



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MAESTRÍA EN DOCENCIA PARA LA EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR
FACULTAD DE MEDICINA

**“INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA FAVORECER EL CONOCIMIENTO
FUNCIONAL DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LA AUTOEFICACIA
ANTICONCEPTIVA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR”**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN DOCENCIA PARA LA EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

PRESENTA:
PERLA JANET OROZCO GONZÁLEZ

TUTORA:
DRA. MÓNICA BEATRIZ ABURTO ARCINIEGA
FACULTAD DE MEDICINA

COMITÉ:
MTRA. AURORA LEONILA JAIMES MEDRANO
FACULTA DE MEDICINA
MTRA. HILDA CLAUDIA MORALES CORTÉS
ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA

CIUDAD DE MÉXICO

OCTUBRE, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A Dios por conceder los anhelos de mi corazón, darme salud y permitirme llegar a este momento tan importante de mi formación.

A mis padres por enseñarme el valor de la perseverancia y la determinación, gracias por su paciencia y por acompañarme en cada paso de mi camino académico.

A Josué, tu ayuda ha sido fundamental, has estado conmigo en los momentos más difíciles, pero siempre motivándome y ayudándome. Te lo agradezco muchísimo amor.

A mi tutora, gracias por su paciencia, apoyo y orientación para la realización de este proyecto, fue un honor recibir su guía. Muchas gracias por todo.

A mi comité tutor, gracias por su amabilidad y orientación, son parte importante de este proyecto, muchas gracias.

Índice

Contenido

Resumen	5
Abstract.....	7
Capítulo 1. Intervenciones educativas.....	9
1.1 Modelo de enseñanza estratégica	10
1.2 Estrategias didácticas	14
Capítulo 2. Adolescencia, sexualidad y anticoncepción	17
2.1 Adolescencia	17
2.1.1 Inicio de vida sexual y adolescencia	19
2.2 Métodos anticonceptivos.....	21
2.2.1 Clasificación	22
2.2.2 Uso de anticonceptivos en adolescentes	30
2.2.3 Conocimiento funcional en métodos anticonceptivos.....	33
2.2.4 Autoeficacia anticonceptiva	35
Capítulo 3. Intervenciones educativas y estrategias didácticas sobre anticoncepción	38
3.1 Panorama internacional	38
3.2 Panorama nacional	40
3.3 Educación sexual integral en Educación Media Superior: La Escuela Nacional Preparatoria	41
Capítulo 4. Metodología	43
4.1 Planteamiento del problema y justificación.....	43
4.2 Objetivo general.....	45
4.3 Objetivos específicos	45
4.4 Pregunta de investigación.....	46
4.5 Hipótesis	46
4.6 Planeación didáctica	46

4.7 Capacitación del docente	50
4.8 Instrumentos	51
4.8.1 Conocimiento funcional.....	51
4.8.2 Autoeficacia anticonceptiva	52
4.9 Tipo de estudio	53
4.10 Población de estudio.....	53
4.11 Criterios de selección.....	53
4.12 Consideraciones éticas	53
4.13 Plan de análisis.....	54
Capítulo 5. Resultados	55
Capítulo 6. Discusión	66
Capítulo 7 Conclusiones	72
Referencias bibliográficas	75
Anexos.....	83

Resumen

Antecedentes: El uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente ha sido deficiente debido a que desconoce la forma correcta de usarlos (conocimiento funcional) y de igual manera toma decisiones irresponsables con respecto a su ejercicio sexual (autoeficacia anticonceptiva); esto deriva en un problema de salud pública en nuestro país: el embarazo adolescente. Por lo anterior, se deben realizar intervenciones educativas en esta población, favoreciendo el conocimiento y un cambio actitudinal, dos constructos íntimamente relacionados.

Objetivo: El propósito de esta investigación fue aumentar el conocimiento funcional en métodos anticonceptivos y la autoeficacia anticonceptiva en estudiantes de educación media superior mediante una intervención educativa con el fin de promover un empleo correcto de los anticonceptivos y un cambio en el comportamiento para un ejercicio responsable de su sexualidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo cuasi experimental en estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria Plantel 8 “Miguel E. Schulz” (ENP 8) para promover el conocimiento funcional en métodos anticonceptivos y la autoeficacia anticonceptiva. Se aplicó un instrumento antes de la intervención; posteriormente se implementó la intervención educativa, para la cual se diseñó *ex profeso* una planeación didáctica conformada por tres sesiones. En la primera sesión se abordó el tema de métodos anticonceptivos de barrera y la estrategia usada fue una *simulación básica*; la segunda sesión fue sobre métodos anticonceptivos hormonales y se realizó un *storytelling* y, por último, en la tercera sesión, se abordó el tema de la pastilla anticonceptiva de emergencia y se implementó un *role playing*. Al final de la intervención educativa se hizo la evaluación post.

Resultados: La intervención educativa se llevó a cabo en 40 estudiantes; de ellos, el 65% fueron hombres y el 35% mujeres.

Se realizaron pruebas estadísticas paramétricas, t de Student para muestras relacionadas y d de Cohen; así como la prueba no paramétrica U de Mann Whitney. En cuanto al análisis de los resultados sobre conocimiento funcional, la media de aciertos obtenida antes de la intervención fue de 6.45, mientras que la media después de la intervención fue de 10.27. Por otro lado, en el análisis estadístico de los resultados para la autoeficacia anticonceptiva, antes de la intervención la media fue de 55.9, mientras que la media después de la intervención fue de 75.5. El valor de p fue <0.05 por lo que los resultados fueron estadísticamente significativos.

Conclusiones: La intervención educativa propuesta tuvo un impacto positivo en los estudiantes que participaron pues aumentó su conocimiento funcional. Asimismo, aumentó el nivel de autoeficacia anticonceptiva en el caso de las mujeres. Mejorar la calidad educativa en materia de salud sexual y reproductiva es un área de oportunidad en nuestro país, debido a que se ha documentado que entre los adolescentes aún existe desconocimiento o bajo conocimiento en estos temas y esto repercute de forma sustancial en las decisiones que tomen a futuro en el ejercicio de su sexualidad.

Abstract

Background: The use of contraceptive methods in the adolescent population has been deficient because it doesn't know the correct way to use them (functional knowledge) and likewise make irresponsible decisions regarding sexual activity (contraceptive self-efficacy); this results in a public health problem in our country: adolescent pregnancy. In this sense, educational interventions should be carried out in the adolescent population, favoring knowledge and attitudinal change, two closely related constructs.

Objective: Objective: The purpose of this research was to increase functional knowledge in contraceptive methods and contraceptive self-efficacy in high school students through an educational intervention to promote the correct use of contraceptives and, ultimately, a possible change in behavior for a responsible exercise of their sexuality.

Material and methods: A quasi-experimental study was conducted with students of the Escuela Nacional Preparatoria Plantel 8 "Miguel E. Schulz" (ENP 8) to promote functional knowledge of contraceptive methods and contraceptive self-efficacy. An instrument was applied before the intervention; subsequently, the educational intervention was implemented, for which a didactic planning was designed specifically for three sessions. The first session dealt with the topic of barrier contraceptive methods and the didactic strategy used was a basic simulation; the second session dealt with hormonal contraceptive methods and a storytelling session was carried out; and finally, in the third session, the topic of the emergency contraceptive pill was dealt with, and a role-playing session was implemented. At the end of the educational intervention, a post evaluation was conducted.

