa en las graficas 4 a la 6, cabe señalar que solo hubo significancia positiva, aunque débil, directamente proporcional con relación a la edad y los comportamientos como se observa en la figura 3.

Hay que enfatizar que los comportamientos negativos continúan presentándose independientemente de la edad, el estado civil, y año que cursa la carrera, a través del inicio de la vida sexual a temprana edad, el número de parejas sexuales y la exposición a un embarazo no planeado e ITS, ya que los estudiantes encuestados demostraron utilizar principalmente el preservativo como método de planificación familiar, lo que constituye un riesgo por su baja eficacia, esto unido a los estudiantes que no se protegieron con preservativo ni mucho menos con otro método por la espontaneidad de la relación que también los expone al riesgo de adquirir ITS.

Llama la atención que por ser estudiantes de enfermería sus comportamientos debieran ser en mayor proporción más positivos a medida que aumenta su formación profesional, ya que conocen los riesgos de tener vida sexual sin protección, porque durante el 2º. Año de la carrera dentro del plan curricular se les enseñan los contenidos relacionados con aspectos de salud sexual y reproductiva. La explicación de estos comportamientos de riesgo para la salud, a pesar de tener el conocimiento de los mismos y problemas derivados, hace pensar que el conocimiento no es introyectado de manera significativa al propio cuidado de la salud de cada estudiante considerándolo desde la perspectiva del aprendizaje social^{39, 41, 43-46} sino más bien al aprendizaje de conocimientos

para acreditar un plan curricular y cumplir un rol profesional dentro de una sociedad.

Este comportamiento es semejante a lo reportado por algunas investigaciones donde se estudian las medidas y comportamientos de cuidado para la salud en personal que labora o estudia en campos relacionados con la misma; en donde se aprecia que estos personajes hacen poco o nulo autocuidado a su propia salud personal, evidenciada por la poca participación en actividades de autocuidado relacionadas con la nutrición así como en la prevención de enfermedades, la asistencia a detecciones de cáncer de mama y cervicouterino y la practica de estilos nocivos, como el tabaquismo, la mala alimentación, etc.

31-33

6.3 Creencias

En las creencias hacia la presencia de embarazos no planeados, así como los valores para el inicio de una vida sexual y la búsqueda de redes de apoyo para atención de problemas relacionados con aspectos sexuales, un alto porcentaje demostró tener creencias favorables, donde por grupos, las mujeres, los casados y los alumnos del 3º año de la carrera, obtuvieron el mayor puntaje como se observa en la graficas 7 a la 9.

De igual manera que los conocimientos y los comportamientos, es evidente que las creencias se encuentran relacionadas con la edad de los estudiantes encuestados como se aprecia en la figura 5 y grafica 14, la razón de tales resultados puede estar relacionada a que conforme aumenta la edad los estudiantes adquieren mayor auto eficacia percibida para decidir bajo que circunstancias se debe iniciar la vida sexual y los riesgos que éstas implican como un embarazo no deseado, la deserción escolar, tener que buscar un trabajo, el riesgo a adquirir ITS etc., así como la autopercepción que los estudiantes tienen hacia la culminación de una carrera.

Lo anterior tiene relación con el modelo de N. J. Pender, que se deriva del aprendizaje social la cual refiere como los individuos toman decisiones sobre el cuidado de su propia salud; con su teoría identifica factores cognitivos-

perceptivos (importancia de la salud, control percibido de la salud, auto eficacia percibida, definición de la salud, estado de salud percibido, beneficios percibidos de las conductas promotoras de la salud y barreras percibidas de las conductas promotoras de la salud) en el individuo como la importancia de la salud, los beneficios derivados de las actividades de promoción a la salud y las barreras a estas actividades, donde estos factores pueden ser modificables (características demográficos y biológicos, influencias interpersonales y los factores de situación y conductuales) y ayudan a predecir la participación de las conductas de promoción de la salud (probabilidad de comprometerse con las conductas de salud que es el principio de la acción).^{39, 41, 43-45}

Con relación a esto se conoce que las creencias que se tengan en torno a la sexualidad en la edad de la adolescencia constituyen un factor que influye directamente en los comportamientos que los jóvenes adopten a lo largo de su vida sexual, ya que les permite la toma de decisiones acertadas a situaciones que se presentan al estar en contacto con sus pares, en el ambiente escolar y social, pues de ellas se previenen o se generan problemas relacionados con la vida sexual, como el fenómeno de deserción escolar, que en este caso se presenta en los estudiantes de enfermería.

Esta problemática se presenta no solo en la población de enfermeras, sino en otros estudiantes profesionales de la salud como lo reportan Arrieta y Cols.³⁴, quienes a través de un estudio analizan la causas de deserción escolar en estudiantes de odontología, en las que señalan factores como la disminución de la autopercepción exitosa académicamente y entornos familiares difíciles social y económicamente, donde la alternativa para salir de estos ambientes son el embarazo; dato similar se reporta en un estudio que analizó los factores que se asocian con el embarazo en la adolescencia,^{35, 59} reportando aspectos sociales como el pertenecer a familias inestables, poco apoyo familiar que contribuye a que los adolescentes tengan baja autoestima, inquietud por salir del entorno familiar como única alternativa de escape ya que perciben la educación superior como algo inalcanzable; situación que repercute en el inicio temprano de la vida sexual, que los lleva a afrontar decisiones prematuras y poco informadas en aspectos relacionados con la sexualidad.

