



UNAM

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**

**TESIS GRUPAL**

Para obtener el título de  
**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**“Cambios en el manejo responsable de la sexualidad de los estudiantes de enfermería de la ENEO como resultado de su formación académica.”**

**PRESENTA**

HERNÁNDEZ TAPIA TANIA

N° CUENTA 309104898

VÁZQUEZ SÁNCHEZ BRYAN

N° CUENTA 310207810

**ASESORA:**

*DRA LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ*

*Profesor Titular "A" ENEO-UNAM*

CIUDAD DE MÉXICO, 2019-2021





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.

## Índice

Introducción .....	3
Marco Teórico .....	5
Salud Sexual .....	5
Anatomía y Fisiología.....	13
Métodos Anticonceptivos .....	16
Planificación Familiar .....	19
Infecciones de Transmisión Sexual .....	22
Contexto Académico .....	26
Pregunta de Investigación.....	28
Objetivos.....	28
Metodología .....	29
Tipo de Estudio.....	29
Población Muestra .....	29
Variables .....	29
Instrumento.....	30
Procedimiento .....	31
Consideraciones Éticas .....	31
Resultados .....	32
Discusión.....	50
Conclusiones .....	54
Referencias.....	56
Anexos .....	62

## Introducción

El Plan de Desarrollo Institucional 2015-2019, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (1), refiere que, en cuanto a la promoción de salud, trata de reforzar las medidas preventivas del cuidado de la salud, haciendo énfasis en el autocuidado. Esto se desarrolla por medio de la Dirección General de Atención a la Salud (DGAS) (2), la cual tiene como objetivo proporcionar orientación, consejería y asesorías a los alumnos sobre: alimentación saludable, aspectos relacionados con salud sexual y reproductiva, consumo de sustancias psicoactivas, violencia en el noviazgo y acoso escolar, entre otros temas, por medio de ferias de la salud que se realizan dos veces al año en cada plantel del bachillerato universitario y una o dos veces al año en la mayoría de las escuelas y facultades.

Por su parte, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), por medio de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (3), intenta contribuir a la promoción de la salud sexual, compartir y difundir experiencias académicas y de investigación sobre la consejería de enfermería en salud sexual y reproductiva, buscando prevenir embarazos no deseados, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y fomentar el acompañamiento durante el embarazo.

El conocer si existen cambios en el manejo de la sexualidad de los estudiantes de enfermería de la ENEO, como resultado de su formación académica, resulta de importancia para éstos, ya que se puede inferir qué tanto sirve la teoría como factor protector ante prácticas sexuales que puedan agravar de alguna manera la continuidad de la vida tanto académica como personal del estudiante.

El conocimiento de que una conducta es perjudicial para la salud debe ser razón suficiente para evitar tenerla, por lo cual se pensaría que los estudiantes de enfermería no estarían mayormente relacionados con embarazos no planeados o ITS, sin embargo, en recientes investigaciones respecto al tema, se muestra que la realidad puede ser distinta (4).

El presente estudio, tiene como propósito comparar cambios al ingreso y egreso de la carrera en el manejo de la sexualidad de los estudiantes de enfermería de la ENEO, a fin de perfilar si la formación académica que reciben los estudiantes a lo largo de la carrera, incide en el ejercicio de la salud sexual de estos.

## **Marco teórico**

### **1. Salud Sexual**

#### *Antecedentes*

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha trabajado desde 1974 en conceptualizar y trabajar en la salud sexual. Tras ser convocados en Ginebra, la organización formó un grupo de expertos en sexualidad humana en donde se elaboró un informe técnico sobre la formación de los profesionales sanitarios en materia de educación y tratamiento en esta esfera; en el informe, la salud sexual se define como: “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, comunicación y el amor”. Además, se indica que la atención al placer y al derecho a la información es parte de la definición principal (5).

En 1994, la salud sexual se incluyó en la definición declarada de salud reproductiva del informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD): “la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. Dentro del informe, se definió también la salud sexual y se estableció que su objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de ITS” (5).

En 2002, la OMS comienza a elaborar definiciones mucho más claras sobre la salud sexual, más no son publicadas sino hasta el 2006 en donde se definió “salud sexual”, así como los conceptos de “sexo”, “sexualidad” y “derechos sexuales”. En 2010 se publicaron las actualizaciones de los últimos conceptos, además en el mismo año se dio a conocer un marco para el diseño de programas de salud sexual en donde se definieron y contextualizaron 5 factores que influyen en la sexualidad:

- ✓ La legislación, la política y los derechos humanos.
- ✓ La educación.
- ✓ La sociedad y la cultura.
- ✓ La economía.
- ✓ Los sistemas de salud.

Dando como concepto de salud sexual: “Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se debe respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales” (5).

La salud sexual implica un proceso de educación continua para todas las personas, que cambia de acuerdo con la edad, situación social, la zona geográfica, educación recibida, cultura y sociedad en que se desarrolla la persona, teniendo en cuenta sus biografías, comprendiendo el estilo de vida que se lleva, sus particularidades, inquietudes y sus necesidades.

### *Conceptos Principales*

Urcola (6), en su trabajo “Alguna apreciación sobre el concepto sociológico de la juventud”, menciona que la *juventud* comienza durante la adolescencia y culmina con la madurez o ingreso a la vida adulta. Durante este periodo los sujetos sufren de grandes cambios físicos, psicológicos, emocionales y de personalidad que van enfocados al desarrollo de las personas. Dice también que la juventud se construye a sí misma como definición entre una etapa de la vida y otra, ya que es una categoría de la edad a la que no se pertenece si no que se atraviesa.

Las representaciones se van construyendo con el tiempo, y son la vida social y cultural contemporánea, las que hacen que las asociemos a la idea del goce, de ocio y fundamentalmente la idea del futuro; así como la idea de vocación y proyectos de vida están directamente asociados.

Según la UNICEF (7), *la adolescencia y la juventud* son periodos de oportunidades y cambios, durante los cuales los adolescentes y jóvenes desarrollan sus capacidades para aprender, experimentar, utilizar el pensamiento crítico, expresar su libertad creativa y participar en procesos sociales y políticos, por lo que asegurar el pleno desarrollo de estas capacidades debe ser una prioridad común a todas las sociedades.

Hablando estrictamente de América Latina y El Caribe, en 2010 los y las adolescentes de 10 a 19 años sumaban más de 110 millones, representando casi una quinta parte de la población total de América Latina y el Caribe, de la misma manera contabiliza que los adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años suponen un 27,5% de la población. Desgraciadamente ser joven y adolescente en América Latina significa enfrentarse a la pobreza, falta de oportunidades o a la ausencia de redes y entornos protectores que puedan garantizar un desarrollo saludable.

La exploración de la *sexualidad* juega un rol muy importante para el desarrollo físico y emocional de las personas, por ello es vital adquirir nuevos hábitos y cuidados saludables, además de garantizar el derecho a la información y el acceso a los servicios de salud e insumos de prevención, ya que las decisiones tomadas tendrán un efecto importante tanto en su calidad de vida como en las tendencias poblacionales.

Cabe señalar que el estudio de la sexualidad supone otros aspectos importantes que interactúan y afectan el comportamiento de la sexualidad en los jóvenes; entre estos: la familia (comunicación), la cultura, la sociedad y los medios de comunicación.



## *Familia*

Solís (8), en su libro *“La familia en la Ciudad de México: presente, pasado y devenir”*, nos pone en un contexto en que la familia es considerada como un núcleo básico de la sociedad, ya que a través de la educación familiar se transmitían las costumbres, la religión y se les enseñaba las labores de la casa.

Por su parte, Barahona (9) en su artículo *“Familia, hogares, dinámica, demografía, vulnerabilidad y pobreza en Nicaragua”*, afirma que en las ciencias sociales con frecuencia se habla de la familia para hacer referencia al grupo social unido por lazos de parentesco o consanguinidad, que cumple la función de reproducción humana y de socialización de la descendencia.

Gutiérrez (10), define a la familia como: una institución fundamental donde las personas se desarrollan como entes socioculturales, pues su estructura y conformación ha cambiado, y es vital que se reformule el concepto de familia, para darla a conocer no como una institución estática sino cambiante, y por lo tanto con diferentes necesidades a satisfacer.

Según la PROMAJOVEN (11), en México las dificultades de la comunicación familiar, específicamente en las que se refiere a la sexualidad, dicen que aún existe la vergüenza, restricción y en muchas ocasiones, el silencio. Se cree que por no querer avergonzar al joven y debido al miedo de no saber contestar las preguntas se evita el tema; y recalca que es importante la comunicación sobre la sexualidad, ya que ayuda a que el adolescente se desarrolle plenamente. También aborda temas que cree que son importantes, como la influencia de los estereotipos y las relaciones desiguales entre los géneros. Se cree que los estereotipos se forman de acuerdo con la sociedad y a la cultura, por tanto, el embarazo adolescente se aborda de acuerdo con el contexto social en donde se desarrolla la situación de la joven adolescente.

## *Cultura en México sobre Salud Sexual*

La sexualidad en México (12), está fuertemente vinculada a la construcción social del género, en donde las normas aplican de forma distinta en hombres y en mujeres. Cuando se habla de sexualidad en México, se puede decir que todo está conectado hasta nuestras raíces prehispánicas, en donde tener hijos era para conservar un linaje, reforzar alianzas e intercambios. Los niños son deseados solo con la pareja adecuada (todo esto tiene una cultura de control sobre la sexualidad femenina a través del culto de la virginidad y de los castigos de la infidelidad mexicana), en donde solo importa el rango y el prestigio social.

México se caracteriza por ser una sociedad heteronormativa, con una estructura económica extremadamente desigual y con diversidad cultural. Es un lugar en donde se habla la lengua española por casi todos en el país, con un culto mayormente católico, con presencia de culturas indígenas y campesinas, en donde tienen mucha importancia las redes comunitarias y las de parentesco, así como la construcción de identidades. De ser una sociedad que años atrás era rural, analfabeta, con importantes proporciones indígenas y dedicada a la agricultura, pasó a ser una sociedad mayormente urbana, escolarizada, mestiza, con trabajadores de la industria y los servicios, orientada por los valores de la modernidad, en donde los comportamientos sexuales para los hombres son para reafirmar su masculinidad, y en donde la sexualidad de las mujeres es para afirmar identidad y legitimidad femenina, en donde las mujeres solo pueden tener relaciones sexuales con la finalidad de pertenencia familiar, legitimidad y recursos. Esto hace que las relaciones se deformen y solo exista valor en la penetración vaginal y eyaculación como las prácticas sexuales deseadas, aquellas que tengan como finalidad la procreación como una reafirmación del género, normalizando que se aliente a las mujeres a ignorar su sensualidad y placer. En donde las mujeres solo pueden poseer atributos como “atraer a los hombres”, “brindar placer”, “preservar la virginidad” y la “fidelidad marital” (12).

Szasz (12), nos dice en su investigación “Sexualidad en México: contextos y grupos sociales”, que las mujeres de bajos recursos y escolaridad, muchas veces tienen que dejar de lado sus deseos y aspiraciones por el bien de la familia, para así mantener un estatus como esposa y madre. Caso contrario a las mujeres que pertenecen a un grupo menos restringido, en donde el inicio de la vida sexual está relacionado con el deseo sexual de las mujeres, y se tiene un mayor lapso entre el inicio de vida sexual y la unión conyugal. Aunque algunas investigaciones relacionan el inicio de vida sexual en las mujeres con el compromiso afectivo, existe una brecha cultural enorme, ya que las mujeres inician su vida sexual con la finalidad de la procreación, mientras que para los hombres no es así. Gracias a estos patrones normativos, el uso de métodos anticonceptivos y medidas de prevención de ITS es diferenciado, especialmente en jóvenes, ya que el sistema de salud separa la procreación y la vida sexual, teniendo como objetivo solo a las mujeres que han tenido hijos, para así evitar una carga económica y de los servicios de salud, excluyendo a los jóvenes y a las personas que tienen relaciones sexuales fuera del ámbito conyugal, dejando una gran brecha en cuanto al conocimiento del placer y la planificación familiar responsable.