Results: The educational intervention was carried out in 40 students; 65% of them were men and 35% women.

Regarding the statistical analysis of the results in functional knowledge, the median number of correct answers obtained for the evaluation before the intervention was 6; while the median after the intervention was 11. On the other hand, the statistical analysis of the results of contraceptive self-efficacy, the median score obtained for the evaluation before the intervention was 55, while the median after the intervention was 80. The result of the t-test for paired samples indicates that significant differences were found.

Conclusions: The educational intervention had a positive impact on the students who participated as it increased their functional knowledge. In addition to, the level of contraceptive self-efficacy in women decreased. Improving the quality of education on sexual and reproductive health is an area of opportunity in our country, since it has been documented that among adolescents there is still a lack of knowledge or low knowledge on these issues, and this has a substantial impact on the decisions they make in the future in the exercise of their sexuality.

Capítulo 1. Intervenciones educativas

Las intervenciones educativas son un conjunto de acciones de índole pedagógico, metodológico, motivacional y de evaluación, su objetivo es favorecer la adquisición de conocimiento y desarrollar habilidades que conlleven a cambios en el comportamiento de los participantes (Jordán, 2011).

Aquellas que se encuentran encaminadas en prevenir los comportamientos sexuales de riesgo se consideran un pilar fundamental en la salud sexual y reproductiva (SSyR), sobre todo en la población adolescente.

Generalmente, el impacto de las intervenciones educativas se determina por medio de una evaluación a los participantes antes y después. Mediante esta premisa, es de relevancia identificar aquellos factores que influyen en el éxito de éstas. Primeramente, la preparación previa del docente es el punto más importante debido a que es posible que durante la aplicación sea necesario realizar modificaciones, e incluso improvisar para lograr dar respuesta a las incidencias que se presenten, otro punto relevante es disponer de una planeación didáctica, en la cual se especifique la metodología a seguir, materiales, recursos didácticos, tiempo dedicado a cada actividad. Esto en conjunto no solo influirá en el éxito, sino que también facilitará el proceso de ejecución.

También debemos de considerar para la planificación, diseño e implementación de una intervención educativa, una serie de elementos; como el modelo de enseñanza estratégica, las estrategias de enseñanza-aprendizaje, los recursos didácticos y el diseño de instrumentos de evaluación. Así mismo, se debe identificar las fases que componen una intervención educativa (Jordán, 2011):

- Fase inicial
- Fase de ejecución
- Fase de valoración

Se describirá a continuación cada fase, de manera general, con el fin de identificar el proceso a seguir.

La fase inicial se refiere a un análisis diagnóstico que se tendrá que llevar a cabo de forma sistemática y rigurosa con el propósito de conocer la realidad social y ambiental de los individuos a los que se pretende impactar, es decir, se deben estudiar las características educativas del nivel en el que se va a aplicar la intervención educativa; la fase de ejecución es la más importante dentro de la intervención educativa, debido a que es la etapa en la cual se incorporan todos los elementos pedagógicos y metodológicos que anteriormente se trabajaron para llevarlo a la aplicación y por último, la fase de valoración que consiste en evaluar los resultados obtenidos y llegar a una conclusión (Jordán, 2011).

En la parte final de este capítulo, se describirán algunos aspectos relacionados con el modelo de enseñanza estratégica y las estrategias de enseñanza-aprendizaje, que como ya se mencionó, constituyen elementos fundamentales para la planificación y diseño de una intervención educativa.

1.1 Modelo de enseñanza estratégica

Es una propuesta pedagógica que integra diversas teorías de aprendizaje, con el propósito de favorecer en los alumnos diversas habilidades que los convertirán en aprendices autosuficientes, es decir, hace referencia a no solo lograr el objetivo que se desea sino también al proceso mediante el cual se espera que alcancen los diferentes tipos de conocimientos (Díaz y Hernández, 2002) como son:

- Conocimientos de ellos mismos como aprendices, por ejemplo, lo que saben acerca de sus fortalezas y debilidades en su proceso de aprendizaje.
- Conocimientos en las diferentes tareas académicas y requerimientos. Los alumnos deben conocer la naturaleza de las tareas académicas y de los resultados obtenidos para monitorear y controlar el logro de sus metas de aprendizaje.

- Conocimiento de las estrategias de aprendizaje para integrar el nuevo conocimiento adquirido de manera eficaz.
- Conocimiento previo sobre un tema como base para construir el significado de lo nuevo.
- Conocimiento de los contextos que puedan ser útiles y necesarios para generar significado, organizar el conocimiento nuevo y mantener la motivación por aprender, esta última sin la cual no se da el aprendizaje.

A continuación, mencionaré brevemente los principios teóricos que sustentan la enseñanza estratégica, los cuales son:

- Teoría cognoscitiva social
- Aprendizaje significativo
- Constructivismo

El primer elemento teórico es la teoría cognoscitiva social, que como paradigma educativo postula que la mayor parte de la conducta es aprendida y obedece a influencias ambientales más que internas, es decir, sustenta que la observación es la forma más eficiente de aprender.

El origen de la teoría cognoscitiva social se remonta en los años 50 a los estudios de Albert Bandura, su modelo de aprendizaje incluye tres factores principales: persona, conducta y entorno.

Así mismo, dicha teoría refiere dos diferentes tipos de aprendizaje; el primero es el aprendizaje por observación o modelamiento, que ocurre cuando los individuos expresan nuevos patrones de conducta ante ciertas conductas modeladas, que anteriormente no tenían ninguna probabilidad de manifestar, aunque estuvieran motivados a hacerlo (Schunk, 2012).

Posteriormente, se encuentra el aprendizaje por autorregulación que se refiere a la capacidad del individuo de mantener sus conductas para el logro de una meta previamente establecida, ésta va acompañada de tres momentos: ser auto observadores, es decir, vernos a nosotros mismos; emitir juicios por medio de

comparar los actos personales con los de otros, y la auto respuesta, que hace referencia a brindarnos una recompensa o un castigo, por la conducta emitida en determinado momento (Schunk, 2012).

Con estos aspectos teóricos logramos entender que durante el proceso de aprendizaje influyen de manera significativa, además del conocimiento, elementos personales como las creencias, los valores, la motivación, las metas, que forman estructuras mentales desde que nacemos. Así mismo, es importante que como docentes se identifiquen estos elementos teóricos para promover la enseñanza aprendizaje de temas complejos como son los relacionados con la salud sexual y reproductiva que comentaré más adelante.

El aprendizaje significativo es el segundo componente teórico de la enseñanza estratégica, esta teoría surge en la década de los sesenta y se le atribuye a David Ausubel, un psicólogo educativo. Este autor postula que el aprendizaje significativo es un proceso que consiste relacionar el nuevo conocimiento con la estructura cognitiva ya existente en el individuo. Este aprendizaje sucede cuando los contenidos se relacionan de modo *no arbitrario y sustancial* (no al pie de la letra), con los conocimientos de la nueva información y experiencias previas que ya posee en su estructura cognitiva.