6.4 Asociación entre conocimientos, comportamientos y creencias

En este estudio los conocimientos aunque regulares en su mayoría, se reflejan con comportamientos positivos, pero se aprecia significancia estadísticamente positiva, aunque débil, la cual es directamente proporcional entre los conocimientos y los comportamientos que tienen los estudiantes encuestados con vida sexual activa como se observa en la figura 4, lo que apoya la premisa anteriormente planteada y que señala, que aunque los estudiantes tienen conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar para prevenir embarazos, así como conocimientos acerca de las ITS, estos no se ven reflejados en sus comportamientos.

Aunque no hubo significancia entre las creencias y los conocimientos, como tampoco entre las creencias y los comportamientos, es importante señalar que las razones que influyen para que los comportamientos ubicados en los casos de niveles negativos son las creencias, como se aprecia en la última parte del capítulo de resultados ya que estuvieron relacionadas con el inicio de la vida sexual en más de la mitad de los encuestados que contestó que antes de los 16 años sería la edad correcta o no respondió a la pregunta, pues éstos en su mayoría manifestó que era la edad en la que se tenían más madurez psicológica y biológica, solo una parte más pequeña informó situaciones relacionados con los conocimientos y sentido de responsabilidad.

Con relación a los resultados que arroja la presente investigación, se piensa que estas creencias se derivan de la información que obtienen los estudiantes de manera informal en sus entornos, entre pares y diferentes medios masivos de comunicación como el Internet, la televisión etc. por mencionar algunos; aunque en este estudio la mayoría de los encuestados haya referido que la información fue obtenida principalmente por una red compuesta por la familia, amigos y algunos personajes de la salud.

Por lo anterior se encontró que los estudiantes perciben de diferente manera los conocimientos o la información adquirida por fuentes formales acerca de métodos de planificación familiar para protegerse de un embarazo e ITS, situación que permite apreciar que en este orden de ideas fue como respondieron, dejando a un lado los valores y las creencias que se encuentran

impregnadas de mitos que influyen de manera negativa en su vida sexual y que son los que finalmente se relacionan con los comportamientos que tienen al momento de iniciar la vida sexual y que contribuyen al momento de afrontar situaciones que presentan al tener relaciones sexuales riesgosas. Esta situación fue reportada por Jeltova y Revenson³⁵ que apoya la premisa de cómo el entorno está relacionado con la adopción de creencias que dirigen a las personas a comportamientos, positivos o negativos para su salud, en este estudio se observa como a mayor aculturalización existe un mayor riesgo sexual en un grupo de mujeres emigrantes en EEUU, lo que genera comportamientos positivos o negativos para protegerse de embarazos no planeados.

También Ward y Friedman refieren como los adolescentes absorben estereotipos del rol de la mujer y del hombre en lo relacionado con la sexualidad de acuerdo a las imágenes difundidas en los medios masivos de comunicación que los desinforma y los impregna de un sistema de creencias no favorecedor para su salud en el momento de iniciar su vida sexual.³⁶

CAPITULO 7. CONCLUSIONES

La mayoría de los estudiantes que ingresan a la carrera de enfermería en el nivel licenciatura están principalmente en edades de la adolescencia tardía principalmente, lo que constituye una fortaleza para la adopción de conocimientos necesarios que les permitirá tomar decisiones asertivas al momento de iniciar la vida sexual conforme aumenta el nivel escolar.

La sexualidad es vista desde diferentes perspectivas por cada uno de los adolescentes de acuerdo a los valores aprendidos a lo largo de su vida, en su entorno, al convivir con su familia, amigos, maestros etc., dando lugar a las creencias éstas pueden contribuir de manera favorecedora o desfavorecedora en los comportamientos que los estudiantes tengan en relación con su sexualidad, generando problemas derivados del inicio de la vida sexual a temprana edad, la cual se da de manera espontánea, desinformada y por consiguiente riesgosa.

En este estudio se pensó en un inicio que los conocimientos, los comportamientos y las creencias eran diferentes de acuerdo con el nivel que cursaba la carrera cada estudiante, al igual que se consideró que existía una asociación entre conocimientos, comportamientos y creencias.

Los resultados permitieron dar respuesta a una parte de esta hipótesis, ya que efectivamente los conocimientos, los comportamientos y las creencias son diferentes de acuerdo al año que cada participante cursaba la carrera, pero en la asociación entre los conocimientos y los comportamientos ésta fue casi nula; también fue así al asociar los conocimientos con las creencias, y las creencias con los comportamientos.