De la Rubia (13), en su estudio “Diferencias de género en significados, actitudes y conductas sexuales asociadas a la sexualidad en estudiantes universitarios”, nos dice que las representaciones sociales son las que guían la conducta de los miembros del grupo, y por lo tanto sus prácticas sociales respecto a un objeto, traduciendo que la sexualidad como conocimiento está fuertemente unido a las influencias familiares, la personalidad y grupos de pares; así mismo, las imágenes que fluyen y dominan la sociedad en las que las personas están insertos, dejan ver que la cultura influye activamente en los jóvenes en el proceso de representación social, procesos de actividad mental, funciones y eficacia en la sociedad. Se menciona también que está estrechamente vinculado al momento ideológico e histórico de la sociedad en la que los jóvenes se encuentran, dando características a la personalidad, así como su condicionamiento a los procesos psicológicos y sociales. Concluyen que los jóvenes tienen como núcleo central, que la actividad sexual sólo está aceptada si es por amor y se puede llegar a ésta

solo con el respeto y cuidado, que es lo que socialmente se acepta como la unión del conocimiento sexual y el proceso.

Delgado y Flores(14), en su estudio “Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes”, nos dice que las personas que consumen bebidas alcohólicas se asocian más a tener relaciones sexuales de riesgo, nos habla sobre la teoría de la desinhibición, que postula que el consumo de alcohol induce el riesgo de la conducta sexual, que se traduce en que los jóvenes solo ven lo que tienen en frente y no piensan en las consecuencias, ya que los jóvenes tienen un pobre control de sus impulsos; reportando que el 39% de los encuestados refirieron haber consumido alcohol durante su primera relación sexual, así como una alta frecuencia de relaciones sexuales con diferentes parejas y no usar condón.

Hernández y Tovar (15), en su estudio “Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales en jóvenes de Coahuila: aproximación desde la Teoría fundamental”, nos hace referencia a que la sexualidad se tiene que reaprender de la forma en que son los hombres y las mujeres, ya que los jóvenes se preparan para la vida adulta, específicamente cuando hablamos de sexualidad referente a las relaciones afectivas y sexuales. En esta etapa se registran la mayoría de las relaciones coitales, partiendo de la cultura en donde se asigna y se guía a los jóvenes sobre la clase de comportamientos eróticos, incluyendo los deseos, actitudes, significados, reglas y normas que deben tener, en donde la sexualidad está marcada por una doble moral; las limitaciones impuestas para apropiarse de su cuerpo y ejercer el derecho al placer.

#### *Medios de comunicación y sexualidad*

Los jóvenes acceden a medios informativos como la televisión, las revistas y el internet para poder crear y moldear su “yo”; esto se ha vuelto algo cultural. En estos tiempos la televisión, pero sobre todo el internet, han permitido que cualquier persona, especialmente hombres y mujeres jóvenes, accedan a información que antes parecía restringida, particularmente en temas relacionados con la

sexualidad. Muchos jóvenes por temor a ser juzgados, deciden preguntar o acceder a blogs para resolver las dudas que se tienen sobre su sexualidad; mencionado por la INJUVE (16) en su trabajo sobre medios de comunicación y sexualidad en donde nos menciona que: “la capacidad de influencia de los medios será mayor o menor en función del grado en que los jóvenes dispongan de información y el interés necesarios para deconstruir las representaciones simbólicas de aquellos y reconstruir otras mejores”. Aunque podríamos pensar que internet debería poder “solucionar” de alguna manera las dudas y también deconstruir algunos temas como menciona la INJUVE, muchos de esos artículos y las personas detrás de ellos, solo se dedican a escribir artículos a medias con títulos llamativos sin bases científicas ni orientada a formar a esos jóvenes que van en busca de ayuda y terminan solo con ideas hipereróticas de lo que el sexo debe ser, y adquiriendo ideologías que más haya de ayudar a su salud sexual, los aleja de los temas que deben ser tratados por expertos y de las páginas que realmente se dedican a ayudar y orientar jóvenes con bases científicas y pedagógicas sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos (uso correcto), ITS y embarazos no deseados (17).

## 2. Anatomía y Fisiología

Para fines de la investigación queremos adentrarnos un poco en la anatomía y fisiología de los aparatos reproductores femenino y masculino (18).

### *Aparato reproductor masculino*

Se conforma por el escroto, testículos, pene y glándulas accesorias.

- Escroto: junto con el pene constituyen los genitales externos del hombre; es una bolsa colgante de piel, músculo y tejido fibroso que contiene a los testículos. El escroto también contiene el cordón espermático, que es un haz de tejido conjuntivo fibroso que contiene el conducto deferente, vasos sanguíneos y linfáticos.
- Testículos: glándulas endócrinas y exócrinas combinadas que producen hormonas sexuales y espermatozoides, tienen tres túbulos seminíferos que es en donde se producen los espermatozoides, y dentro de estos túbulos están las células intersticiales que son la fuente de la testosterona.
- Pene: sirve para depositar semen en la vagina; la mitad de él es una raíz interna y la otra mitad está en un tallo y glande visible desde el exterior, consta de 3 cuerpos cilíndricos a los que se les denomina “tejidos eréctiles”, que son los responsables de su agrandamiento y erección.

### *Aparato reproductor femenino*

El aparato reproductor femenino se desarrolla a partir del conducto paramesonérfico, no debido a la acción positiva de cualquier hormona, si no a la ausencia de testosterona y hormona antimülleriana.

Los órganos genitales internos son los ovarios y un sistema de conductos que van de la cercanía de cada ovario al exterior del cuerpo: las trompas de Falopio, el útero y la vagina. Los órganos externos son el clítoris, los labios mayores y menores.

- Ovarios: gónadas femeninas que producen óvulos y hormonas sexuales. En la infancia la superficie es lisa y durante los años reproductivos ésta se vuelve arrugada porque los folículos en crecimiento producen protuberancias en la superficie.
- Trompas de Falopio: son conductos de casi 10 cm de largo que llevan de cada ovario al útero. La pared de las trompas de Falopio está bien dotada con musculo liso, su mucosa está muy plegada en bordes longitudinales y tiene un epitelio de células ciliadas y una cantidad más pequeña de células secretoras. Los cilios se agitan hacia el útero y con la ayuda de contracciones musculares de la trompa impulsan al óvulo en esa dirección.
- Útero: es una cámara muscular gruesa que se abre en el techo de la vagina y suele inclinarse hacia adelante, sobre la vejiga urinaria, su función consiste en albergar al feto, proporcionarle nutrición y expelerlo al final de su desarrollo. También se conforma de la pared uterina que consta de una capa serosa externa (perimetrio), una capa muscular media (miometrio) y una mucosa interna (endometrio). La función del miometrio es producir las contracciones del parto que ayudan a expeler el feto. Cuando ocurre un embarazo, el endometrio se une para formar la parte materna de la placenta, de la cual se nutre el feto.
- Vagina: es conducto de 8-10 cm de largo que permite la descarga de líquido menstrual, recibe al pene y al semen y da a luz al bebé. La pared vaginal es delgada pero muy distensible.
- Genitales externos: los genitales externos en la mujer ocupan la mayor parte del perineo y reciben el nombre colectivo de “vulva”, en donde se incluye el monte de venus, los labios mayores y menores, el clítoris, el orificio vaginal y las glándulas accesorias y tejidos eréctiles.

## *Pubertad*

En niños y niñas, las mismas hormonas hipotalámicas e hipofisarias suelen desencadenar la pubertad. La folitropina estimula, en especial, el desarrollo de los folículos ováricos que a su vez secretan estrógenos, progesterona, inhibina y una pequeña cantidad de andrógenos. Que se elevan gradualmente entre los 8 y los 12 años, los estrógenos son hormonas feminizantes con efectos extendidos sobre el cuerpo, incluyen estradiol, estriol y estrona. La mayoría de los cambios visibles en la pubertad se deben al estradiol y los andrógenos, sus signos son:

- Telarquia: crecimiento del tejido mamario, se completa casi a los 20 años.
- Pubarquia: aparición de vello púbico y axilar.
- Menarquia: es el primer período menstrual, que se alcanza en la mayoría de los casos hasta que las adolescentes tienen el 17% de grasa corporal.
- El estradiol estimula el crecimiento de los ovarios y los órganos sexuales secundarios, además de la secreción de la somatotropina y causa el aumento rápido de la altura y el ensanchamiento de la pelvis, así como las demás características físicas en las mujeres.

## *Control endócrino de la pubertad*

Cuando el hipotálamo madura empieza a producir Gonadoliberina (GnRH) que viaja por el sistema hipofisario a la adenohipófisis y estimula a las células denominadas gonadotropos para que secreten la hormona foliculoestimulante y la hormona luteinizante.

La hormona luteinizante estimula a las células intersticiales para secretar andrógenos, sobre todo testosterona y la hormona foliculoestimulante estimula a las células de Sertoli para secretar una proteína a la que se le denomina proteína de fijación androgénica que fija la testosterona y la acumula.

El proceso fisiológico puede pasar desapercibido, más los andrógenos pueden producir algunos efectos notorios, como:



- Estimulación en el crecimiento de los órganos sexuales.
- La testosterona estimula el crecimiento generalizado del cuerpo.
- Uno de los andrógenos, la dihidrotestosterona (DHT) estimula el desarrollo del vello púbico, axilar y más adelante el facial. Además de esto, la piel se vuelve más oscura, gruesa y se secreta más sebo en la misma.
- La acumulación de testosterona por parte de la proteína de fijación androgénica es la que lleva el inicio de la producción de espermatozoides y aumenta la velocidad del crecimiento.
- La testosterona estimula al encéfalo y despierta la libido.

### **3. Métodos anticonceptivos**

El conocimiento de los métodos anticonceptivos resulta de gran importancia para enfermería, debido a que esta profesión tan ligada al contacto constante con pacientes y familiares resulta una de las principales vías que se tienen para la promoción a la salud, puesto que se suele tener más tiempo laboral dedicado al convencimiento de la aplicación de conductas apropiadas para la salud. Este hecho hace esperar que los estudiantes en esta rama del conocimiento tengan un buen nivel de dominio respecto a una correcta planificación familiar y prevención de ITS, sin embargo, y contrastando con la realidad, éstos muestran un desconocimiento importante respecto a temas de utilización de anticonceptivos orales, diafragma, condón y en las indicaciones post esterilización femenina (19).

La Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar (20), tiene el objetivo de unificar principios, criterios y estrategias para la prestación de servicios de planificación familiar en México. Busca dar un enfoque en salud reproductiva para realizar la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como la identificación, manejo y referencias de los casos de infertilidad y esterilidad para poder tener un mejor bienestar individual, familiar y social.