Es de suma importancia para los docentes conocer la diferencia entre el aprendizaje significativo y el aprendizaje memorístico y repetitivo, para de esa manera romper con las clásicas actividades de enseñanza (de corte tradicional) y lograr en la población estudiantil el saber disponer de recursos estratégicos y utilizarlos con el objetivo de aprender.

Díaz y Hernández (2002) definen al aprendizaje significativo como: “aquel que conduce a la creación de las estructuras de conocimiento mediante la relación sustantiva entre la nueva información y las ideas previas de los estudiantes”.

En sentido amplio, las demandas de la sociedad actual implican establecer un nuevo paradigma en el aprendizaje para de esta manera lograr formar profesionales capaces de gestionar conocimientos complejos y hacer más eficaces sus propios procesos de aprendizaje.

Por último, el tercer componente que sustenta la enseñanza estratégica es el constructivismo, que tiene como fundamento que el conocimiento no es el resultado de una mera copia de la realidad preexistente, sino que es un proceso dinámico e interactivo por medio del cual la información externa se interpreta por la mente, la cual construye progresivamente modelos explicativos cada vez más complejos y potentes. De esta manera, el aprendizaje implica dar significado personal al nuevo conocimiento, a partir de lo que ya se sabe, esto es, representar mentalmente y de forma individual el contenido, en lugar de copiarlo o repetirlo fielmente sin un procedimiento intelectual del mismo.

Schunk (2012) refiere que el constructivismo es una epistemología o explicación filosófica acerca de la naturaleza del aprendizaje en donde las personas son aprendices activos y desarrollan el conocimiento por sí mismas.

Es importante que los docentes dejen de enseñar en un sentido tradicional en donde solo se proporciona la instrucción a los estudiantes, sino que deben estructurar situaciones que fomenten la participación a través del contenido. Actualmente, los docentes deben adquirir una formación pedagógica, mediante la cual logren asumir retos en la práctica educativa que vayan orientados en promover conocimientos de acuerdo con las necesidades del nuevo milenio, a fin de generar en los estudiantes aprendizajes significativos.

Con estos antecedentes teóricos es fundamental conocer las diferentes estrategias didácticas de enseñanza aprendizaje que logren ser más efectivas para implementar de manera efectiva una intervención educativa.

1.2 Estrategias didácticas

Mansilla y Beltrán (2013) definen a la estrategia didáctica como “una estructura de actividades en la que se hacen reales los objetivos”. Esta estructura se compone por medio de la identificación de los contenidos temáticos y objetivos de aprendizaje.

Existen dos grandes grupos de estrategias didácticas: de enseñanza y de aprendizaje. Ambas las pone en práctica el docente de forma sistemática para lograr un aprendizaje significativo, que busca que el estudiante aprenda con sentido, por medio de situaciones contextualizadas y con aplicación inmediata.

Las estrategias de enseñanza se pueden entender como los procedimientos usados por el docente logrando que los contenidos sean aprendidos por el estudiante y promuevan el desarrollo de competencias (Parra, 2003).

Por otro lado, las estrategias de aprendizaje son actividades conscientes e intencionales que guían las acciones a seguir para alcanzar determinadas metas de aprendizaje por parte del estudiante (Parra, 2003).

Así es como en el proceso de enseñanza-aprendizaje actúan dos agentes importantes, el docente y el estudiante, que van a contribuir de manera conjunta incidiendo positivamente en el proceso. A partir de esto debemos tener en consideración que el objetivo de toda tarea educativa es el logro de aprendizajes, adaptándose a las necesidades de cada individuo. Al mismo tiempo, como docentes es ideal aplicar en la práctica diversas estrategias de enseñanza aprendizaje como un elemento clave para el proceso de enseñanza y lograr que el estudiante alcance las metas propuestas de manera sencilla y eficaz.

Existen diversas taxonomías para clasificar las estrategias de enseñanza-aprendizaje, una de ellas la sugerida por Díaz y Hernández (2002) que plantea que se pueden clasificar de acuerdo con el momento de uso y presentación en la secuencia didáctica:

- Preinstruccionales
- Coinstruccionales
- Postinstruccionales

Las primeras se utilizan al inicio de la clase para introducir al estudiante en el tema, generar expectativas, explicar los objetivos y activar su atención. Por otro lado, las coinstruccionales se usan durante el desarrollo de las actividades debido a que permiten que el estudiante mantenga la atención para comprender el tema de manera adecuada. Por último, las postinstruccionales se utilizan al terminar la clase para realizar una síntesis o integración de lo aprendido.

Además, es necesario que el docente tenga presentes cinco aspectos esenciales para identificar qué tipo de estrategia es la indicada para cada momento de la secuencia (Díaz y Hernández, 2002):

1. Consideración de las características generales de los alumnos (nivel de desarrollo cognitivo, conocimientos previos, factores motivacionales, etc.)
2. Dominio del conocimiento general y del contenido curricular que se va a abordar.
3. La intencionalidad o meta que se pretende lograr y las actividades pedagógicas que debe realizar el alumno para conseguirla.
4. Seguir el progreso de enseñanza y aprendizaje de los alumnos.
5. Determinar el contexto intersubjetivo (conocimiento compartido) fomentado por los alumnos hasta ese momento.

Ahora bien, para lograr un aprendizaje significativo, que es el paradigma actual en educación, es de relevancia identificar las estrategias que se centran en los sujetos del proceso de enseñanza-aprendizaje, en este caso serán los alumnos.

Las estrategias centradas en el alumno se denominan también estrategias activas, que se fundamentan en el autoaprendizaje mediante el desarrollo del pensamiento y razonamiento crítico. Éstas, por sus características, se clasifican en dos grandes categorías (**Tabla 1**):

- Estrategias que centran sus procedimientos alrededor de problemas o vivencias y/o con énfasis en el diálogo y la discusión.
- Estrategias centradas en el proceso y/o mediaciones didácticas para la comprensión progresiva del conocimiento.

ESTRATEGIAS CENTRADAS EN EL ALUMNO	
Centradas en el procedimiento	Centradas en el proceso
Juego de roles Storytelling Aprendizaje basado en problemas (ABP) Aprendizaje basado en proyectos (ABPr) Método de indagación	Simulación Taller educativo Método de los cuatro pasos Investigación dirigida Modelo didáctico operativo

Tabla 1: Estrategias centradas en el alumno para el logro de aprendizajes significativos. Tomado de Parra (2003) y modificado por la autora de este trabajo.

Diversos estudios refieren que hay un mejor aprendizaje cuando los estudiantes producen información en lugar de recibirla, es decir, cuando se involucran de forma activa en su aprendizaje. La participación de los estudiantes en el proceso educativo es uno de los factores predictivos más importantes de su éxito académico.

En la literatura existen diversas clasificaciones para las estrategias de enseñanza, sin embargo, para fines de este proyecto de investigación se trabajará con estrategias de enseñanza-aprendizaje centradas en el estudiante, teniendo en cuenta el momento para su aplicación con el objetivo de generar un aprendizaje significativo durante la intervención educativa.

Capítulo 2. Adolescencia, sexualidad y anticoncepción

A continuación, se abordarán los aspectos disciplinares que introducen a una problemática en la población adolescente que es el uso de anticonceptivos relacionada con la autoeficacia anticonceptiva. Se mencionarán los aspectos más importantes en los siguientes apartados.