Otro de los resultados también nos permitió identificar que los conocimientos, los comportamientos y las creencias, son diferentes y se asocian con la edad de los estudiantes, siendo éstos con una tendencia positiva para la conservación de la salud y la prevención de riesgos principalmente en los encuestados mayores de 20 años; así mismo se observó al analizar entre hombres y mujeres y de acuerdo al estado civil de los participantes.

La significancia obtenida al relacionar los conocimientos con los comportamientos fue casi nula, por lo que se acepta la H_0 que nos sugiere que no existe relación entre estas variables, como anteriormente se mencionó, el que los estudiantes tengan conocimientos acerca de MPF e ITS no constituye una garantía para generar comportamientos sin riesgo para protegerse de un embarazo no planeado e ITS

Tampoco hubo significancia estadística entre los conocimientos y las creencias, como tampoco en los comportamientos con las creencias.

Sin embargo existen deficiencias de conocimiento en relación a cuales eran los MPF que los adolescentes pueden utilizar por su edad, así como en los efectos secundarios que implica el uso de dichos métodos.

De igual manera se detectaron comportamientos riesgosos para protegerse de un embarazo no planeado e ITS en los estudiantes participantes, ya que persisten en casi la mitad de los encuestados la falta de medidas de prevención ante estas situaciones haciendo poco uso de los MPF, efectivos para el control de la natalidad, utilizándose con mayor frecuencia el preservativo por quienes ya tienen vida sexual.

Las creencias son diversas, principalmente en cuestiones relacionadas con el inicio de la vida sexual, así como en los aspectos enfocados a la responsabilidad en lo que implica el tener relaciones sexuales con riesgo a un embarazo no planeado e ITS.

CAPITULO 8. SUGERENCIAS

8.1 Fortalezas del estudio

El presente trabajo se considera que aportó:

8.1.1 Para la carrera de enfermería

- Apreciar que no siempre los conocimientos son garantía para generar comportamientos positivos para la protección de la salud de los estudiantes.
- La necesidad de fortalecer e intensificar las estrategias de los programas de Enfermería con base al modelo de atención de N.J. Pender, la cual se fundamenta en el aprendizaje social que brinde atención a los estudiantes y su familia dentro de las escuelas a fin de apoyar a los estudiantes en sus diferentes experiencias de salud, de manera integral, en especial en el área de la sexualidad, a través del conocimiento de medidas benéficas para sus estilos de vida que constituyen una herramienta importante para la adopción de nuevos patrones de vivir, los cuales se vuelven significativos para la persona, pues son aprendidos por conductas positivas observadas y vividas generando su equilibrio de vida y salud que deriven en comportamientos responsables y positivos para el cuidado de su persona ya que con esto se obtienen profesionales promotores de conductas generadoras de la salud para la sociedad.

8.1.2 Para la investigación

- La investigación realizada contribuye a generar más líneas de investigación a través de estudios cualitativos en las creencias en torno a la sexualidad que tienen diferentes poblaciones jóvenes para retomar los patrones aprendidos en el ámbito cultural que constituyan una amenaza a su salud, para que estas creencias puedan ser modificadas de manera significativa por la persona, en este caso por los adolescentes.
- Permite observar la necesidad de construir indicadores que permitan medir los conocimientos y los comportamientos en la población

considerando el contexto en el que viven los adolescentes en México, los cuales puedan ser utilizados para futuras investigaciones.

8.1.3 Para el sistema de salud

- Permite observar la necesidad de intensificar con tiempo y cantidad las intervenciones educativas enfocadas a la salud reproductiva en las escuelas e instituciones de salud que brinden atención a los estudiantes adolescentes de manera integral y personalizada.
- Es imposible aislar a los estudiantes de los medios masivos de comunicación que existen actualmente, pero a través de éstas intervenciones, sería posible brindar información específica para la protección, prevención, promoción de la salud de manera integral a los estudiantes adolescentes, contribuyendo así a la modificación de la cultura que repercute negativamente en la salud de los jóvenes.

8.1.4 Para la profesión de Enfermería

- La presente investigación ofrece la oportunidad de apreciar las fortalezas en la adopción de un modelo de atención a la población adolescente, que contribuya a brindar un cuidado apegado a las necesidades de cada persona, como en este caso, en los estudiantes, ya que a través del modelo de N. J. Pender se contribuye a generar conocimientos significativos en este grupo de estudiantes, por qué a través de las actividades que la enfermera realiza le permite conocer a la familia y su entorno, tal cual es, como un todo, ayudándole también a conocer a sus integrantes en forma individual; por otra parte, contribuye a dar más seguridad a las personas que atiende, pues las intervenciones se realizan en terreno conocido, en su ambiente cotidiano y esto se produce con más libertad y quizás de esta forma se interioriza de forma más efectiva y provechosa los conocimientos y la atención requerida en el domicilio, la escuela etc. lo cual nos lleva a dar un tratamiento más asertivo a las necesidades del individuo y su familia.

8.2 Limitaciones del estudio

No se encontró un instrumento estandarizado que permitiera medir los conocimientos, los comportamientos y las creencias para la prevención de embarazos no planeados e ITS, por lo tanto es importante la necesidad de incluir más indicadores y variables que permitan explorar los conocimientos y los comportamientos que tienen los adolescentes en torno a la sexualidad con mayor profundidad.