En cuanto a métodos anticonceptivos, podemos catalogarlos entre dos tipos; definitivos y temporales, siendo algunos de éstos:

- Métodos hormonales orales: pueden contener estrógeno y progestina o solo progestina. Están indicados en mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad. Están contraindicados cuando se está amamantando en los primeros seis meses del postparto; embarazo o sospecha de embarazo tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, EVC, insuficiencia cardiaca, cardiopatía reumática, tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix, tener o haber tenido tumores hepáticos benignos. Se inician preferente dentro de los primeros 5 días de la menstruación y sus principales efectos colaterales son: nauseas, cefaleas, vómito, mareo mastalgia y manchado intermensual.
- Métodos hormonales inyectables: pueden ser solo de progestina o una combinación de progestina y estrógeno. Están indicados en mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligesta, nulíparas o multíparas que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad. Están contraindicados en los primeros seis meses de amamantamiento; embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, EVC, insuficiencia cardiaca, cardiopatía reumática, tener o haber tenido cáncer de mama o del cérvix, tener o haber tenido tumores hepáticos benignos. Se aplican en una inyección intramuscular profunda en los primero cinco días iniciada la menstruación y debe aplicarse cada 30 días cuando es una combinación, cuando es solo de progestina se aplica en los primeros siete días de inicio del ciclo menstrual y, dependiendo del activo y marca, se aplicará cada dos o tres meses. Efectos colaterales: amenorrea, cefalea, aumento de peso, mastalgia.
- Método hormonal subdérmico: es un método temporal de acción prolongada que es insertado subdérmico en la cara interna del brazo no dominante y consiste en un sistema de liberación continua y gradual. Indicado en mujeres de edad fértil con vida sexual activa nuligestas,

nulíparas o multíparas, adolescentes con un patrón menstrual regular. Sus principales efectos colaterales son: hematoma en el área, infección local, dermatosis, irregularidades menstruales, cefalea, mastalgia.

- Dispositivos intrauterinos: dispositivos disponibles que consisten en un cuerpo semejante a una “T” de polietileno flexible y contiene un principio activo o coadyuvante de cobre o cobre y plata. Está indicado en mujeres en edad fértil, nuligestas, nulíparas incluyendo a adolescentes que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad. Está contraindicado en embarazo o sospecha de embarazo, útero con histerectomía, patología que deforme la cavidad uterina, carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino, enfermedad inflamatoria pélvica activa y presencia de carioamniotis. Los efectos colaterales más comunes van desde dolor pélvico durante el periodo menstrual hasta aumento de la cantidad y duración del sangrado.
- Métodos de barrera: son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico; algunos lo acompañan también de la acción química. El condón es una bolsa de látex que evita el paso de los espermatozoides y es el único método que contribuye a la prevención de ITS, incluyendo el VIH/Sida. Está indicado en apoyo de otros métodos anticonceptivos, en personas con actividad sexual esporádica y riesgo de exposición a ITS y está contraindicado en alergia o hipersensibilidad al látex.
- Espermicidas: son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides inactivándolos antes de que entren al útero, sus formulaciones son en crema, óvulos, espuma o en aerosol. Está indicado en mujeres que deseen un método de media efectividad que tengan contraindicado el uso de métodos hormonales, durante la lactancia, aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos de barrera y en periodo inmediato de vasectomía.
- Oclusión tubaria bilateral: método anticonceptivo permanente para la mujer que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas con el

fin de evitar la fertilización. Está indicado en paridad satisfecha, razones médicas y retardo mental. Está contraindicado en enfermedad pélvica inflamatoria y se toma como una cirugía ambulatoria.

- Vasectomía: método anticonceptivo permanente para el hombre que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. Está indicado en hombres en edad fértil, fecundidad satisfecha, razones médicas, retardo mental. Contraindicado en criptorquidia, antecedente de cirugía escrotal o testicular, razones médicas o retardo mental. Precauciones: infecciones en el área, hidrocele, varicocele, hernia inguinoescrotal y enfermedades hemorrágicas.

#### **4. Planificación Familiar**

Según la OMS (21), en su apartado sobre métodos de planificación familiar; menciona que la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Ésta se logra principalmente mediante la aplicación de métodos anticonceptivos, y su principal objetivo es apoyar la salud sexual y el desarrollo de las comunidades. Al decidir las mujeres cuando embarazarse o posponer un embarazo, se disminuye el riesgo de un embarazo no deseado, o de muerte por causa de una procreación prematura. Además, disminuye el riesgo de contagiarse de ITS, lo que permite que la población joven tome decisiones mejor fundamentadas con relación a su salud sexual.

Se menciona que los servicios de planificación familiar deben estar ampliamente disponibles y ser de fácil acceso, esto por medio de parteras y otros agentes de salud capacitados, además deben ser para toda persona sexualmente activa.

En México, en el Programa de Acción Específico (PAE) de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018 (22), se menciona que, dentro del concepto de salud reproductiva, la planificación familiar es un derecho humano que implica la facultad que tienen hombres y mujeres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura e informada.

Las políticas públicas en materia de planificación familiar y anticoncepción en México se remontan a los años setenta, ya que en ese año la tasa de fecundidad y el crecimiento de la población alcanzaron los niveles más altos en la historia del país; en los primeros años solo se enfocaron en reducir la tasa de fecundidad y disminuir el crecimiento de la población. Más adelante, gracias a la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto en 1994, el objetivo evolucionó y se orientaron a mejorar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población con perspectiva de género y un enfoque intercultural.

México es el duodécimo país más poblado del mundo, con más de 123 millones de habitantes, de los cuales 42.2 millones son menores de 18 años. Según la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, el 60% de los jóvenes mexicanos que inician sus relaciones sexuales entre los 15 y 19 años no utilizan anticonceptivos. Datos de la OMS en 2014, manifiestan que el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza: aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre jóvenes de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos (23).

El Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018, tiene como finalidad contribuir a que la población disfrute de una vida sexual y reproductiva de manera informada, libre, satisfactoria, responsable y sin riesgos. Su misión, es ser un programa que establezca los elementos rectores para las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), buscando brindar información y servicios de calidad en planificación familiar y anticonceptivos para

contribuir a que la población disfrute de una vida sexual y reproductiva satisfactoria (22).

Como acciones relevantes del PAE tenemos:

- ❖ Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO): que consiste en mejorar la calidad de los servicios y fortalecer el acceso de las personas a la anticoncepción post evento obstétrico, para evitar un embarazo no deseado o antes de tiempo.
- ❖ Aseguramiento de insumos de salud reproductiva: nos dice que la planificación familiar debe formar parte de la cultura, y del día a día de los jóvenes mexicanos, debiéndose dar un trato digno por parte los prestadores de los servicios de salud, asegurándose de garantizar plenamente la gratuidad de éstos, brindando la calidad y el personal competente.

Alemán (24), en su estudio “Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería”, entrevista a 300 estudiantes de enfermería de nivel licenciatura de los diferentes grados académicos (1°, 2°, 3° y 4°), con edades entre 17 y 24 años (27.9% hombres y 72.1% mujeres), buscando diferencias entre conocimientos, comportamientos y creencias que tienen los mismos, relacionándolo con una responsable planificación familiar.

En este estudio los conocimientos, aunque regulares en su mayoría (69.3%), se reflejan con comportamientos positivos. Se encontró, sin embargo, que, aunque los estudiantes tienen conocimientos acerca de los Métodos de Planificación Familiar (MPF) para prevenir embarazos, así como conocimientos acerca de las ITS, estos no se ven reflejados en sus comportamientos; “los comportamientos fueron determinados en jóvenes sexualmente activos, donde 75.1% mostró tener comportamientos sin riesgo; 24.4%, de mediano riesgo, y 0.9%, comportamientos de riesgo. El 84% de los estudiantes con vida sexual manifestaron haberse protegido ante un posible embarazo. Los MPF usados en 69.1% de los casos fue el preservativo, 0.7% usaron DIU, 9.5% utilizaron métodos hormonales, 7.3%

refirió haber combinado el preservativo con algún otro método, 2.8% recurrió a la pastilla emergencia y 0.6% utilizó un método definitivo”.

Al explorar la variable de creencias, la mayoría consideró que la edad adecuada de inicio de vida sexual era de los 20 años en adelante y que esta edad se relacionaba con una situación de mayor madurez biológica y psicológica. Con respecto al uso de anticonceptivos, más de la mitad reconocieron que pueden presentarse efectos secundarios, aunque hubo una proporción menor cuyas respuestas reflejaban falta de información.

## **5. Infecciones de Transmisión Sexual**

“Las ITS comprenden una serie de patologías, de etiología infecciosa diversa, en las que la transmisión sexual es relevante desde el punto de vista epidemiológico, aunque en ocasiones pueden existir otros mecanismos de contagio, como la transmisión perinatal o por vía parenteral. El término incluye el estadio asintomático, ya que puede ser compatible con la existencia de lesiones subclínicas con potencial para la transmisión, razón por la cual se prefiere esta denominación a la de enfermedades de transmisión sexual previamente utilizada” (25).

Los agentes etiológicos de las ITS tienen como único reservorio al hombre. La transmisión se realiza a partir de las personas infectadas (con formas clínicas agudas, crónicas o asintomáticas) y se produce por contacto directo, de persona a persona durante la relación sexual (25).

Las manifestaciones más frecuentes de las ITS son locales, en el sistema genitourinario, aunque no son infrecuentes las manifestaciones generales y de otros órganos. En un mismo individuo puede coincidir más de una ITS, al compartir mecanismo de transmisión, y, además, tanto las que cursan con úlceras como con inflamación en el tracto genitourinario, favorecen la transmisión de otras, como por ejemplo el VIH o el virus de la hepatitis C.

Las ITS son un problema de salud pública a nivel mundial, los países en vías de desarrollo son los que se ven más afectados, ya que 85% de su población es sexualmente activa, por lo que aumenta el riesgo de contraer estas infecciones. En México, las ITS ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años, con un efecto diferencial para la vida y el ejercicio de la sexualidad de mujeres y hombres (26).

En los países en vías de desarrollo las ITS se encuentran entre las cinco causas más comunes de demanda de atención sanitaria. La OMS estima que en 1999 se produjeron en el mundo 340 millones de casos nuevos de las cuatro ITS más comunes: sífilis (12 millones), gonorrea (62 millones), infección por clamidia (92 millones) y tricomoniasis (174 millones). La incidencia parece ser mayor en personas que viven en áreas urbanas, solteras y jóvenes y el riesgo de infectarse por estos patógenos aumenta con el escaso uso de preservativo y con el mayor número de parejas sexuales (27).

Se podría pensar que, a mayor nivel económico, los riesgos para adquirir ITS disminuirían, debido entre otras cosas, a una mayor facilidad para promover un ambiente sexual sano en las instituciones privadas. Sin embargo, según lo encontrado por Rull y colaboradores (28), tras un análisis descriptivo, la diferencia entre escuelas privadas y escuelas públicas no resulta significativa, puesto que, si bien los estudiantes de éstas no están tan expuestos a una desinformación o mala información sexual en las aulas, utilizan con mayor frecuencia los servicios de sexoservidores, reportan más sexo casual y más actividad sexual bajo la influencia del alcohol o las drogas.

La variable de la orientación religiosa o laica de la institución tampoco muestra diferencias significativas (28), siendo esto un hallazgo interesante dentro del contexto actual de las universidades particulares, pues la enseñanza religiosa se suele manejar como un elemento mercadotécnico, y los “beneficios” esperados, entre ellos una enseñanza dirigida hacia una “vida lejana al todo tipo de pecado” y



por tanto más alejada de factores psicosociales de riesgo, es algo que suele cobrarse de manera extra.

Torres (29), en su trabajo sobre “Las concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México”, menciona que los jóvenes mexicanos conceptualizan al VIH/Sida como una “enfermedad o infección mortal que lleva consigo diferentes tipos de dolor (físico y moral) causado por prácticas sexuales de riesgo (homosexualidad, promiscuidad, prostitución) sin protección, así como también por transmisión sanguínea”.

Se menciona que, si bien los resultados de la investigación representan las visiones de las poblaciones participantes, se pudo observar que tienen en común el hecho de que la información que reciben sobre la prevención del VIH/Sida se encuentra filtrada por una serie de valores morales propios de cada contexto.