2.1 Adolescencia

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta, se considera una etapa de múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales. Es un período en el que emerge el ímpetu sexual, que tiene una íntima relación con la construcción social (Caricote, 2009).

Es la etapa en donde las decisiones toman vital importancia para los adolescentes, entre ellas está el inicio de su vida sexual, y que si no se lleva a cabo un ejercicio responsable puede ocurrir un embarazo no planeado, adquisición infecciones de transmisión sexual (ITS) y sufrir abortos clandestinos que pueden poner la vida en riesgo.

Por lo anterior, es fundamental Identificar los componentes del desarrollo sexual de los adolescentes para intervenir efectivamente conociendo sus características y contexto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como una etapa que sucede entre los 10 y 19 años, normalmente se divide en dos fases; adolescencia temprana de 12 a 14 años y adolescencia tardía de los 15 a los 19 años. Conforme van cambiando las características físicas durante la adolescencia también lo hacen la forma de sentir, pensar y actuar con los demás. También se construyen nuevos sentimientos y pensamientos sobre el sexo que formaran parte importante de la salud sexual y reproductiva.

La OMS define a la salud sexual como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia (OPS, 2010).

Por otro lado, la salud reproductiva implica tener una sexualidad satisfactoria y segura, y supone el derecho de elegir métodos anticonceptivos, seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y de tener acceso a servicios de salud dignos.

Para mantener la salud sexual y reproductiva en los adolescentes es importante que cuenten con acceso a información veraz por parte de profesionales sanitarios expertos y tengan acceso a un método anticonceptivo de su elección que cumpla con los criterios de elegibilidad.

Dentro de las características de la *adolescencia temprana* son la construcción de su identidad y orientación sexual, es decir, les interesa saber si son atractivos para su grupo de pares. Las prácticas sexuales inician y empiezan a ser frecuentes, así mismo, hay mayor desarrollo del pensamiento abstracto de tal manera que puedan prever la consecuencia de sus acciones. También encontraremos una búsqueda constante de la autonomía e independencia, por lo que los conflictos con los adultos serán más frecuentes y así empezará el inicio de los cambios en su conducta (Corona, 2015).

La *adolescencia tardía* se caracteriza por ser una época con múltiples inquietudes, en el tema de sexualidad podemos percibir que estos jóvenes viven sin restricciones con el objetivo de acumular experiencias sexuales, inclusive compitiendo con sus pares para ver quién puede llegar más lejos. Es por eso por lo que llevan a cabo múltiples conductas sexuales de riesgo y por ende habrá múltiples consecuencias para su desarrollo físico, sexual y emocional (Corona, 2015).

Algunas características de relevancia en esta etapa son la continuidad en el crecimiento físico, se adquiere un pensamiento analítico y reflexivo, se construye la identidad y autoconfianza y también se desarrolla la capacidad para evaluar los riesgos y tomar decisiones responsables (ENADID,2017).

El presente trabajo de investigación se centrará en adolescentes que se encuentran en la adolescencia tardía, ya que es el rango de edad que corresponde para los estudiantes de educación media superior, y es por eso la importancia de conocer sus características generales de acuerdo con su desarrollo sexual.

Para fines de este trabajo es fundamental describir algunos aspectos estadísticos relacionados con este grupo etario en cuestión de la vida sexual.

2.1.1 Inicio de vida sexual y adolescencia

El inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas expone a la población adolescente a una mayor posibilidad de tener un embarazo no planeado o adquirir alguna ITS.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) refiere que en nuestro país la mediana del inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes es a los 15.5 años, mientras que, el Instituto Nacional de Perinatología menciona que se da a los 14.6 años (Gaceta UNAM, 2017).

Durante los últimos años se ha observado una tendencia de inicio de vida sexual a edades más tempranas, esto se puede estar presentando debido a que actualmente los adolescentes tienen acceso a mucha información en las redes sociales y no toda ella es veraz y confiable.

En el contexto de los derechos humanos, en el que se le reconoce el derecho a tener una vida sexual placentera y separada de los fines reproductivos, se analiza el comportamiento sexual de los jóvenes, así como el acceso a servicios de salud y reproductiva que pueden marcar la diferencia para que la sexualidad se logre ejercer de manera libre y responsable, estas medidas nos ayudarán a reducir el riesgo de un embarazo no planeado o de adquirir una ITS. De esta manera, el CONAPO refiere algunos factores que influyen significativamente en la toma de decisiones con respecto al inicio de la vida sexual a temprana edad, entre ellos se encuentra el

nivel académico ya que, se registra postergación de este ejercicio conforme aumenta el nivel escolar reportándose así que las adolescentes con primaria incompleta inician a los 15.9 años en promedio, mientras que las que cuentan con secundaria inician su vida sexual a los 17.9 años. Otro factor de relevancia es el lugar de residencia debido a que en las zonas rurales las jóvenes tienden a iniciar en promedio a los 17.5 años su vida sexual en comparación con las jóvenes de zonas urbanas que inician en promedio a los 17.7 años (CONAPO, 2016).

Si bien es cierto que el interés de los adolescentes por el sexo opuesto es parte de su desarrollo biológico, el no tomar decisiones adecuadas los puede situar vulnerables a conductas sexuales de riesgo como no usar métodos anticonceptivos y que en consecuencia ocurra un embarazo no planeado o adquieran una ITS.

Los adolescentes tienen el derecho de recibir una consejería adecuada que promueva herramientas que procuren su autocuidado y faciliten un ejercicio sexual responsable. Es sustancial implementar proyectos educativos en tema de salud sexual y reproductiva que sean efectivos para este grupo etario, aplicando estrategias de enseñanza-aprendizaje centradas en el alumno con el fin de promover un aprendizaje significativo de conocimientos que serán esenciales en el ejercicio de su sexualidad.

A continuación, se describirán los elementos conceptuales mínimos esenciales que la población adolescente debe conocer de los métodos anticonceptivos de barrera y hormonales.

2.2 Métodos anticonceptivos

Mencionado lo anterior, es necesario que los adolescentes conozcan el funcionamiento correcto de los métodos anticonceptivos. Estos son medicamentos, dispositivos y procedimientos quirúrgicos que se utilizan para prevenir un embarazo de manera temporal o permanente (Secretaría de Salud, 2022).

Es de suma importancia que el personal de salud pueda brindar consejería adecuada de manera individual, considerando la efectividad de los anticonceptivos y los criterios médicos de elegibilidad, los cuales refieren que un método anticonceptivo ideal debe ser seguro, con una alta eficacia, con nulos efectos secundarios y contar con un regreso inmediato de la fertilidad tras su uso (OMS, 2015).

En nuestro país los adolescentes carecen de herramientas necesarias para asumir una sexualidad con responsabilidad y como consecuencia pueden adoptar conductas de riesgo que puedan poner en peligro su vida, de ahí la necesidad de dirigir un esfuerzo nacional para que los adolescentes logren tomar decisiones informadas y responsables en esta materia. El Gobierno de México en mancuerna con la Secretaría de Salud, ha implementado servicios amigables para adolescentes, en donde se proporciona atención en temas de salud sexual y reproductiva. Actualmente se cuenta con 2,924 servicios en las 32 entidades federativas.