Por otro lado, el estudio fue cuantitativo, por lo que se requiere la exploración de manera más profunda las creencias que tienen los adolescentes en torno a la sexualidad a través del método cualitativo.

ANEXOS INSTRUMENTO

“RELACIÓN DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y COMPORTAMIENTOS SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA”

OBJETIVO:

Analizar la relación entre conocimientos, comportamientos y creencias sobre los Métodos de Planificación Familiar e Infecciones de Transmisión Sexual en estudiantes de Enfermería

ANÓNIMO

Confidencialidad y consentimiento: “Le voy a hacer algunas preguntas muy personales que para algunas personas sería difícil de responder. Sus respuestas son completamente confidenciales, por lo que su nombre no aparecerá por escrito en este formulario, y nunca será utilizado en conexión con la información que me proporcione. Su honestidad en contestar estas preguntas nos ayudará a comprender lo que las personas piensan, dicen y hacen sobre ciertos tipos de comportamientos. Le agradecemos su ayuda al responder a esta entrevista, la cual le tomara un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos para realizar las preguntas. ¿Desea participar?:

(Firma del entrevistador certificando que el entrevistado ha dado su consentimiento verbalmente)

INDICACIONES:

Por favor, lea detenidamente cada observación anotada antes de las preguntas planteadas y seleccione como se indica en cada una de ellas subrayando o marcando con una “X” la elegida por usted

PARTE I

1. Años cumplidos actualmente: _____

2. Sexo:

1. Masculino

2. Femenino

3. Estado civil:

1. Soltero (a)

2. Casado (a)

3. Unión libre

4. Divorciado(a)

5. Viudo(a)

4. Año en que cursa actualmente la carrera:

1. 1º. Año

2. 2º. Año

3. 3er. Año

4. 4º. Año

PARTE II

1. Son valores que se deben tomar en cuenta cuando se pretende iniciar la vida sexual

1. Amor, responsabilidad, comunicación y equidad de género
2. Amor, placer, experiencia y comunicación
3. Amor responsabilidad, placer y experiencia
4. Responsabilidad, comunicación, experiencia y equidad de género

2. Para aprender acerca de educación sexual recurre a:

1. Trabajador(a) sexual o pareja
2. Padres
3. Maestros
4. Amigos
5. Instituciones de salud

3. Que implica el tener relaciones sexuales sin protección:

1. Riesgo a embarazo
2. Riesgo de ITS
3. Riesgo de ITS y de embarazo
4. No pasa nada la primera vez

4. Son problemas que se presentan con el embarazo en la adolescencia EXCEPTO:

1. Daño emocional
2. No implica un problema para mí
3. Deserción escolar
4. Tener que buscar un trabajo

5. ¿A quién recurre cuando tiene una duda o ante un problema sexual?

1. Madre
2. Amigo(a)
3. Padre
4. Maestro
5. Instituciones de salud

6. ¿Cual cree usted que sea la edad ideal para el inicio de las relaciones sexuales? _____

7. ¿Considera tener los conocimientos suficientes acerca de los métodos anticonceptivos?

1. Si
2. No
3. No esta seguro
4. Siente que le falta más información

8. ¿Cuales son los métodos anticonceptivos que conoce?:

9. ¿Cuales son los métodos que le previenen un embarazo de manera más eficiente y que por su edad pueden utilizar?

1. Dispositivo Intrauterino (DIU) y Hormonales (Inyectables, orales o el parche)
2. De barrera
3. Naturales
4. Solo el preservativo

10. ¿Los métodos hormonales y el DIU pueden ser utilizados por adolescentes?

1. Si
2. No

11. Existe alguna contraindicación para el uso de los métodos temporales de planificación familiar en adolescentes:

1. Si Cual: _____
2. No

12. ¿Quien le ha hablado sobre los métodos anticonceptivos? (MARCA CON UNA "X")

PAPA	
MAMA	
HERMANOS (AS)	
MAESTROS	
AMIGOS (AS)	
MEDICOS	
ENFERMERAS	
NADIE	
OTROS (Especifique quien)	

13. Usted piensa que los métodos anticonceptivos son:

1. Indicaciones medicas para tener hijos fuertes y sanos.
2. Para planear cuantos hijos tener y evitar embarazos no deseados.
3. Recomendables para una buena nutrición de la mujer embarazada
4. No sé

14. ¿Cuales enfermedades pueden transmitirse por relaciones sexuales?; Mencione y subraye por lo menos tres respuestas:

1. SIDA
2. Herpes
3. Amibiasis
4. Hepatitis
5. Granuloma
6. Candidiasis
7. Gonorrea
8. Sífilis
9. Tricomoniosis
10. Tifoidea

15. Son formas de transmisión de Infección de Transmisión Sexual (ITS)

1. Compartiendo la comida con alguien que está infectado
2. A través de la leche materna
3. A través de un abrazo
4. A través de la relación sexual
5. Utilizando el mismo asiento de alguien infectado
6. Si alguien estornuda cerca de usted

16. Son síntomas de una probable Infección de Transmisión Sexual (ITS); Mencione y subraye por lo menos tres respuestas

1. Secreción genital con olor fétido
2. Ronchas en generalizadas en todo el cuerpo
3. Dolor abdominal
4. Irritación al orinar
5. Picazón genital
6. Dolor de articulaciones
7. Hinchazón en el área de la ingle
8. Úlceras en los genitales

17. ¿Cualquier persona que tiene relaciones sexuales se puede contagiar de una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?