Uno de los conocimientos compartidos en torno al VIH/Sida entre las tres poblaciones, fue la consecuencia inevitable de la muerte física y social al padecer la enfermedad. En relación con la muerte social, destacan elementos de tipo emocional, resaltando el aislamiento, discriminación y rechazo social de las personas infectadas. Otra concepción compartida fue con relación a las formas de prevención del VIH/Sida; éstas fueron la información y el uso de protección durante las relaciones sexuales, indicando que existe información acerca de las formas de prevención en los contextos estudiados.

En un trabajo elaborado por García Mora (30), en estudiantes de la Facultad de Planeación Urbana y Regional de la UAEM, en donde se investigaron los conocimientos y prácticas de riesgo ante el VIH/Sida, se encontró lo siguiente:

Poco más de la mitad de los encuestados no utiliza el condón con todas sus parejas sexuales, y la principal razón para no hacerlo es que lo encuentran incómodo, siendo las prácticas de riesgo en general elevadas con una frecuencia de 65.5% de alumnos. Ningún alumno declaró ser seropositivo, y un número muy pequeño de ellos sospecha que por sus prácticas de riesgo lo podría ser, reflejando en los resultados que, aunque las tienen en una proporción elevada,

creen que la enfermedad está lejos de ser su realidad, cuestión que refleja un ciclo vicioso que desemboca en la no protección contra el VIH/Sida.

Las prácticas de riesgo no sexuales no aportan, en esta investigación, un incremento real en la posibilidad del contagio en la población estudiada. La mayoría de las actividades de riesgo son sexuales y fueron encontradas en adolescentes con inicio de vida sexual temprana, y prácticas sin protección o con uso inconsistente del preservativo.

El nivel de conocimientos acerca del VIH/Sida no se correlaciona con las variables sociodemográficas, de manera similar no existen relaciones significantes entre la orientación sexual y el número de prácticas de riesgo, a excepción del sexo, donde se demostró que los hombres tienen mayor riesgo.

Los adolescentes de la UAEM poseen un nivel suficiente de conocimientos básicos sobre el VIH/Sida (encontrándose un porcentaje de 82% de alumnos con conocimientos suficientes), a pesar de esto siguen realizando prácticas de riesgo para adquirirlo; lo que refleja de manera clara que, aunque posean los conocimientos, estos no son traducidos en acciones y por lo tanto no son aplicados de manera preventiva y efectiva a su vida sexual (30).

## 6. Contexto académico

La ENEO actualmente cuenta con dos licenciaturas a escoger; Licenciatura en Enfermería (LE) y Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO). El plan de estudios en ambas carreras (31) muestra un interés abocado a llevar una adecuada Planificación Familiar, siendo incluidas en éstos, materias en donde se abordan temas de Anticoncepción, prevención de ITS, entre otros. En el Caso de la LE, durante el cuarto semestre se cursa de manera obligatoria la materia de “Enfermería Materno Neonatal”. Esto cambia en el caso de la LEO, en donde se toman dos materias obligatorias asociadas al tema: durante el quinto semestre, la materia de “Salud sexual y reproductiva” y durante el sexto la materia de “Salud Familiar”. Esto, más la oportunidad de poder tomar materias optativas como “Consejería en la Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente”, hacen cuestionarse si el fomento y la importancia que los estudiantes les dan a estos temas resulta lo suficientemente adecuado para responder a las demandas de nuestra sociedad actual.

En el contexto nacional, podemos encontrar trabajos como el de Trejo (32) en la Universidad Autónoma de Zacatecas, en donde bajo una observación empírica, se observó un incremento de embarazos entre los estudiantes del Área de la Salud. Tras esto y buscando identificar el conocimiento y comportamiento sexual en estos adolescentes, los resultados mostraron que en lo referente al uso de métodos anticonceptivos los estudiantes de enfermería fueron quienes reportaron ser quienes menos los utilizaban.

Ante esto, los realizadores del mencionado estudio explican el suceso de una manera tentativa: “Sorprendió que los estudiantes de Enfermería fueran quienes menor uso hacen de métodos anticonceptivos y, en consecuencia, mayor el número de embarazos. Una explicación tentativa sería el hecho de que en esta profesión predomina el sexo femenino, unido a una mayor procedencia del área rural, lo cual las coloca en mayor riesgo al estar fuera de su hogar y buscan mayor afecto en otras personas. Además, se detectó que fue en esta Unidad Académica

donde el porcentaje de alumnos que refirieron poco o regular conocimiento sobre el tema fue mayor en comparación con otras carreras.”

Tras lo anterior podemos inferir que el conocimiento no es el único factor que garantiza una práctica de la sexualidad responsable pues resulta evidente que otros factores, como la cultura y ambiente del que se rodea el adolescente, fungen también como factores de trascendencia para evitar conductas de riesgo en lo referente a lo sexual.

En un estudio de Fernández (33), de la Universidad Veracruzana, en el cual se seleccionó una muestra estratificada por licenciatura con un total de 788 estudiantes (252 de Enfermería, 305 de Odontología y 231 de Psicología), se utilizó una escala de conocimientos sobre sexualidad. En las tres carreras, el promedio de edad fue de 21 años. Predominando el sexo femenino con 72.2% en Enfermería; 61.3%, en Odontología y 68.8%, en Psicología. Se observaron diferencias significativas en los promedios de puntajes de conocimiento, entre las tres facultades. De acuerdo con el nivel de conocimiento se observó: nivel bajo con 2.4% en Enfermería; 3.9%, en Odontología y ningún estudiante de Psicología. Nivel medio: 44.9% en Odontología, 32.5% en Enfermería y 26% de Psicología. Conocimiento alto: 74% en Psicología, 65.1% Enfermería y 51.1% Odontología.

En la comparación de los conocimientos de los estudiantes por dimensión y sexo no se encontró diferencia significativa. La comparación de las puntuaciones reportó diferencias significativas entre grupos. El conocimiento en los estudiantes de Psicología fue mayor en relación con los otros grupos, a pesar de ello, no se observó diferencia significativa al analizar por dimensiones: Infecciones de Transmisión Sexual, Autoerotismo y Anticoncepción.

## **Pregunta de Investigación**

¿Existen cambios en el manejo responsable de la sexualidad de los estudiantes de enfermería de la ENEO como resultado de su formación académica?

## **Objetivos**

Describir cómo el contar con formación académica a nivel profesional influye en el manejo de la sexualidad de los estudiantes de la ENEO.

- Cuantificar el número de alumnos con Infecciones de Transmisión Sexual y embarazos no planeados, así como el de los que usan algún método anticonceptivo al ingreso.
- Cuantificar el número de alumnos con Infecciones de Transmisión Sexual y embarazos no planeados, así como el de los que usan algún método anticonceptivo al egreso.
- Identificar cambios entre los resultados de ingreso con los de egreso.

## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de estudio**

Es un estudio de carácter descriptivo comparativo en el enfoque cuantitativo de corte transversal; siendo el universo de estudio la población de la UNAM con una muestra intencional tomada de los alumnos de la ENEO de las Licenciaturas en Enfermería y, Enfermería y Obstetricia. Los datos son recolectados de los años 2016 y 2019 a través del Examen Médico Automatizado (EMA); una herramienta que evalúa integralmente a los estudiantes con un formato tipo Encuesta de auto llenado.

### **Población muestra**

Para este estudio participaron estudiantes de la generación 2016, en su primer y octavo semestre, pertenecientes a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de las Licenciaturas en Enfermería y Enfermería y Obstetricia. La muestra está conformada por hombres y mujeres, con un grupo etario de entre los 18 a los 25 años al ingreso de la carrera. La muestra se limita solamente a los estudiantes que concluyen la licenciatura en el periodo de 4 años, alcanzando un total de 194 alumnos; siendo el estudio una comparativa entre ingreso y egreso, consideramos éste, un buen periodo de control en el universo estudiado.

### **Variables**

Para alcanzar los objetivos propuestos se evaluaron las siguientes variables:

- Sexo.
- Edad.
- Vida Sexual Activa: Se toma en cuenta la edad de inicio de la vida sexual, en caso de tenerla.
- Utilización de método anticonceptivo en la primera relación sexual.
- Tipo de método utilizado: Uso de métodos anticonceptivos: se analizó el uso de métodos anticonceptivos (condón, DIU, parches o implantes,

inyecciones o pastillas y anticoncepción de emergencia) de acuerdo con su uso desde “nunca” hasta “siempre”.

- Conductas sexuales: Se tomaron en cuenta dos conductas de riesgo; el tener o no varias parejas sexuales y la existencia de relaciones homosexuales.
- Infecciones de transmisión sexual: Se valora tanto la existencia de Alguna ITS, como el tratamiento de estas.
- Embarazo: Se toman en cuenta embarazos, planeados o no, sin omitir los embarazos terminados en aborto.

### **Instrumento**

El Examen Médico Automatizado (EMA), es un instrumento elaborado por un grupo multidisciplinario de expertos de la UNAM, que permite conocer el estado de salud tanto físico y mental que tiene el alumno, así como datos de su entorno social y familiar. Es una herramienta con la cual podemos identificar factores de riesgo. Este examen está conformado por cuatro cédulas de diferentes colores según el aspecto a evaluar, se responde mediante el rellenando de alveólos con lápiz del número 2 o 2 1/2.

Para fines de esta investigación se decidió solo tomar de la cédula color morado, las preguntas desde el número ocho hasta la trece (Anexo 1), ya que son las únicas que resultaron acordes para los objetivos de la presente investigación. La Dirección General de Atención a la Salud (DGAS), ubicada en Ciudad Universitaria, nos apoyó con dos bases de datos para la realización de esta investigación. Dichos datos fueron analizados en el programa SPSS ver. 25.

## **Procedimiento**

En cada medición, la aplicación del EMA se realizó en sesiones grupales directamente en cada uno de los campos participantes, donde se contó con el apoyo de alumnos de licenciatura de las carreras de medicina, odontología, enfermería y optometría de la UNAM, a quienes se capacitó para el manejo adecuado del instrumento y la interacción con los participantes, de modo que pudieran aclarar las dudas que se presentaran durante la aplicación.

Las bases de datos que se utilizaron se construyeron a partir de los archivos electrónicos que emite el sistema de Integración de reportes del Examen Médico Automatizado de la UNAM (SIREMA), se construyeron dos bases de datos de las preguntas ocho a trece de la generación correspondiente y se analizaron mediante el SPSS ver. 25, haciendo uso de estadísticas descriptivas y gráficas.

## **Consideraciones éticas**

Previo a la aplicación EMA, a los alumnos se les explicó que toda la información obtenida sería tratada con total confidencialidad y únicamente se encontraría dentro de su expediente clínico. Durante el desarrollo de este trabajo los alumnos fueron identificados mediante un folio. Al obtener los resultados no se expuso a ningún alumno.



## Resultados

Sexo Ingreso				Sexo Egreso			
		Frecuencia	Porcentaje			Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	44	22.7	Válido	Masculino	44	22.7
	Femenino	150	77.3		Femenino	150	77.3
	Total	194	100.0		Total	194	100.0

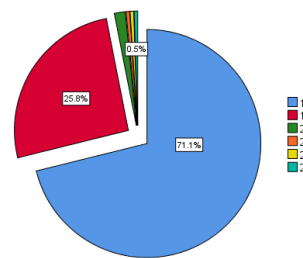
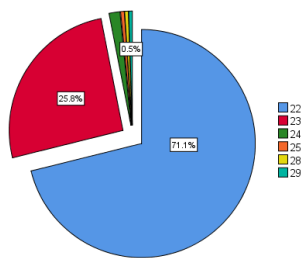


Cuadro y Gráfica 1

En cuanto al sexo, tanto al ingreso como al egreso se encontró una población mayormente femenina (77.3%).