Los servicios amigables se ubican en todo el territorio nacional dentro de unidades médicas de la Secretaría de Salud, en estos espacios se proporciona de acuerdo con sus necesidades individuales, información, consejería, orientación, atención médica y psicológica. Estos servicios son atendidos por un grupo de profesionales de la salud de diferentes áreas que cuentan con una adecuada capacitación para lograr una correcta atención. Estos servicios se ofrecen de manera gratuita con acceso a diversos métodos anticonceptivos, además aplican normas de privacidad y confidencialidad, lo que garantiza que no habrá divulgación de información de

índole personal de ningún usuario, así mismo los adolescentes pueden asistir sin la necesidad de ir acompañados de padres o tutores.

2.2.1 Clasificación

Dependiendo la posibilidad de recuperar la fecundidad, la Norma Oficial Mexicana (NOM) 05-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar, clasifica los métodos anticonceptivos en temporales y permanentes. La efectividad de los anticonceptivos va en función de su utilización de manera correcta y consistente, que se denomina uso perfecto, de lo contrario se denomina uso típico.

En este trabajo de investigación se describirán los métodos anticonceptivos de barrera y hormonales, ya que son los que se recomiendan para los adolescentes debido a su alta eficacia.

Anticonceptivos de barrera

Los métodos anticonceptivos de barrera son aquellos que, por medio de un mecanismo físico, impiden el paso de los espermatozoides a la cavidad uterina evitando la unión con el óvulo. Entre ellos se encuentra el condón masculino o externo o y el condón femenino o interno.

El condón masculino o externo es una funda de látex que se coloca sobre el pene erecto antes de la relación sexual, funciona formando una barrera que impide que los espermatozoides entren en la vagina, evitando el embarazo. Además, son los únicos métodos anticonceptivos que impiden la adquisición de una ITS.

Con el uso perfecto su efectividad es del 98%; mientras que con su uso típico es del 87%, es decir, la efectividad se relaciona íntimamente con la forma de uso, de ahí la importancia de instruir al usuario sobre los pasos a seguir para el uso correcto del condón externo (Secretaría de Salud, 2022) **(Tabla 2)**.

1	Verificar la fecha de caducidad y que la envoltura se encuentre en buenas condiciones.
2	Abrir la envoltura con los dedos evitando usar uñas para de esta manera prevenir que se dañe el condón.
3	Colocar el condón cuando el pene esté en erección y antes de cualquier contacto genital con la pareja.
4	Sujetar con el dedo índice y pulgar la punta del condón (receptáculo) y desenrollarlo en todo el cuerpo del pene hasta la base.
5	Si el condón no se desenrolla con facilidad, debe estar colocado al revés; si éste es el caso, se sugiere retirarlo y usar uno nuevo, debido a que existe la posibilidad de que se rompa al usarlo.
6	Inmediatamente después de la eyaculación debe retirar el condón cuidadosamente para evitar derramar semen.
7	Envolver con papel el condón y tirarlo al bote de basura.

Tabla 2. Pasos para la colocación correcta del condón externo. Secretaría de Salud, 2020.

Los condones cuentan con lubricación, sin embargo, si se desea usar lubricante, este debe ser a base de agua, se recomienda evitar los oleosos debido a que pueden dañar el látex y disminuir la efectividad anticonceptiva.

Este método se puede obtener en la Secretaría de Salud de manera gratuita y en farmacias de libre venta, es un método ideal para aquellos usuarios que mantienen relaciones sexuales poco frecuentes. Algunas de sus desventajas son que puede causar reacción alérgica a personas sensibles al látex y que la efectividad depende de su uso correcto.

El condón femenino o interno es una funda transparente, delgada y suave de diversos materiales como látex, nitrilo y poliuretano; tiene forma tubular y una longitud de 170 mm desdoblado, consiste en dos anillos de plástico, uno en cada extremo, en un extremo un anillo cerrado que se inserta en el fondo de la vagina mientras que en el otro extremo, el anillo está abierto y es más grande, lo que facilita que se mantenga fuera de la vagina actuando como un dispositivo de barrera que cubre la pared de la vagina, cuello uterino y vulva, evitando el contacto directo con

el pene y los espermatozoides, esto brinda protección efectiva contra ITS, incluyendo VIH/SIDA.

Este es un método que requiere práctica para su colocación correcta y que de esa manera logre una eficacia anticonceptiva de hasta el 95% con el uso perfecto, mientras que con su uso típico solo es del 79%. De ahí la importancia de que los adolescentes conozcan los pasos para la colocación correcta (Secretaría de Salud 2022) **(Tabla 3)**.

1	Verificar la fecha de caducidad y que la envoltura se encuentre en buenas condiciones.
2	Abrir la envoltura con los dedos evitando usar uñas para de esta manera prevenir que se dañe el condón.
3	El anillo cerrado que es más grueso se coloca dentro de la vagina; mientras que el anillo abierto y delgado permanece en la parte externa cubriendo la vulva.
4	En una posición cómoda colocar el anillo cerrado del condón entre los dedos pulgar y medio, en forma de 8; se inserta lo más profundo posible dentro de la vagina.
5	Utilizar el dedo para empujar el anillo cerrado tanto como sea posible.
6	Guiar el pene de su pareja hacia la abertura del condón, detenerse si el pene se desliza entre el preservativo y la pared vaginal o bien si el anillo abierto se introduce en la vagina
7	Para retirar, se gira suavemente el anillo externo y se extrae el condón de la vagina.

Tabla 3: Pasos para la colocación correcta del condón interno. Secretaría de Salud, 2022.

A diferencia del condón masculino, el femenino puede colocarse hasta 8 horas antes de la relación sexual, así mismo se puede utilizar durante el periodo menstrual, entre sus desventajas se encuentra su alto costo en farmacias de libre venta, sin embargo, es un método anticonceptivo que se encuentra gratuito en los servicios amigables de la Secretaría de Salud.

Anticonceptivos hormonales y pastilla anticonceptiva de emergencia

Son los métodos anticonceptivos que resultan más accesibles, gratuitos y confiables para los adolescentes, se enlistan a continuación:

- Pastillas anticonceptivas
- Inyección anticonceptiva
- Parche anticonceptivo
- Implante subdérmico
- Sistema intrauterino

Pastillas anticonceptivas

Son pastillas que se administran vía oral y contienen estrógenos y progestina, o solo progestina. Su mecanismo de acción consiste en inhibir la ovulación en la mujer, es decir, no podrá ocurrir la fecundación ya que no habrá óvulo disponible. También existe un cambio en el moco del cuello uterino que se espesa dificultando el paso de los espermatozoides al útero y a las tubas uterinas. Existen dos presentaciones que se toman diariamente y la misma hora (Secretaría de Salud, 2022):

- Paquetes de 21 pastillas. Se empiezan a tomar el primer día de la menstruación durante 21 días y se deja descansar 7 días para después iniciar con una nueva caja.
- Paquetes de 28 días. Se empiezan a tomar el primer día de la menstruación durante 28 días, las últimas 7 pastillas se presentan de diferente color debido a que son vitaminas, esto con el objetivo de no perder la continuidad del tratamiento y posteriormente se debe iniciar con una nueva caja.