1. Si
2. No

18. ¿Las Infecciones de Transmisión Sexual se pueden adquirir en los baños sucios?

1. Si
2. No

19. Son conductas de riesgo para adquirir una Infección de Transmisión Sexual al tener relaciones sexuales, EXCEPTO:

1. Estar bajo los efectos de una droga
2. No utilizar preservativo
3. Tener relaciones sexuales con mi pareja
4. Compartiendo los alimentos con alguien que padezca una ITS

20. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?

1. Si
2. No

Si contesto NO pase a la pregunta No. 29 Cuanto tiempo le tomaría conseguir un condón

21. ¿Utilizó preservativo la primera vez que tuvo relaciones sexuales?

1. Si
2. No

22. Antecedente de haber utilizado preservativo en algún encuentro sexual

1. Si
2. No

23. (Conteste solo en caso de que SI se haya utilizado preservativo en algún encuentro sexual) Pensando que usted utilizó preservativo en algún encuentro sexual con su pareja, ¿Quién sugirió el uso del condón?

1. Yo
2. Mi pareja
3. Decisión en conjunto

24. (Conteste solo en caso de que NO se haya utilizado preservativo durante alguna relación sexual con alguna pareja). Pensando en el caso contrario, que no utilizaron preservativo durante el encuentro sexual con su pareja, ¿Porqué usted y su pareja no lo utilizaron?

1. No tenían preservativo disponible en ese momento,
2. Alguno de los dos (pareja) no estuvo de acuerdo
3. No les gusta
4. Utilizaron otro método
5. No pensaron que fuera necesario

25. ¿Con que frecuencia utiliza algún método anticonceptivo cuando tiene relaciones sexuales?

1. Siempre
2. Ocasionalmente
3. La mayoría de las veces
4. Nunca

26. ¿Se ha protegido ante un posible embarazo durante su última relación sexual?, si su respuesta fue "No" pase a la pregunta No. 28

1. Si
2. No

27. ¿Cual fue el método de protección utilizado en su última relación sexual?

-

28. Si NO utilizo ningún método de planificación familiar; ¿cual fue el motivo?

1. No sabía donde obtener los métodos anticonceptivos
2. No tenía la información correcta para utilizarlos
3. Porque considera que los métodos naturales son efectivos
4. Temor o vergüenza por solicitar algún método anticonceptivo
5. Considera que no representa un riesgo si no los utiliza
6. La espontaneidad de la relación sexual no le permitió buscar algún método anticonceptivo

Pase a las preguntas 32 y 33

29. ¿Confía usted en los métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo?

1. SI
2. NO

30. ¿Si usted y su pareja decidieran iniciar una vida sexual activa, estaría dispuesto a utilizar algún método anticonceptivo?

1. Si
2. No

31. ¿Cual cree que serían los motivos por los cuales usted NO utilizaría algún método anticonceptivo cuando inicie su vida sexual? MARQUE CON UNA "X" LOS MOTIVOS.

1. No conozco como se usan	
2. No conozco cuales métodos hay	
3. No se cual debo usar yo	
4. Mi religión no lo permite	
5. No tengo dinero para comprarlos	
6. Por que no se siente lo mismo	
7. Me daría pena con mi pareja	

8. A mi pareja no le gusta usarlos	
9. No me gustaría usar ninguno	
10. Otros motivos (Especifique)	

32. ¿Sabe donde se pueden obtener preservativos?

1. Si
2. No

33. Tiempo en que tarda en obtener un preservativo cerca del lugar donde estudia o vive

1. Menos de una hora
2. De una hora a un día
3. Más de un día

GRACIAS

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

Lugar y Fecha	México D. F.
Por medio de la presente autorizo que	Me sea aplicada una encuesta sobre sexualidad
Participar en el protocolo de investigación titulado:	“RELACIÓN DE CONOCIMIENTOS, COMPORTAMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR E ITS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA”
El objetivo del estudio es:	Analizar la relación entre conocimientos, comportamientos y creencias sobre los Métodos de Planificación Familiar e Infecciones de Transmisión Sexual en estudiantes de Enfermería
Se me ha explicado que mi participación consistirá en:	Contestar una encuesta sobre sexualidad de manera anónima.
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	
Ninguno	
El Investigador Responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.	
El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.	
Firma del participante	
Nombre y firma del tutores: Irma Cortés Escárcega UNAM-FES Zaragoza Ricardo Pérez-Cuevas IMSS	L.E.O. Irma Sarahí Alemán Rivera Firma del Investigador Responsable ENE0-UNAM No. Cta. 89512823
FIRMA DE TESTIGO	FIRMA DE TESTIGO
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM	