Edad Ingreso			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	18	138	71.1
	19	50	25.8
	20	3	1.5
	21	1	.5
	24	1	.5
	25	1	.5
	Total	194	100.0

Edad Egreso			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	22	138	71.1
	23	50	25.8
	24	3	1.5
	25	1	.5
	28	1	.5
	29	1	.5
		Total	194



Cuadro y Gráfica 2

En cuanto a la edad, nos encontramos con un mayor porcentaje de personas que tienen 18 (71.1%) y 19 (25.8%) años al ingreso de la carrera, correspondiendo con los 22 y 23 años al egreso de esta.

### Vida sexual activa Ingreso

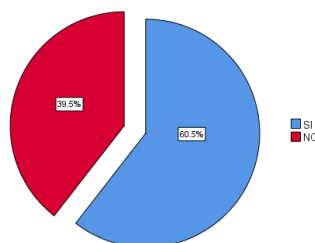
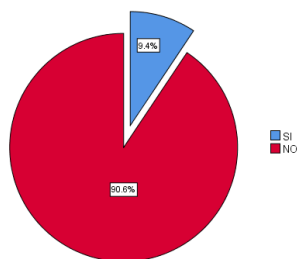
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	18	9.4
	NO	174	90.6
	Total	192 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 2 casos

### Vida sexual activa Egreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	115	60.5
	NO	75	39.5
	Total	190 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 4 casos



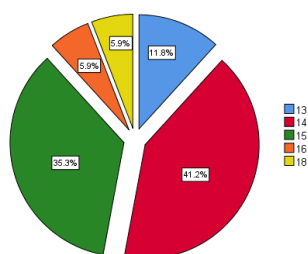
Cuadro y Gráfica 3

Respecto a la vida sexual activa, se encontró una diferencia relevante en los estudiantes que afirmaron tenerla entre el ingreso (9.4%) y el egreso (60.5%).

### Edad de inicio de vida sexual Ingreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	13	2	11.8
	14	7	41.2
	15	6	35.3
	16	1	5.9
	18	1	5.9
	Total	17 <sup>a</sup>	100.0

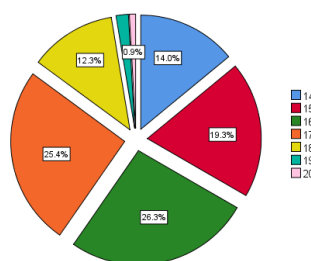
a. Nota: Se pierden 3 casos y en 174 no aplica



### Edad de inicio de vida sexual Egreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	14	16	14.0
	15	22	19.3
	16	30	26.3
	17	29	25.4
	18	14	12.3
	19	2	1.8
	20	1	.9
	Total	114 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 5 casos y en 75 no aplica



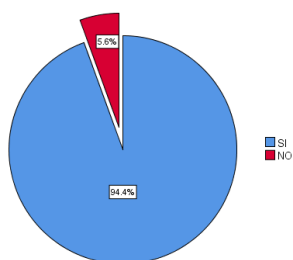
Cuadro y Gráfica 4

En cuanto a la edad de inicio de la vida sexual, se observan diferencias en todos los valores reportados entre el ingreso y el egreso; encontrando una diferencia de hasta 20.4% entre el inicio de vida sexual (5.9% al ingreso y 26.3% al egreso), esto en el valor de 16 años marcados como inicio de vida sexual.

### Uso de método anticonceptivo en primera relación sexual Ingreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	17	94.4
	NO	1	5.6
	Total	18 <sup>a</sup>	100.0

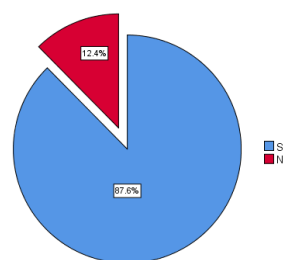
a. Nota: Se pierden 2 casos y en 174 no aplica



### Uso de método anticonceptivo en primera relación sexual Egreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	99	87.6
	NO	14	12.4
	Total	113 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 6 casos y en 75 no aplica



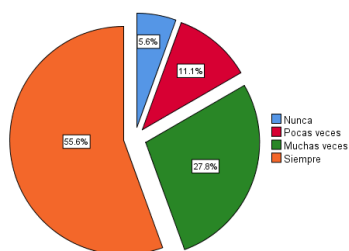
Cuadro y Gráfica 5

En cuanto al uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual, se encontró un ligero descenso (6.8%) en los estudiantes que afirmaron usarlo al ingreso (94.4%) y al egreso (87.6%).

### Condón Ingreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	1	5.6
	Pocas veces	2	11.1
	Muchas veces	5	27.8
	Siempre	10	55.6
	Total	18 <sup>a</sup>	100.0

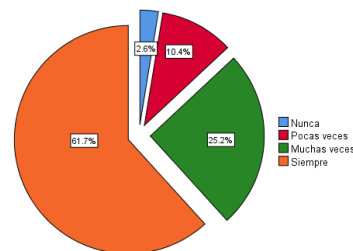
a. Nota: Se pierden 2 casos y en 174 no aplica



### Condón Egreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	3	2.6
	Pocas veces	12	10.4
	Muchas veces	29	25.2
	Siempre	71	61.7
	Total	115 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 4 casos y en 75 no aplica



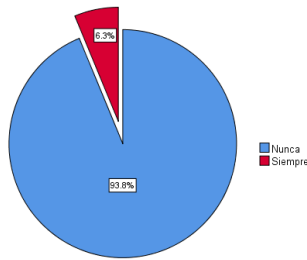
Cuadro y Gráfica 6

En cuanto al uso de preservativo, se encontró un incremento al egreso entre las personas que lo usan “Siempre” o “Muchas veces”, siendo la suma de estos valores al ingreso de 83.4% y al egreso de 86.9%.

### Dispositivo intrauterino Ingreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	15	93.8
	Siempre	1	6.3
	Total	16 <sup>a</sup>	100.0

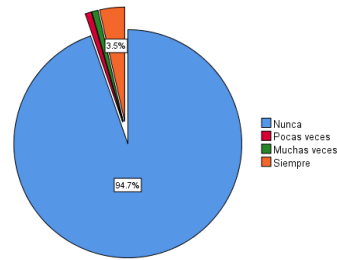
a. Nota: Se pierden 4 casos y en 174 no aplica



### Dispositivo intrauterino Egreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	107	94.7
	Pocas veces	1	.9
	Muchas veces	1	.9
	Siempre	4	3.5
	Total	113 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 6 casos y en 75 no aplica



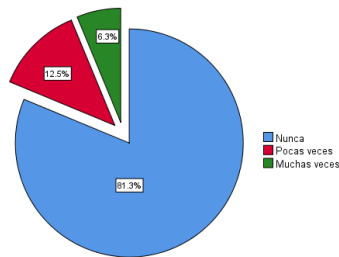
Cuadro y Gráfica 7

En cuanto al uso del Dispositivo Intrauterino, mientras que al ingreso se registraron solamente respuestas con el valor de “Nunca” y “Siempre”, al egreso se encontraron también personas que reportan haberlo usado “Pocas veces” y “Muchas veces”, sin embargo, el porcentaje de personas que marcaron “Nunca” como respuesta aumentó ligeramente (0.9%) al egreso.

### Inyecciones/Pastillas Ingreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	13	81.3
	Pocas veces	2	12.5
	Muchas veces	1	6.3
	Total	16 <sup>a</sup>	100.0

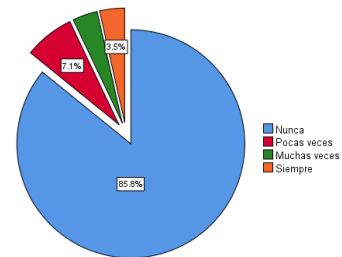
a. Nota: Se pierden 4 casos y en 174 no aplica



### Inyecciones/Pastillas Egreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	97	85.8
	Pocas veces	8	7.1
	Muchas veces	4	3.5
	Siempre	4	3.5
	Total	113 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 6 casos y en 75 no aplica



Cuadro y Gráfica 8

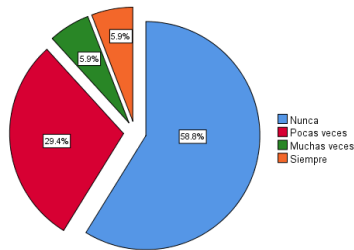
En cuanto al uso de Inyecciones/Pastillas, destaca la respuesta “Siempre”, que aparece solamente al egreso de la carrera. Aún con esto, el porcentaje de personas que marcaron “Nunca” como respuesta aumenta un 4.4% al egreso con respecto al ingreso.



### Anticoncepción de emergencia Ingreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	10	58.8
	Pocas veces	5	29.4
	Muchas veces	1	5.9
	Siempre	1	5.9
	Total	17 <sup>a</sup>	100.0

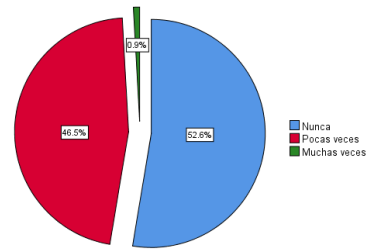
a. Nota: Se pierden 3 casos y en 174 no aplica



### Anticoncepción de emergencia Egreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	60	52.6
	Pocas veces	53	46.5
	Muchas veces	1	.9
	Total	114 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 5 casos y en 75 no aplica



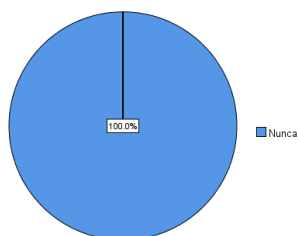
Cuadro y Gráfica 9

Hablando de la Anticoncepción de emergencia, existe un descenso en personas que marcaron “Nunca” como respuesta, siendo al ingreso 58.8% y el egreso 52.6%. Sin embargo, hay un incremento en personas que afirman usarlo “Pocas veces” entre el ingreso (29.4%) y el egreso (46.5%). Aunado a esto y a diferencia del ingreso, al egreso no se contabilizaron personas que respondieran “Siempre” ante el uso de la anticoncepción de emergencia

### Parches/Implantes Ingreso

Válido	Nunca	Frecuencia	Porcentaje
	Nunca	16 <sup>a</sup>	100.0

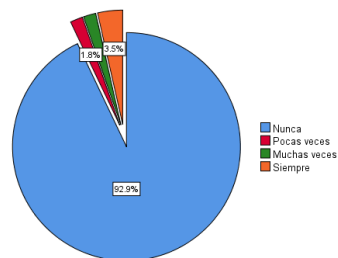
a. Nota: Se pierden 4 casos y en 174 no aplica



### Parches/Implantes Egreso

Válido	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre	Frecuencia	Porcentaje
	Nunca				105	92.9
		Pocas veces			2	1.8
			Muchas veces		2	1.8
				Siempre	4	3.5
					Total	113 <sup>a</sup> 100.0

a. Nota: Se pierden 6 casos y en 75 no aplica



Cuadro y Gráfica 10

Respecto al uso de Parches/Implantes, mientras al ingreso no se contabilizaron personas que los utilizaran, al egreso un 7.1% reportó haberlo usado en por lo menos alguna ocasión.

### Cambios frecuentes de pareja Ingreso

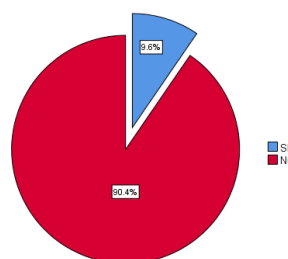
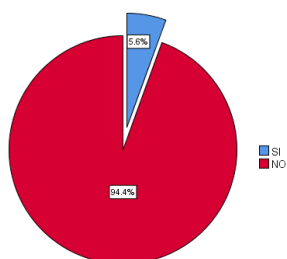
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	1	5.6
	NO	17	94.4
	Total	18 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 2 casos y en 174 no aplica

### Cambios frecuentes de pareja Egreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	11	9.6
	NO	104	90.4
	Total	115 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 4 casos y en 75 no aplica



Cuadro y Gráfica 11

En cuanto a los cambios frecuentes de pareja, se observa un incremento de 4% entre los participantes que marcaron “SI” como respuesta, siendo el porcentaje al ingreso de 5.6% y al egreso de 9.6%.