En caso de olvidar tomar una dosis, al día siguiente se toman 2 pastillas, es decir, la dosis de ese día y la dosis olvidada y usar un método de barrera en caso de tener

relaciones sexuales. En caso de olvidar tomar dos dosis, se toman 2 pastillas por 2 días seguidos, es decir, la dosis de ese día y la dosis olvidada en cada día y usar un método de barrera en caso de tener relaciones sexuales. En caso de olvidar tomar más de dos dosis, se debe suspender el tratamiento y usar un método de barrera en caso de tener relaciones sexuales y posteriormente al siguiente ciclo menstrual reiniciar el tratamiento (Secretaría de Salud, 2022).

Es un método anticonceptivo con una eficacia del 99.7% con un uso perfecto, es decir, que por cada 1000 mujeres que las usen sólo 1 o 2 pueden quedar embarazadas, así mismo cuando dejen de tomar las pastillas, la fertilidad regresa rápidamente. Entre sus desventajas es que al tomarse todos los días se requiere constancia por parte de las usuarias para alcanzar la efectividad de este método, así mismo no protegen de una ITS (Secretaría de Salud, 2022).

Inyecciones anticonceptivas

Las inyecciones anticonceptivas pueden ser de estrógenos y progestina o sólo progestina. Éstos actúan inhibiendo la ovulación y cambiando la consistencia moco uterino. Su aplicación es intramuscular en la zona del glúteo por un profesional de la salud o alguien capacitado en colocar una inyección intramuscular (Secretaría de Salud, 2022).

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva refiere que, dependiendo de los componentes de la inyección, su aplicación puede ser mensual, bimensual o trimestral. En las adolescentes se recomienda el uso de inyecciones mensuales debido a que son las que tienen la dosis más baja del componente activo. La aplicación mensual protege hasta por 33 días desde su aplicación, pasado ese día pierde su protección anticonceptiva (CNEGSR, 2017).

Se indica que se aplique en el mismo día, cada mes, es un método anticonceptivo con una efectividad del 99.8% con su uso perfecto, es decir, que de cada 100 mujeres que lo usan menos de una puede quedar embarazada. Dentro de sus

ventajas puede mejorar el acné, disminuir el síndrome premenstrual, no interfiere en la relación sexual y su uso es discreto, sin embargo, no protege contra ITS, y debido a la aplicación que se requiere para este anticonceptivo, aquellas adolescentes que no se sienten cómodas con las inyecciones podrían tener una falta de apego al método (CNEGSR, 2017).

Parche anticonceptivo

El parche anticonceptivo es un cuadrado de plástico flexible, delgado y pequeño que contiene norelgestromina y etinilestradiol. Estos actúan inhibiendo la ovulación y cambiando la consistencia del moco cervical. Su efectividad es del 99.7%, pero puede disminuir en caso de uso típico y en mujeres que pesan más de 90 kg (Secretaría de salud, 2022).

La aplicación de este método debe ser el primer día de la menstruación, se deben cambiar cada 7 días por 3 semanas consecutivas y se descansa una. En caso de que se desprenda, se debe hacer el cambio por uno nuevo y se comienza a contar 7 días de nuevo. La presentación es en cajas con tres parches activos y la protección es limitada al ciclo del tratamiento, mientras se administren de forma correcta y consistente.

Se recomienda su colocación en cualquier parte del cuerpo (abdomen, glúteo, espalda, brazo, pecho), excepto en mama por los receptores hormonales que ahí se encuentran. La zona de colocación debe estar limpia y seca, libre de cremas, aceites, polvos o maquillaje. Se recomienda cambiar la zona anatómica de colocación entre parche y parche para dejar descansar la piel (CNEGSR, 2017).

Es un método anticonceptivo fácil de usar y mejora los síntomas relacionados con el síndrome premenstrual, entre sus desventajas es que puede haber sangrado entre los periodos menstruales.

Implante subdérmico

El implante subdérmico que es un cilindro de plástico, blando y flexible que mide 43 mm de longitud, se coloca en la cara interna del brazo debajo de la piel por un profesional de la salud. Es un sistema de liberación constante de progestina (Secretaría de Salud, 2022).

Su efectividad es del 99.95%, es decir, por cada 100 mujeres que lo usan, menos de una queda embarazada. Su mecanismo de acción consiste en el engrosamiento del moco cervical, ocasiona modificaciones estructurales en el endometrio y cambios en la motilidad tubaria (Secretaria de Salud, 2022).

Es un anticonceptivo que protege entre 3 a 5 años, por lo que se considera de larga duración; su efecto es reversible y cuando el implante se retira regresa la fertilidad inmediatamente. Entre sus desventajas se encuentra una mayor abundancia del periodo menstrual, no protege de ITS, puede producir un leve aumento de peso y acné (CNEGSR, 2017).

Sistema intrauterino

Es un dispositivo en forma de T, que se coloca dentro de la cavidad uterina por un profesional de la salud, proporciona anticoncepción reversible de acción prolongada liberando pequeñas cantidades de levonorgestrel, tiene una efectividad de 99.5%, ofrece anticoncepción por hasta cinco años y cuando se retira regresa la fertilidad de inmediato. Su mecanismo de acción consiste en el engrosamiento del moco cervical, ocasiona modificaciones estructurales en el endometrio y cambios en la motilidad tubaria (Secretaria de Salud, 2022).

Este método anticonceptivo es muy discreto, puede usarse durante la lactancia y cualquier mujer en su etapa reproductiva puede usarlo. Entre sus desventajas se

encuentra que no protege de ITS y se debe acudir a consulta médica cada año para llevar un control de su colocación (CNEGSR, 2017).

Concluiré este apartado mencionando brevemente la pastilla anticonceptiva de emergencia, que, aunque no es un método anticonceptivo su uso es indiscriminado en la población adolescente.

Pastilla anticonceptiva de emergencia

Es una pastilla que contiene una hormona llamada levonorgestrel, usada para prevenir embarazos no deseados, después de haber tenido relaciones sexuales no planeadas y no protegidas.

Su efectividad varía en función del tiempo en el que se administra, es decir, el intervalo entre las relaciones sexuales y la toma del anticonceptivo; se recomienda utilizarla tan pronto como sea posible, de preferencia dentro de las primeras 72 horas (3 días) y hasta 120 horas (5 días) después de haber mantenido relaciones sexuales. Su mecanismo de acción radica en interrumpir la ovulación, modifica las características del moco cervical y cambia la consistencia de la capa interna del endometrio (CNEGSR, 2017).

Se registra que por cada 100 mujeres que las emplean de forma correcta, sólo dos pueden embarazarse, se recomienda su uso en las siguientes situaciones:

1. Una relación sexual forzada
2. Ruptura del preservativo
3. Olvido de la toma de la pastilla anticonceptiva
4. No haber usado algún método anticonceptivo

Existen dos tipos de presentaciones: de una y dos pastillas. Si es una dosis, debe tomarse lo antes posible dentro de las primeras 72 horas después de una relación sexual no protegida. Si es de dos dosis; la primera pastilla debe tomarse lo antes posible a una relación sexual no protegida y la segunda dosis 12 horas después de

la primera pastilla. Entre sus ventajas se encuentra el fácil acceso, incluso en los servicios amigables la pueden proporcionar. Como desventaja no previene de ITS y puede causar efectos secundarios como náuseas y vómito. Por otro lado, con el uso rutinario ir perdiendo la efectividad que brinda (CNEGSR, 2017).