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO
“CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y COMPORTAMIENTOS HACIA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS E INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA”**

ACTIVIDAD/TIEMPO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Búsqueda bibliográfica	2009 2010											
Diseño del protocolo (planteamiento del problema, hipótesis, objetivos y diseño de la investigación)			2009 2010									
Elaboración del instrumento y aplicación de prueba piloto							2010	2010	2010	2010	2010	
Recolección de los datos y construcción de la base de datos	2011								2010	2010	2010	2010
Análisis estadístico	2011									2010	2010	2010
Redacción final de la tesis	2011	2011								2010	2010	2010
Tutoriales	2010 2011						2009 2010					
Exámen de grado			2011									

Responsable: Lic. I. Sarahí Alemán Rivera. Estudiante del 4o. Semestre del Programa de Maestría en Enfermería, E.N.E.O; U.N.A.M

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 50ª. Sesión del Comité Regional, Washington, D.C., 21 al 25 de Septiembre de 1998. [serie en internet] [Consultado 07/03/2009] Pp 6-8, Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/gov/csp/csp25_15.pdf
- ² Organización Mundial de la Salud. Definición de la Salud Reproductiva; [serie en internet] [Consultado 03/03/2008]; Disponible en: http://www.icmer.org/RHO/html/definicion_.htm
- ³ Bearinger L, Sieving RE, Ferguson J and Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. The Lancet [serie en internet] 7 April 2007 [Consultado 03/03/2008]; [369\(9568\)](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60367-5):1220 - 1231, Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60367-5/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60367-5/fulltext?_eventId=login)
- ⁴ Núñez RM, Hernández B, García C, González D y Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Rev. Salud Pública México, 2003; 45 (1):92-102
- ⁵ Pick S, Andrade P, Townsend J, y Guivaudan M. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual, y anticoncepción en adolescentes. Rev. Salud Mental, Mar-1994; 17(1):23-30
- ⁶ Vilariño CS, Torrico E, López MJ y Revilla C. Conocimientos y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. Anales de psicología [serie en internet] Murcia España, Junio 2003 [Consultado 05/05/2010]; 9(1):81-90 Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/27871/27001>
- ⁷ García RG, Cortés A, Vila LE, Hernández M y Mesquia A. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Rev. Cubana de Medicina General Integral [serie en internet] Ene-Mar 2006 [Consulta 05/05/2010]; 22(1) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v22n1/mgi03106.pdf>
- ⁸ Rodríguez J. Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política. Rev de CEPAL [serie en internet] Agosto 2005 [Consultado 02/05/2010]; Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/22215/G2282eRodriguez.pdf>
- ⁹ Climent G. La maternidad adolescente, una cuestión de la expresión social. El juego entre la exclusión social y la construcción de la subjetividad y las políticas públicas. Rev. Argentina de Sociología, [serie en internet] 2003 [Consultado 22/04/2010]; 1(1) ISSN 1667-9261:77-93 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/269/26900106.pdf>
- ¹⁰ Moreira TE. Perfil sociodemográfico y académico de estudiantes en deserción del sistema educativo. Rev Actual Psicol [serie en internet] 2007 [Consultado 02/05/2010]; 21(108) Disponible en: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S0258-64442007000100007&script=sci_arttext&tlng=es
- ¹¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); Navarro NL. Marginación escolar en los jóvenes. Aproximación a las causas de abandono. Rev. Información y análisis [serie en internet] 2001 [Consultado 25/03/2010]; 15, 43-50 Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/articulos/sociodemograficas/marginacion.pdf>
- ¹² Pérez G y Gálvez R. El modelo universitario de salud sexual y reproductiva: ¿Quo Vadis México?. Gac Méd Méx. 2003; 139(4)