**Presencia de infecciones de transmisión sexual Ingreso**

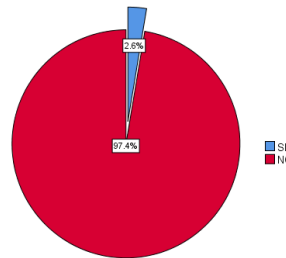
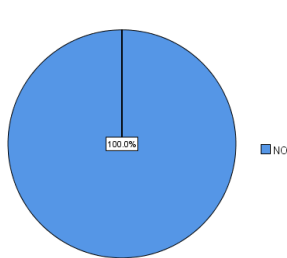
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	18 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 2 casos y en 174 no aplica

**Presencia de infecciones de transmisión sexual Egreso**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	3	2.6
	NO	111	97.4
	Total	114 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 5 casos y en 75 no aplica



Cuadro y Gráfica 12

Tratándose de la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual, no se encontraron personas que las padecieran al ingreso, mientras que al egreso un 2.6% de la población refirió tener o haber tenido alguna.

### Tratamiento de infecciones de transmisión sexual Ingreso

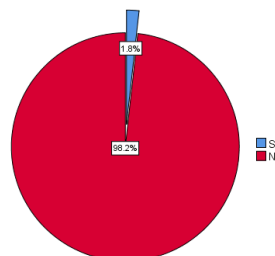
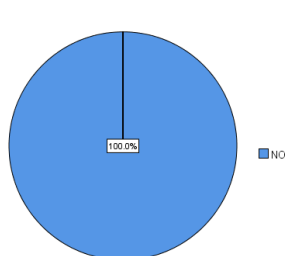
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	18 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 2 casos y en 174 no aplica

### Tratamiento de infecciones de transmisión sexual Egreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	2	1.8
	NO	112	98.2
	Total	114 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 5 casos y en 75 no aplica



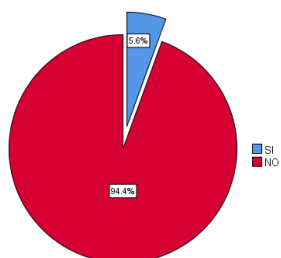
Cuadro y Gráfica 13

Referente al tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual, mientras que al ingreso no se contabilizaron casos, al egreso se encontró que un 1.8% de la población había estado por lo menos una vez bajo el tratamiento de alguna ITS.

### Eventos homosexuales previos Ingreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	1	5.6
	NO	17	94.4
	Total	18 <sup>a</sup>	100.0

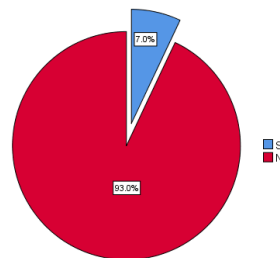
a. Nota: Se pierden 2 casos y en 174 no aplica



### Eventos homosexuales previos Egreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	8	7.0
	NO	106	93.0
	Total	114 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 5 casos y en 75 no aplica



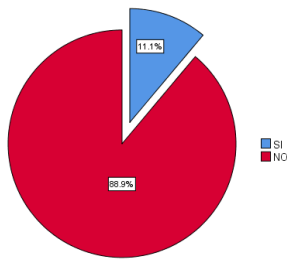
Cuadro y Gráfica 14

Refiriéndonos a la presencia de eventos homosexuales previos, se encontró un pequeño incremento (1.4%) entre las personas que declararon haberlos tenido, siendo el porcentaje de ingreso de 5.6%, mientras que al egreso se obtuvo una cifra de 7%.

**Tú o tu pareja han tenido un embarazo Ingreso**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	2	11.1
	NO	16	88.9
	Total	18 <sup>a</sup>	100.0

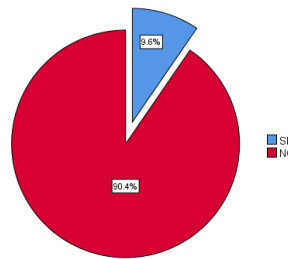
a. Nota: Se pierden 2 casos y en 174 no aplica



**Tú o tu pareja han tenido un embarazo Egreso**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	11	9.6
	NO	104	90.4
	Total	115 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 4 casos y en 75 no aplica



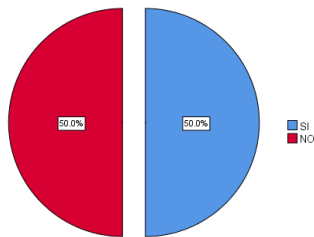
Cuadro y Gráfica 15

Respecto a la pregunta de “Tú o tu pareja han tenido un embarazo”, mientras que al ingreso se encontró un porcentaje de 11.1%, al egreso se encontró un porcentaje de solamente 9.6%, disminuyendo ligeramente (1.5%).

### Embarazo planeado Ingreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	1	50.0
	NO	1	50.0
	Total	2 <sup>a</sup>	100.0

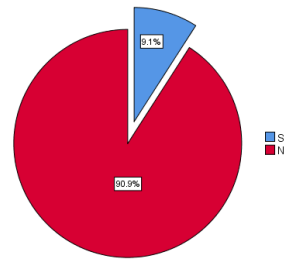
a. Nota: Se pierden 2 casos y en 190 no aplica



### Embarazo planeado Egreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	1	9.1
	NO	10	90.9
	Total	11 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 4 casos y en 179 no aplica



Cuadro y Gráfica 16

Respecto a si el embarazo tenido fue deseado o no, se encontró una diferencia importante en los alumnos que respondieron no haberlo planeado, siendo el porcentaje de éstos al ingreso de 50% y al egreso de 90.9%



### Has tenido bebés Ingreso

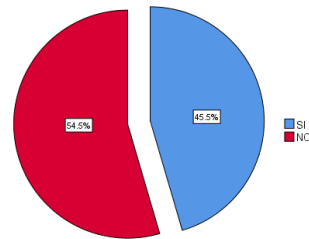
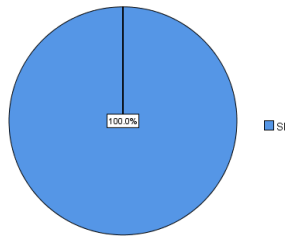
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	2 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 2 casos y en 190 no aplica

### Has tenido bebés Egreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	5	45.5
	NO	6	54.5
	Total	11 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 4 casos y en 179 no aplica



Cuadro y Gráfica 17

De las personas que han tenido embarazos, mientras al ingreso el 100% de éstas llegaron a la concepción del feto, al egreso sólo un 45.5% de la población reportó haber tenido un bebé.

### Has tenido abortos Ingreso

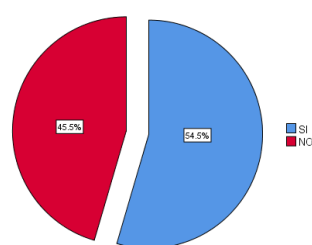
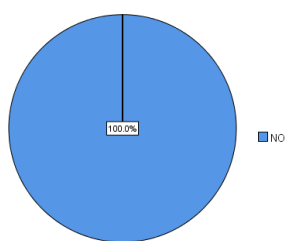
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	2 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 2 casos y en 190 no aplica

### Has tenido abortos Egreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	6	54.5
	NO	5	45.5
	Total	11 <sup>a</sup>	100.0

a. Nota: Se pierden 4 casos y en 179 no aplica



Cuadro y Gráfica 18

De las personas que han tenido embarazos, solamente al egreso fueron reportados abortos, siendo un 54.5% de la población mencionada la que decidió realizarlo.

## Discusión

En cuanto al sexo, coincidimos con los estudios de Trejo (26) y Fernández (27), al tener un mayor porcentaje de alumnos de sexo femenino en la muestra estudiada. La relevancia de tener constantemente poblaciones en su mayoría femeninas al tocar temas de sexualidad hace notar la existencia de muchos comportamientos previamente establecidos en cuestión al género, que pueden estar siendo agravados por factores sociales.

En la vida sexual activa, podemos notar un aumento significativo en las personas que han tenido vida sexual, siendo al ingreso de la carrera un 9.4% de la población, y aumentando hasta un 60.5% al egreso de esta. Pensamos que se puede deber entre otros factores, al aumento de edad, hábitos sociales, o el hecho de contar con relaciones más pensadas para una vida en pareja.

Respecto a la edad de Inicio de vida sexual, se encontró una diferencia entre las respuestas encontradas entre el ingreso y el egreso, extrañándonos, ya que es un dato que debería permanecer estático. Al recolectar los datos sobre la misma población en años diferentes, y encontrar tales diferencias, creemos que los estudiantes pueden llegar a alterar las respuestas dadas en el EMA al inicio de la carrera ya que los datos, aunque resguardados por la UNAM, a nivel medio superior se llegan a utilizar para localizar focos rojos entre estudiantes, incluyendo en ocasiones a los tutores de estos por razones legales. Damos mención en este punto, a que la existencia de instrumentos con completa confidencialidad podría arrojar respuestas que nos den un panorama más amplio en temas tan sensibles como lo son los referentes a su sexualidad.

En cuanto al uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual, se encontró un ligero descenso al egreso (6.8%) en los estudiantes que afirmaron usarlo. Concordamos con las conclusiones que Tapia (23) y colaboradores mencionan en su estudio “Influencia de determinantes de género en la anticoncepción de estudiantes de Enfermería y Obstetricia mexicanas”, en donde se afirma que, aunque las mujeres tienen mayor decisión sobre la maternidad y sus relaciones, concluyen que aún existen estereotipos que hacen necesario

reforzar la formación en estudiantes universitarios en salud sexual y reproductiva, con un enfoque de género para ser transmisores y consejeros en esta área.

Considerando el aumento en la vida sexual activa mencionada con anterioridad, y tomando en cuenta la predominancia del sexo femenino en la población estudiada, creemos que la falta de empoderamiento femenino al decidir sobre el uso de algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales (23), puede afectar en cierta medida al resultado de esta variable y el número de embarazos no deseados.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, y resaltando la importancia del uso del preservativo como único método de planificación familiar capaz de evitar ITS, encontramos un incremento al egreso del 6.1% en el porcentaje en personas que respondieron “Siempre” en el uso del preservativo. Esto nos hace pensar que el hecho de estudiar para enseñar sobre temas de sexualidad ayuda a generar un cierto nivel de conciencia sobre el uso responsable en su sexualidad.

Otros métodos como; el Dispositivo Intrauterino (DIU), las inyecciones, las pastillas, los parches y los implantes, no parecen tener tanto impacto preventivo como el condón; su tasa de uso no supera en ningún momento el 15% de la población estudiada, mientras que la del condón alcanza un 94.4% al ingreso y 97.4% al egreso. Esto es probablemente, entre otras cosas, debido a la facilidad de adquisición y uso que tiene el preservativo frente al resto de métodos de planificación familiar.

La anticoncepción de emergencia, pese a no formar parte de los métodos rutinarios de control de natalidad, tiene cierta “popularidad” entre los estudiantes, ya que su uso es del 41.2% al ingreso y del 47.4% al egreso; la disponibilidad y la facilidad de uso (34) resultan factores de importancia para que esto ocurra, sin embargo, lo antes mencionado puede incrementar el riesgo de Infecciones de Transmisión sexual entre la población estudiantil.

Sin embargo, llama la atención que, aun sabiendo sobre la existencia de mejores métodos para la planificación familiar, ya sean solos o combinados, se siga prefiriendo el uso de una anticoncepción que, como el nombre lo indica, debe ser

usada en casos de emergencia; la preocupación principal está en el hecho de que el uso continuado de la pastilla de emergencia ha demostrado baja efectividad anticonceptiva (35).