A continuación, se abordarán algunos aspectos estadísticos con relación al uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes, tanto en el panorama internacional como nacional.

2.2.2 Uso de anticonceptivos en adolescentes

El uso de métodos anticonceptivos durante la adolescencia en la primera relación sexual es el primer paso para una relación sexual segura y placentera.

De acuerdo con la información publicada por el CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que usó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual en el año 2014 fue de 54.8% mientras que para el mismo grupo en el año 2018 aumentó a 60.4% (CONAPO, 2020).

El uso de métodos anticonceptivos toma un papel importante en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. En el grupo de edad de 15 a 19 años, el condón masculino es el método al que mayormente recurren y su uso aumentó entre 2009 y 2014, al pasar de 89.2% a 91% respectivamente. Sin embargo, no ha sucedido lo mismo con los métodos hormonales y su uso ha disminuido de 6.8% a 6% respectivamente (CONAPO, 2016). El poco uso que se les ha dado a los anticonceptivos hormonales representa un foco de atención en salud sexual, de ahí la relevancia de proporcionar una consejería adecuada a la población adolescente sobre los métodos anticonceptivos recomendados para ellos.

Es de relevancia mencionar que 7 de cada 10 mujeres en edad fértil que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años, no utilizaron método

anticonceptivo. De aquellas que sí utilizaron, 86.7% declararon que el método anticonceptivo utilizado fue el condón masculino (ENADID, 2017).

Por otro lado, el CONAPO (2016) refiere que entre los métodos anticonceptivos más usados en mujeres que se encuentran en edad fértil y que iniciaron su vida sexual de manera responsable se encuentran el condón masculino con 84.5%, el resto que es el 15.5%, usó otro tipo de anticonceptivos; entre los que destacan 5.2% las pastillas anticonceptivas y 3.7% refieren haber usado coito interrumpido.

Así es como las estadísticas nacionales coinciden que el método anticonceptivo más usado por los usuarios es el condón masculino, estos datos reflejan la falta de información y acceso que tienen los adolescentes a los anticonceptivos modernos como lo son los hormonales. De acuerdo con estimaciones del CONAPO, con base en la ENADID 2018, reportan que la prevalencia de uso de los métodos anticonceptivos modernos en el grupo de edad de 15 a 19 años en el 2014 fue de 56% con un aumento en el 2018 a 57.3% (CONAPO, 2020).

En el 2018, las entidades federativas con un porcentaje más alto de mujeres en edad fértil, sexualmente activas y usuarias de anticonceptivos modernos fueron la Ciudad de México (79.3%), Sonora (76.8%) y el Estado de México (76.6%); mientras que las entidades con el menor porcentaje fueron Chiapas (62.8%), Oaxaca (66.2%) y Zacatecas (67.2%) (CONAPO, 2020).

Dentro de las razones por las cuales las adolescentes de entre 15 a 19 años no usaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual se encuentran: no planeaba tener relaciones sexuales, 36.5%; no conocía los métodos, no sabía dónde obtenerlos o cómo usarlos, 17.5%; quería embarazarse, 16.1%; no creyó que pudiera quedar embarazada, 15.8%; otra razón, 11.8% y se opuso su pareja o ella no estaba de acuerdo, 2.5% (CONAPO, 2020).

El uso de anticonceptivos está íntimamente relacionado con un problema de salud pública en nuestro país, el embarazo adolescente, y una pieza clave para la disminución es la adecuada y oportuna asesoría sobre el uso de los métodos anticonceptivos para contrarrestar comportamientos sexuales de riesgo.

Durante la adolescencia la sexualidad adquiere un papel importante para el desarrollo adecuado de los individuos, por ello es indispensable garantizar a los adolescentes el derecho a la información y el acceso a los servicios de salud, para que logren tomar decisiones adecuadas sobre su sexualidad y esto en consecuencia mejore su calidad de vida (UNICEF, 2015).

A nivel mundial, en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, se exigió a los países que forman parte de las Naciones Unidas asegurar el acceso a la información, educación y a los servicios de salud para reducir el embarazo adolescente (Naciones Unidas, 1994). Posteriormente, la OMS instituyó un conjunto de directrices encaminadas en prevenir el embarazo precoz y sus consecuencias adversas con énfasis en la muerte materna (OMS, 2012).

En este contexto, se han implementado acciones específicas en diversos países de Latinoamérica; en México, a través del mandato legal, se planteó la necesidad de asegurar el acceso a la anticoncepción, protegiendo el derecho de la confiabilidad y encaminar a la toma de decisiones informadas, así se instó a los individuos de 10 a 19 años a que pudieran solicitar consejería sobre salud sexual y reproductiva, planificación familiar, métodos anticonceptivos y prevención del embarazo no planeado.

Posteriormente, la Secretaría de Salud ha puesto en marcha diversas estrategias, planes y programas como la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA) publicada en el 2014, con el propósito de reducir el número de embarazos adolescentes, para ello se establecieron metas, en 2018 se esperaba reducir el número de nacimientos a 63.1 por cada 1,000 en mujeres de 15 a 19 años; y en 2030 eliminar los nacimientos en menores de 15 años y reducir en 50% la tasa de fecundidad en adolescentes (Gobierno de México, 2015).

Sin embargo, a pesar de las políticas públicas implementadas, el embarazo adolescente continúa siendo un problema de salud pública, con una tasa de fecundidad en el 2020 de 67 nacimientos por cada 1,000 mujeres se espera que las estadísticas continúen disminuyendo y alcanzar la meta establecida por la ENAPEA (INEGI, 2021).

Finalmente, se espera que los adolescentes cuenten con herramientas necesarias para llevar a cabo un ejercicio sano de la sexualidad.

2.2.3 Conocimiento funcional en métodos anticonceptivos

El uso de los métodos anticonceptivos aunado con un conocimiento funcional impacta de manera significativa en la salud de los adolescentes, ofreciendo la posibilidad de planificar su maternidad y paternidad, favoreciendo un adecuado desarrollo personal y una vida sexual plena.

El conocimiento funcional de métodos anticonceptivos en la adolescencia es fundamental debido a que se encuentra relacionado con fallas en el uso de anticonceptivos que pueden provocar embarazos no planeados y la adquisición de ITS (CONAPO, 2018).

En este sentido, en México anteriormente se indagaba en las encuestas nacionales el conocimiento que tenían las mujeres sobre los métodos anticonceptivos, sin embargo, se desconocía si comprendían la forma en la que debían utilizarse correctamente. Por tal motivo, a partir del año 2014, la ENADID integró una serie de preguntas sobre el conocimiento funcional de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, no todas las mujeres presentan el mismo nivel de conocimiento, se ha identificado que el uso y el conocimiento funcional están relacionados con diversos factores como: las conductas sexuales y reproductivas, la percepción que tiene la pareja acerca de la anticoncepción, la edad de la mujer, el nivel socioeconómico y educativo (CONAPO, 2018).