-
- ¹³ Figueroa J. Comportamiento reproductivo y salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios. Rev. Salud Pública de México [serie en internet] 1991 [Consultado 30/04/09]; 33(6):590-601 Dhttp://www.insp.mx/rsp/ files/File/1991/No_6/199133_590-601.pdf
- ¹⁴ Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente, Área de Salud Comunitaria y Familia. Descubriendo las Voces de las Adolescentes; Definición del Empoderamiento desde las Perspectivas de las adolescentes [serie en internet] Nov- 2006 [Consultado 22/04/2010]; Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf>
- ¹⁵ Bras J y Emilli J. Pediatría en Atención Primaria. 2ª edición. México: Editorial Masson, 2005:1012
- ¹⁶ Posada A y Gómez JF. Crecimiento y desarrollo del adolescente; en Cap. 16: El niño sano. 3ª edición. México DF: Ed. Panamericana, 2005:503
- ¹⁷ Marti E y Onrubia J. El papel de la escuela en el adolescente; en Cap. I: Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente” 3ª edición. Barcelona: Editorial Horsori, 2005:133
- ¹⁸ Carlos G, Redondo F, Galdo G. García M. Adolescentes Latinoamericanos, en Cap. 4: Atención al adolescente. España: Editorial Santander Publican, ediciones de la Universidad de Cantabria, 2008:834 Pp. 17-32
- ¹⁹ Magdaleno M, Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción regional sobre salud de adolescentes. Washington [serie en internet] [Consultado 22/04/2010]; Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-plandeaccion.pdf>
- ²⁰ Figueroa J. Comportamiento reproductivo y salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios. Rev Salud Pública de México [serie en internet] 1991 [Consultado 20/09/2009] 3(6):590-601 Disponible en: http://www.insp.mx/rsp/ files/File/1991/No_6/199133_590-601.pdf
- ²¹ Gutiérrez Y. Necesidades y estrategias de abordaje de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres embarazadas. Ebais, Barrio Pinto y San pedro, durante el mes de Septiembre y Octubre del 2003. Rev Enfermería actual en Costa Rica [serie en internet] Abr-Sept 2005 [Consulta 12/05/2009]; 4(008):1-19 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/448/44800803.pdf>
- ²² Wang BB, Hertog S, Meier A, Lou CH and Gao E. The Potential of Comprehensive Sex Education in China: Findings from Suburban Shanghai. International Family Planning Perspectives [serie en internet] June 2005 [Consultado 30/04/09]; 31(2) Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3106305.pdf>
- ²³ Dehne KL and Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. World Health Organization and Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH [serie en internet] 2005 [Consulta 17/06/09], Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241562889.pdf>
- ²⁴ Mosquera J, Mateus JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. Rev Colombia Médica [serie en internet] 2003 [Consultado 23/09/2010]; 34(4):206-212 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28334405>
- ²⁵ Nieto-Andrade, B.y Izazola-Licea, J.A., “Uso del condón en hombres con parejas no estables en la Ciudad de México” Rev. Salud Pública de México, Mar-Abr de 1999; 41(2):85-94
- ²⁵ Organización Mundial de la Salud. Definición de la Salud Reproductiva; [serie en internet] [Consultado 03/03/2008]; Disponible en: http://www.icmer.org/RHO/html/definicion_.htm

-
- ²⁶ Tapia A, Villaseñor M y Nuño BL. Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes Universitarios. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (1): 33-41
- ²⁷ Cruz D, Langer A, Hernández B y González GF. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú. *Rev. Salud Pública de México*, Nov-Dic de 2003; 45(6):461-471
- ²⁸ Hicks G, Barragán M, Franco C, Williams, MV and Del Rio C. Health Literacy Is a Predictor of HIV/AIDS Knowledge. *Health Services Research, Family Medicine* [serie en internet] November-December 2006 [Consultado 19/11/2010]; 38(19):717-723, Disponible en: <http://www.stfm.org/fmhub/fm2006/November/Giselle717.pdf>
- ²⁹ Nieto B y Izazola JA. Uso del condón en hombres con parejas no estables en la Ciudad de México. *Rev. Salud Pública de México*, Mar-Abr de 1999; 41(2):85-94
- ³⁰ Organización Mundial de la Salud. Part III.H Adolescent Reproductive Health Programs. [serie en internet] [Consultado 18/02/2010] Disponible en: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-02-06.html>
- ³¹ Rasmussen BL, Hidalgo A e Rasmussen H. Investigaciones en salud de adolescentes II, en cap. I Comportamientos de Riesgo: Comportamientos de riesgo de enfermedades y lesiones en estudiantes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente (UIESSA) Guadalajara 1999-2003; P. 386, Pp. 27-38
- ³² Hernández I, Arenas LM, Martínez P y Menjívar A. Autocuidado en Profesionistas de la Salud y Profesionistas Universitarios. *Acta Universitaria* [serie en internet] Sep-Dic. 2003 [Consultado 19/11/2010]; 13(3):26-32 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/416/41613302.pdf>
- ³³ Bamonde MG, Morales H. y López GA. Nivel de aplicación de las acciones de autocuidado de la salud por personal de una unidad médica. *Rev Enferm IMSS* 2003; 11(2): 77-81
- ³⁴ Arrieta K, Díaz A y Vergara CI. Deserción estudiantil en un programa de Odontología de una Universidad Pública en la ciudad de Cartagena años 2000-2006. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud* [serie en internet] 2do Semestre de 2009 [Consultado 22/05/2010]; 6(2):89-94 Disponible en: http://www.unicartagena.edu.co/odontologia/Desercion_estudiantil.pdf
- ³⁵ Jeltova I, Fish MC, y Revenson TA. Risky sexual behaviors in immigrant adolescent girls from the former Soviet Union: Role of natal and host culture. *Journal of School Psychology* [serie en internet] Nov 2005 [Consultado 19/11/2010]; 43:3-22 Disponible en: <http://web.gc.cuny.edu/Psychology/socpersonality/TAR/docs/05riskysexual.pdf>
- ³⁶ Ward LM, and Friedman K. Using TV as a Guide: Associations Between Television Viewing and Adolescents' Sexual Attitudes and Behavior *Journal of Research on Adolescence* Article first published online:25 [serie en internet] JAN 2006[Cosultado 19/11/2010]; 6(1):133-156 Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-7795.2006.00125.x/pdf>
- ³⁷ Rodríguez A y Álvarez L. Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. Artículo de Revisión, *Rev. Cubana Salud Pública*, 2006; 32(1):1-9