Los cambios frecuentes de pareja (SI en 5.6% al ingreso y 9.6% al egreso) y la presencia de eventos homosexuales previos (SI en 5.6% al ingreso y 7% al egreso), como comportamientos conductuales se suelen asociar con la presencia de ITS (34); no obstante, la presencia de éstas solo estuvo en los datos de egreso, y en una proporción relativamente baja (2.6%), datos que no corresponden a las encuestas nacionales e internacionales (11, 20, 23, 25). No creemos que la población estudiada esté exenta de los factores de riesgo a los que se exponen los jóvenes mexicanos en general, sin embargo, los resultados nos muestran que, por los menos éstos dos factores de riesgo no implican un cambio trascendental en la adquisición de ITS. Reconocemos que esta diferencia entre realidades puede dar lugar a conjeturas sobre las respuestas dadas por los participantes en la aplicación del EMA, asimismo, creemos que esta misma diferencia, se debe usar como incentivo para ahondar más sobre la realidad, en cuanto a la vida sexual, de los estudiantes universitarios, concretamente los de la ENEO.

Pese a que el número de embarazos no es muy elevado (11.1% al ingreso y 9.6% al egreso), llama la atención que haya aumentado un 40.9% el número de embarazos no planeados al egreso respecto al ingreso; lo puede indicarnos, por un lado, un ejercicio pleno de su actividad sexual y por otro la falta de planeación de sus encuentros sexuales, la falta de previsión de métodos anticonceptivos, entre otros elementos. Esto nos hace reflexionar respecto que, si, el problema está en que los participantes del estudio usan los métodos anticonceptivos incorrectamente, o quizá tenga que ver con otros elementos socioculturales relacionados con el colectivo de adultos jóvenes, en los que es importante profundizar para su investigación.

Este es otro elemento que consideramos es fundamental atender y que es relevante para los directivos de la escuela, ya que el porcentaje de abortos al egreso fue del 54.5% y esta conducta no es saludable, ni física ni

psicológicamente para las personas en edad reproductiva, aunque la ley lo permita. Además, es importante conocer y ampliar los estudios de investigación que den muestra sobre la salud y condiciones en los que se llevan a cabo estos procedimientos, a fin de Identificar y establecer medidas oportunas para evitar situaciones de riesgo para la población estudiantil.

En la actualidad, la amplia gama de información referente al tema es encontrada con moderada facilidad gracias al incremento del flujo de información que trajo consigo la era de la informática. El uso del condón masculino se ha popularizado como medio de planificación familiar por excelencia, debido en muchas ocasiones a su facilidad de uso y pocas contraindicaciones en comparativa con el uso de cualquier otro método. La popularidad puede deberse también a que previene ITS, situación que coincide con la población en estudio.

## Conclusiones

En relación con lo antes expuesto tenemos una población mayormente femenina, en pleno ejercicio de su vida sexual en el transcurso de la carrera. Sin embargo, consideramos que no siempre se lleva a cabo a través de un ejercicio de autorresponsabilidad y en muchos casos se da, ya sea por medios de comunicación o presión social que genera el hecho de ser universitario y estar lejos de la vida familiar. También, el uso de condón en la primera relación sexual nos indica que puede existir una estrecha relación que refuerza la hipótesis sobre que cuando la población estudiantil se desarrolla en una licenciatura en salud con materias específicas sobre salud sexual, fortalece los ideales de tener una vida sexual plena, aunque no siempre del todo segura.

Aunque la consejería sexual que tiene la ENEO ayuda al alumnado al uso y resolver dudas de los métodos hormonales. Empíricamente no se observa que exista un cambio en el uso adecuado de métodos anticonceptivos, como se observa sobre el uso del condón, talvez porque es un método que se consigue de forma rápida y que no se limita a evitar embarazos no deseados, sino también a la prevención de ITS, aunado a la mayor libertad que representa el poder usar este método, ya que no produce efectos secundarios.

Esperábamos encontrar un cambio estadístico significativo en cuanto a las variables de uso de métodos anticonceptivos y embarazos no planeados, pero la muestra resultó pequeña para algunas variables, y tiene otros puntos que nos harían pensar en que las personas que respondieron la encuesta no lo hicieron con veracidad, ya que los temas de sexualidad, hablando específicamente de métodos anticonceptivos y de tener un embarazo a una edad razonable , en el ámbito familiar en México, sin importar la zona geográfica, es un tema tratado por género y con sus respectivas reglas para hombre y mujer.

Para terminar, concluimos que nuestros objetivos fueron alcanzados, y aunque no fueran estadísticamente significativos y entendemos que podría existir un riesgo

de sesgo, podemos notar un ligero aumento entre la población al ingreso y al egreso en algunos temas como el uso de métodos, demostrando que durante los estudios de licenciatura se amplía su vida sexual y, por otro lado, como la formación universitaria por sí misma no influye en la manera en que manejan su salud sexual, sino que existen otros elementos culturales y sociales que merecen ser estudiados. Por lo tanto, aún quedan muchas preguntas por resolver: ¿Realmente usan los métodos?, ¿Los usan correctamente? o ¿Se sienten comprometidos a responder de cierta manera por su formación profesional?, ¿Qué elementos influyen en los embarazos no deseados?, ¿Cuáles son los factores que inciden en la práctica del aborto? Entre otras.

### *Recomendaciones*

En base a los resultados encontrados hacemos uso del capítulo para mencionar algunas cosas que creemos que podrían ayudar a futuras investigaciones.

- El asesoramiento debe darse, preferentemente por el programa de pares, en donde pasantes y estudiantes con mayor grado académico, brinden asesoría a estudiantes más jóvenes ya que se pueden tomar las directrices de los programas en México sobre la responsabilidad sexual pero también dándole un enfoque no solo de “solo usa este método y ya” si no también de englobar todo lo que la salud sexual es y ser una fuente de apoyo grande para los jóvenes que en alguno años se unirán a grupos de apoyo para brindar educación sexual segura y responsable.
- Retomando los resultados en cuanto ITS, nos encontramos ante un panorama que puede generar controversia; los datos obtenidos en esta investigación parecen reflejar la necesidad de un instrumento que genere aún más confianza de parte del entrevistado al momento de su llenado, esto debido al uso práctico que se ha tomado con un examen de una cobertura tan amplia como lo es el EMA.



## Referencias

- 1) Plan de Desarrollo Institucional de UNAM 2015-2019
- 2) Dirección General de Atención a la Salud. Ferias de la salud.  
<http://www.dgas.unam.mx/ferias-de-la-salud.html>
- 3) Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. [Citado 2019 noviembre 08].  
[http://www.eneo.unam.mx/consejeria\\_salud\\_sexual\\_reproductiva/objetivos.htm](http://www.eneo.unam.mx/consejeria_salud_sexual_reproductiva/objetivos.htm)
- 4) Leyva López A., Chávez Ayala R., Atienzo E., Allen Leigh B., Ramírez Villalobos D., Yunes Díaz E., & Rivera-Rivera L. Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos. Salud Pública de México. 2010; 52: 156-164. [Citado 2019 diciembre 09].  
[https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342010000200008](https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000200008)
- 5) OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo, SEPTIEMBRE 2018. [Citado 2019 noviembre 12].  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- 6) Urcola Marcos A. Algunas apreciaciones sobre el concepto sociológico de juventud. Invenio. Vol. 6, Núm. 11, NOV 2003, Pág. 41-42. Universidad del Centro Educativo Latinoamericano. Rosario Argentina. [Citado 2019 noviembre 08]. <https://www.redalyc.org/pdf/877/87761105.pdf>
- 7) UNICEF. Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente. República de Panamá, 2015. [Citado 2019 noviembre 12].  
[https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-04/UNICEF\\_Situacion\\_de\\_Adolescentes\\_y\\_Jovenes\\_en\\_LAC\\_junio2105.pdf](https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-04/UNICEF_Situacion_de_Adolescentes_y_Jovenes_en_LAC_junio2105.pdf)
- 8) Solís Pontón L., La familia en la Ciudad de México presente pasado y devenir, departamento de Distrito Federal, 1997, Pág. 33-45; Primera Edición; Título del capítulo: La familia mexicana. [Citado 2019 diciembre 08].
- 9) Barahona M., Familia, hogares, dinámica, demográfica, vulnerabilidad y pobreza en Nicaragua; NACIONES UNIDAS CEPAL, Acuerdo de Cooperación

CELADE-FNUAP. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de población. Santiago de Chile, febrero del 2006. [Citado 2019 noviembre 20].

[http://www.sidocfeminista.org/images/books/12883/12883\\_00.pdf](http://www.sidocfeminista.org/images/books/12883/12883_00.pdf)

10) Gutiérrez Capulín R., Díaz O.Y.K, Román Reyes R. P. El concepto de familia en México, una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. Ciencia Ergo SUM, Vol. 23 Núm. 3, 2016. [Citado 2019 junio 22].

<http://www.redalyc.org/jatsRepo/104/10448076002/10448076002.pdf>

11) Chuayffet Chemor E., Martínez Olive A. Adolescente y sexualidad; Alicia Xóchitl Olvera Rosas, Patricia Gómez Rivera: editor El Dragón Rojo: Embarazo adolescente y madres jóvenes en México; una visión desde el PROMAJOVEN; Argentina 28 Centro; CDMX: 2012; Primera Edición Pág., 39-50. [Citado 2019 septiembre 29].

12) Szasz. I. Género y Representaciones sociales; investigación sobre sexualidad en México; 1998 [Citado 2020 enero 08]

<http://investigacion.cephcis.unam.mx/generoyrsociales/index.php/investigacion-sobre-sexualidad-en-mexico-sexualidad-y-genero-algunas-experiencias-de-investigacion-en-mexico-szasz-ivonne/>

13) Moral de la Rubia J.; Rubí M.A.; Diferencias de género en significados, actitudes y conductas asociadas a la sexualidad en estudiantes universitarios, Estudios sobre las culturas Contemporáneas. 2008; Vol. 19, Núm. 28. Pág. 98-100, 112-113. [Citado 2019 diciembre 14].

14) J. R Palacios Delgado; M.I. B Flores; P.A. Palos; CONSUMO DE ALCOHOL Y CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES; Universidad Nacional Autónoma de México. Rev. Psicología International, Vol. 18, núm. 4 (2007). [Citado 2019 julio 10].

<http://www.apa.org/international/pi/2007/11/consumo.pdf>

15) Hernández Montaña, Alicia; González Tovar, José Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación desde la Teoría Fundamentada Ciencia Ergo Sum, vol. 23, núm.

- 2, julio-octubre, 2016, pp. 112-120 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México
- 16) Naval C, Sabada C, Vera Villa julio, Reyero Garcia D. Jovenes y medios de comunicacion. Revista de estudios de juventud [Internet]. 2017 [citado 5 febrero 2020];(0211-4364):1–33.  
[http://www.injuve.es/sites/default/files/revista68\\_completa.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/revista68_completa.pdf)
- 17) Alvarez de la Cruz C. Comunicación y sexualidad. Enfermería Global [Internet]. 2010 [citado 5 febrero 2020];(1695-6):1–10.  
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/107301/103311>
- 18) Saladín S. Kenneth; Anatomía y Fisiología. La unidad entre forma y función, 6ta edición, McGraw Hill. C 2013, Pág. 1034, 1035, 1040, 1065, 1075.
- 19) Moura López E., Ferreira da Silva S., Costa de Morales M. L., De Sousa Aquino P., Américo C. F., & Bezerra Pinheiro, A. K. Conocimiento de enfermería acerca de los métodos anticonceptivos en el contexto del programa de salud de la familia. Enfermería Global, 2010; 20: 1-9. [Citado 2019 noviembre 18]. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/administracion5.pdf>
- 20) NOM-OFC-005-SSA-1993. De los servicios de planificación familiar. [Citado 2019 mayo 26]. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
- 21) Organización Mundial de la Salud, Planificación Familiar [Internet], Beneficios de la planificación familiar y de la anticoncepción. 8 febrero 2018, [citado 2020 febrero 09]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- 22) Secretaria de Salud, Gobierno de México; Programas de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. Secretaria de salud Acciones y programas [Internet]. 7 agosto 2015. [citado 2020 febrero 09]. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-accion-especifico-planificacion-familiar-y-anticoncepcion-2013-2018-10070>
- 23) Tapia Martínez H., González Hernando C. & Puebla Nicolás E. Influencia de determinantes de género en la anticoncepción de estudiantes de Enfermería y Obstetricia mexicanas. Enfermería universitaria. 2017; 14 (4): 251-258. [Citado

- 2019 noviembre 24].  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300623>
- 24) Alemán Rivera I. S., Escárcega I. C. & Pérez-Cuevas R. Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2013; 70(1), 19-25. [Citado 2020 febrero 04].  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462013000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462013000100005&script=sci_arttext)
- 25) Díez M., & Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2011; 13 (2): 58-66. [Citado 2019 diciembre 03]. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-06202011000200005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-06202011000200005&script=sci_arttext&tlng=pt)
- 26) NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. [Citado 2019 septiembre 26].  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202.html>
- 27) World Health Organization. (2001). Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates (No. WHO/CDS/CSR/EDC/2001.10). Geneva: World Health Organization. [Citado 2019 diciembre 08].  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66818/WHO\\_HIV\\_AIDS\\_2001\\_02.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66818/WHO_HIV_AIDS_2001_02.pdf)
- 28) Rull M. A. P., Tinoco C. Á., Mondragón J. C. F., Flores L. G., Muñoz L. H., & Campos A. K. R. Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. Psicología y Salud. 2013; 23 (1): 25-32. [Citado 2019 diciembre 07]. <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/512>
- 29) Torres López T.M., Reynaldos Quinteros C., Lozano González A. F. & Munguía Cortés J. A. Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México. Revista de Saúde Pública. 2010; 44: 820-829 [Citado 2020 febrero 04]. <https://www.scielosp.org/article/rsp/2010.v44n5/820-829/es/>

- 30) García Mora A., Mendoza Brizio M. A., González Gutiérrez A., Hernández González M. & Ginnette Ortega-Escamilla P. Conocimientos y prácticas de riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes de la Facultad de Planeación Urbana y Regional de la Universidad Autónoma del Estado de México. 2016 [Citado 2020 febrero 04]. <https://www.scielo.org/article/rsp/2010.v44n5/820-829/es/>
- 31) Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Planes de estudio. [Citado 2020 febrero 27].  
[http://www.eneo.unam.mx/novedades2018/leoimpresion\\_2018\\_oro.pdf](http://www.eneo.unam.mx/novedades2018/leoimpresion_2018_oro.pdf)
- 32) Trejo Ortiz P. M., Moreno Chávez P. D. C., Macías Aguilar M., Valdez Esparza G., Mollinedo Montaña F. E., Lugo Balderas L. G. & Araujo Espino, R. Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área Académica Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. Revista Cubana de Enfermería. 2011; 27 (4), 273-280. [Citado 2019 diciembre 03].  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400005)
- 33) Fernández B. F., Colunga C., González M., Aranada M. I., Riego, N. A. & Sánchez A. Nivel de conocimientos sobre sexualidad en estudiantes de carreras de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana. Revista en línea Salud. 2013; 9 (17), 12-18. [Citado 2019 diciembre 07].  
<http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD39556.pdf>
- 34) Chávez M., Petzelová J., & Zapata J. Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. Enseñanza e investigación en psicología. 2009; 14 (1), 137-151. [Citado 2020 febrero 16].  
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29214110.pdf>
- 35) Lescano Luna, Y. M. E., & Ruiz Venegas, G. N. Percepción sobre la preferencia de uso de la anticoncepción oral de emergencia en adolescentes universitarios. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Privada Antenor Orrego. 2016. [Citado 2020 marzo 01].  
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/1942>

# Anexos



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
SECRETARÍA DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y SEGURIDAD UNIVERSITARIA  
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA SALUD  
EXAMEN MÉDICO AUTOMATIZADO PARA ESTUDIANTES  
INGRESO/EGRESO GENERACIÓN 2020  
LEE ANTES DE EMPEZAR:**



Bienvenido a la UNAM: Este evento nos permite contar con datos para abrir tu expediente clínico. Además, nos serán de utilidad para mejorar los servicios de atención individual, grupal o colectiva y cuidar los aspectos físicos, psicológicos y sociales que contribuyen en la salud de cada uno. **ES IMPORTANTE QUE CONTESTES TODOS LOS INCISOS.** Fíjate en las que debes "BRINCAR" y sigue las instrucciones.

No. de cuenta									
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Responder únicamente con lápiz del número 2 o 2 1/2

Si tienes duda consulta a los monitores.



Llena bien tu **NÚMERO DE CUENTA.**

La información que nos proporcionas es **TOTALMENTE CONFIDENCIAL.** Sólo tiene acceso a ella el equipo de salud.

La Dirección General de Atención a la Salud de la UNAM, con domicilio en Circuito Escolar S/N, Alcaldía Coyoacán, C. P. 04510, en la Cd. Mx., es responsable del tratamiento de sus datos personales para brindarle atención médica primaria y de urgencia. Esta dependencia universitaria podría realizar transferencias de estos datos a terceros. Usted podrá ejercer sus derechos ARCO en la Unidad de Transparencia de la UNAM, o a través de la Plataforma Nacional de Transparencia. El aviso de privacidad integral se puede consultar en <http://www.dgsm.unam.mx/index.html>

1. ACTUALMENTE ¿TE SIENTES MAL DE SALUD?		SÍ	NO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. INDICA SI EN EL ÚLTIMO MES, ¿HAS TENIDO MOLESTIAS IGUALES O MUY SIMILARES A ESTAS?		SÍ	NO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a)	Dolor de cabeza y sensación de mareo que se acompaña de zumbido de oídos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	Convulsiones (ataques)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	Desmayos en varias ocasiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d)	Fiebre sin que se sepa la causa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e)	Problemas para oír	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f)	Dolor en el pecho o espalda que te aumenta cuando respiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g)	Tos que no se te quita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h)	Debilidad, te han dicho que te has puesto pálido y sientes que te falta el aire al realizar esfuerzo o ejercicios que antes no te cansaban	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i)	Dolor punzante o ardor en la boca del estómago que se acompaña a veces con náuseas, eructos y llegas a vomitar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j)	Dolor e inflamación abdominal, con diarrea, falta de apetito y debilidad general	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k)	Diarrea con sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l)	Debilidad que se acompaña de aumento de sed, de apetito y en la cantidad que orinas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m)	Pérdida de peso sin causa aparente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n)	Aparición de moretones sin causa aparente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ñ)	Tu orina es turbia (no transparente) y se acompaña de molestias al orinar como ardor, dolor o deseos de seguir orinando aunque ya hayas terminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o)	En tus genitales, comezón, ronchas o enrojecimiento y algún escurrimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p)	Tus uñas se han puesto gruesas, opacas y oscuras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q)	Alguna de tus articulaciones se inflaman, se ponen rojas y te duelen sin que te hayas golpeado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r)	Grietas y/o vejiguitas en los pies y has notado que te provocan comezón y mal olor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	SÍ	NO
g)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ñ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ALGUIEN DE TU FAMILIA:				
	NINGUNO	PAPÁ	MAMÁ	HERMANOS
a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. A ALGUIEN DE TU FAMILIA LO HAN DIAGNOSTICADO CON:				
	NINGUNO	PAPÁ	MAMÁ	HERMANOS
a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. ¿CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD, HAS TENIDO O TIENES?		SÍ	NO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a)	Alergia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	Amigdalitis (anginas) cinco o más veces al año	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d)	Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e)	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f)	Epilepsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SOBRE TU DESARROLLO FÍSICO:			
Contesta en cada inciso			
6. SÓLO PARA HOMBRES		SÍ	NO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a)	¿Tienes dificultad para retraer la piel del pene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	¿Tienes alguno de tus testículos aumentado de volumen y te causa molestia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	¿Consideras normal la forma y tamaño de tus genitales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SOBRE TU DESARROLLO FÍSICO:**  
Contesta en cada inciso

**7. SÓLO PARA MUJERES**  SÍ  NO

a) ¿Ya tuviste tu primera menstruación?

b) ¿Tu menstruación es regular? (cada 28 o 30 días)

c) ¿En cada menstruación, tienes dolor tan intenso que te impide hacer tu vida cotidiana?

d) ¿Consideras normal la forma y tamaño de tus genitales y de tus pechos?

**8. ¿HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES?**  SÍ  NO PASA A LA PREGUNTA 15

**9. ¿QUÉ EDAD TENÍAS CUANDO TUVISTE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?**

1 2 3 4  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

**10. LA OCASIÓN QUE TUVISTE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, ¿TÚ O TU PAREJA USARON ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?**  SÍ  NO

**11. ¿USAS LOS SIGUIENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?**

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
a) Condón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Dispositivo intrauterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Inyecciones o pastillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Anticoncepción de emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Parches o implantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**12. EN TUS RELACIONES SEXUALES:**  SÍ  NO

a) ¿Tienes varias parejas o has cambiado frecuentemente de pareja?

b) ¿Has tenido alguna infección de transmisión sexual?

c) ¿Has recibido tratamiento médico para infecciones de transmisión sexual?

d) ¿Tienes o has tenido relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?

**13. ¿TÚ O TU PAREJA HAN TENIDO UN EMBARAZO?**  SÍ  NO PASA A LA PREGUNTA 15

**14. SI TU PAREJA Y TÚ HAN TENIDO UN EMBARAZO:**  SÍ  NO

a) ¿Planeaste el embarazo?

b) ¿Han tenido bebés?

c) ¿Han tenido abortos?

**15. ACERCA DE TU VISTA**  SÍ  NO

a) ¿Ves bien de lejos y de cerca sin lentes?

b) ¿Usas lentes?    
Si tu respuesta es NO, por favor pasa con el personal capacitado para que te hagan tu medición de agudeza visual

**16. MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL** SÓLO PARA EL PERSONAL CAPACITADO

	20/20	20/25	20/30	20/40	20/50 ó +	NO VE
a) OJO DERECHO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) OJO IZQUIERDO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**17. ANOTA TU PESO Y TALLA** Llena correctamente los círculos correspondientes

a) Peso en Kg.

1  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Estatura en cm.

1  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

**18. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿HAS TRATADO BAJAR DE PESO?**  SÍ  NO PASA A LA PREGUNTA 21

**19. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿HAS HECHO ALGUNA DE ESTAS COSAS PARA BAJAR DE PESO?**

	Nunca	A veces	2 veces en una semana	Más de 2 veces en una semana
a) Vomitado después de comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Ayunos (dejar de comer por 12 hrs. o más)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Más de una dieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Usado pastillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Tomado diuréticos (sustancias para perder agua)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Tomado laxantes (sustancias para facilitar la evacuación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**20. ¿TE HA OCURRIDO ESTO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?**

	Nunca o casi nunca	A veces	2 veces en una semana	Más de 2 veces en una semana
a) Me ha preocupado engordar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21. QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA TÍ...**

	Muy importante	Importante	No muy importante	Nada importante
a) Cuidar tu salud y hacer ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Mantenerse saludable todo el año	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Tener hábitos saludables con respecto a la comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Dormir lo suficiente y descansar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**22. EN PROMEDIO, ¿CUÁNTAS HORAS DUERMES POR LA NOCHE CUANDO VAS A LA ESCUELA?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 Más