-
- ³⁸ Stern C, Fuentes C, Lozano L, Reysoo F. Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes en la ciudad de México. Rev. Salud Pública de México, 2003; 45(1):34-43
- ³⁹ MARRINER, Ann, Raile, M, “*Modelos y teorías de enfermería*”, Harcourt Brache, , Madrid España, 1999, P.555, p. 532
- ⁴⁰ Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A y Major F, El pensamiento enfermero. 1ª edición. Barcelona España: Editorial MASSON 1996:167, p. 36
- ⁴¹ Garrido E. Albert Bandura: Voluntad científica. [monografía en Internet] Universidad de Salamanca, [Consultado 12/05/2009] Disponible en: <http://www.des.emory.edu/mfp/BanduraGarrido.pdf>
- ⁴² Cisneros F. Teorías y modelos de Enfermería. [monografía en internet]. Universidad de Cuenca, Programa de Enfermería, Fundamentos de enfermería, [Consulta 10/10/2009] Disponible en: <http://atenea.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
- ⁴³ Yam A y García ML. Concepto y responsabilidad de salud en familias de una comunidad Maya en Yucatán. Rev. Desarrollo Científica en Enfermería. [serie en Internet] Nov-Dic 2006, [Consultado 10/10/2009]; 4(10):390-394. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/14pdf/14-390-1828.pdf>
- ⁴⁴ Acosta L y Casique L. Relación de la autoestima con el estilo de vida del adolescente farmacodependiente. Rev. Enferm Comun. [serie en Internet] 2007; [Consultado 10/10/2009]; 3(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n2/ec6554.php>
- ⁴⁵ Dale HS. Teorías del aprendizaje. 2ª edición. México, Naucalpan: Editorial Pearson Educación, 1998:512
- ⁴⁶ Woolfolk AE. Psicología educativa. 9ª edición. México, Universidad Anahuac: Editorial Pearson, 2006:669, Pp.315-317
- ⁴⁷ Organización, Cooperación y Desarrollo Económico, Benito M. Informe PISA 2006, competencias científicas para el mundo de mañana. OECD Publishing. España, 2008:400
- ⁴⁸ Mosby S. Diccionario Mosby POCKET de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. 4ª edición. Madrid España: Editorial Elsevier Mosby, 2004:1509
- ⁴⁹ Villoro L. Creer, saber, conocer. 18ª edición. México DF: Editorial Siglo XXI, 2008:318
- ⁵⁰ Organización Panamericana de la Salud. Manual de monitoreo y evaluación. Serie OPS/FNUAP [serie en internet] 2001 [Consultado 19/05/2010]; No. 3:1-119 Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Seccion1a.pdf>
- ⁵¹ Alles MA. Nuevo enfoque, diccionario de preguntas la trilogía, las preguntas para evaluar las competencias más utilizadas. Ediciones Granica; México DF, 2009:424
- ⁵² Guzmán C y Serrano OV. ¿A quienes atiende el bachillerato de la UNAM?, Un análisis de los cambios de composición social de los estudiantes de 1985 a 2003. Revistas Latino Americanas de Estudios Educativos, Redalyc [serie en internet] 2007 [Consultado 05/02/2011]; 37(3-4):123-170 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/285/270/27011410006.pdf>
- ⁵³ Gómez YL, Palestino F y Mora JLF. Perfil socioeconómico y cultural del tutorado de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. [serie en internet]; [Consultado 05/02/2011] Disponible en: <http://www.tutoria2008.buap.mx/file/conferencias/89.pdf>

⁵⁴ Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; Plan de Estudios de la carrera de Enfermería. México D.F., Abril de 1997 P. 168

⁵⁵ Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Unidad de Administración Escolar, Coordinación de Enfermería. Carpeta de trabajo 2009.

⁵⁶ Ley general de salud. Nueva ley publicada en el diario oficial de la federación el 7 de febrero de 1984. Texto vigente. Última reforma publicada dof 19-06-2007. [serie en internet]. [Consultado 19/11/2007] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/leyesbiblio/ref/lgs.htm - 102k>

⁵⁷ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. [serie en internet] [Consultado 22/11/2007] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html - 96k ->

⁵⁸ Colegio Nacional de Enfermeras. Código de Ética para Enfermeras. [serie en internet] [Consultado 27/11/2007] Disponible en: http://www.odontologia.iztacala.unam.mx/bioetica_docs/codigodeeticaparaenfermeras.pdf

⁵⁹ Desirae M. Domenico PD and Jones KH. Adolescent pregnancy in America: causes and responses. The Journal for Vocational Special Needs Education [serie en internet] 2007 [Consultado 22/05/2010]; 30(1):4-12 Disponible en: http://www.specialpopulations.org/Whole_Journal/JVSNEVol30-1_Fall07.pdf