Por lo anterior, es importante que los adolescentes conozcan la amplia gama de métodos anticonceptivos y su funcionamiento correcto para regular su fecundidad.

En el 2014 el porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años sexualmente activas con un conocimiento existencial de los métodos anticonceptivos fue del 98.6% mientras que el conocimiento funcional fue de 96.7%. Dichos datos proporcionan un

panorama general en este grupo etario ya que, aunado a conocer cada método anticonceptivo, conocen también cómo se usan (CONAPO, 2018).

Con respecto a la distribución porcentual de las mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos su conocimiento funcional de mayor a menor es el siguiente: es mayor en las inyecciones con 98.3%, implantes 98.3%, condón masculino 96.9%, DIU 95.5%, parche 89.2%, pastillas 71% (CONAPO, 2018).

Por otro lado, en la mayoría de las entidades federativas se reporta que el porcentaje de mujeres que conoce al menos un método anticonceptivo va del 95% al 100%, con excepción del Estado de Chiapas con 90%, sin embargo, es de relevancia que al identificar el conocimiento funcional disminuya el porcentaje de mujeres que además de identificarlos, realmente sabe usar un método anticonceptivo; los Estados en donde se reduce significativamente el conocimiento son Chiapas (80.2%), Oaxaca (88.1%), Guerrero (92.1%), Michoacán (92.8%), Puebla (92.9%), Yucatán (93.2%) y Veracruz (93.7%) (CONAPO, 2016).

En las mujeres en edad fértil sin escolaridad se reporta que los métodos anticonceptivos más conocidos fueron las inyecciones (71.3%) y las pastillas (71%) pero la proporción que tiene conocimiento funcional en éstos es del 67.3% y 14.5%, respectivamente. Por otro lado, con respecto a su nivel académico, en el 2018 se reporta que el 68.1% de las mujeres con primaria incompleta usó métodos anticonceptivos modernos, mientras que el 71.3% de las mujeres con primaria completa los usó; en las mujeres con secundaria completa aumentó su uso al 72.7% y disminuye en mujeres con preparatoria y más a un 72.2% (CONAPO, 2020).

Dichos datos reflejan una correlación positiva, es decir, a mayor nivel académico; mayor es el conocimiento funcional, siendo la escolaridad de las mujeres un factor protector que influye significativamente en el uso correcto de los anticonceptivos, evitando posibles situaciones de riesgo mediante una sexualidad responsable.

Es de relevancia mencionar que la mayoría de las mujeres declaran conocer las pastillas anticonceptivas, sin embargo, el porcentaje que tiene un conocimiento

funcional es muy bajo, dicha observación es más puntual en mujeres sin escolaridad. Esto puede ser debido a que existe cierta complejidad en su uso y que la consejería que brindan los servidores de salud ha sido deficiente.

Es importante el estudio del conocimiento funcional de métodos anticonceptivos, debido a que el uso incorrecto de estos se encuentra altamente relacionado con la falla anticonceptiva, y con las consecuencias que de esta derivan al ser un factor transcendental en la regulación de la fecundidad.

Uno de los propósitos de las intervenciones educativas es alcanzar los objetivos educativos que se proponen, para lo cual es importante promover el conocimiento funcional en el tema de métodos anticonceptivos y haciendo referencia a Bandura, no sólo es importante tener el conocimiento, sino que el individuo también debe poseer la confianza para ejecutar el comportamiento deseado de forma efectiva, de ahí la relevancia de intervenir en la autoeficacia sexual de la que haré referencia a continuación.

2.2.4 Autoeficacia anticonceptiva

La autoeficacia es un constructo definido por Bandura como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Es un concepto que se desprende de la teoría social, que se refiere a la confianza de la persona en sí misma para llevar a cabo una actividad u objetivo específico.

Para determinar la autoeficacia, los individuos evalúan sus habilidades y sus capacidades para convertir esas habilidades en acciones (Schunk, 2012).

Por otro lado, se ha estudiado que una sexualidad sana siempre implica actitudes positivas, autonomía sexual y comportamientos saludables; que estarán determinados por la denominada autoeficacia anticonceptiva (Jun & Oh, 2020).

La autoeficacia anticonceptiva se define como la capacidad sexual y la toma de decisiones de un individuo relacionada con las relaciones sexuales u otros actos sexuales. Ésta brinda un efecto de apoyo sobre las actitudes frente a las conductas sexuales de riesgo, es decir, el autocontrol, autorregulación y la capacidad para rechazar a una pareja con comportamientos sexuales de riesgo (Batmaz, 2022).

La literatura menciona que la denominada autoeficacia sexual es un elemento relacionado estrechamente con el uso de anticonceptivos. En este sentido, también se identifica al constructo de la autoeficacia sexual como equivalente al de autoeficacia anticonceptiva y para fines de este trabajo se utilizará este último término que es reconocido como un factor clave para la planificación familiar, así como un precursor para generar una actitud anticonceptiva positiva y un predictor en la constancia del uso de métodos anticonceptivos.

Es importante considerar tres aspectos fundamentales que hacen referencia a este constructo como son la capacidad para decir “no” a las relaciones sexuales; capacidad para preguntar a la pareja sobre sus experiencias sexuales previas y la capacidad para adquirir y utilizar de manera adecuada los métodos anticonceptivos. Por lo anterior, es necesario fortalecer la autoeficacia entre la población adolescente para proporcionar un referente para asumir conductas que permitan incrementar su percepción relacionada con su propia capacidad para evitar situaciones de riesgo (Estrada, 2019)

Se ha concluido en la literatura que tener niveles altos de autoeficacia anticonceptiva tiene impacto en el uso correcto de anticonceptivos por medio de su autorregulación sexual, es decir, saber negociar el uso de éstos y para sostener esta práctica saludable, la autoeficacia anticonceptiva es el predictor más notable en el uso de los anticonceptivos en estudiantes sexualmente activos. Los individuos que se perciben con suficiente autoeficacia anticonceptiva podrán negociar el uso de preservativos y evitan los encuentros sexuales con parejas que se resisten al uso de anticonceptivos, controlando así la situación; previniendo embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual (Jun & Oh, 2020).

Es por lo cual se deben implementar intervenciones educativas que promuevan la autoeficacia en relación con el comportamiento sexual en el uso de métodos anticonceptivos que son recomendados para la población adolescente, se sugiere que sea desde la educación secundaria a través de la participación constante en diversos programas educativos (Rafat-Assarzadeh, 2011) (Batmaz, 2022).

Así, esta investigación también tiene por objetivo comparar por medio de una intervención educativa el nivel de autoeficacia anticonceptiva con el propósito de identificar actitudes de riesgo en los individuos y que funcione como referente para que en futuras implementaciones educativas en sexualidad sea un elemento para tener en consideración.

Capítulo 3. Intervenciones educativas y estrategias didácticas sobre anticoncepción

3.1 Panorama internacional

La literatura reporta un grupo heterogéneo de intervenciones educativas que abordan la anticoncepción y que tienen como objetivo promover el aprendizaje significativo en los jóvenes en el tema de métodos anticonceptivos, a continuación, se mencionarán algunas.

En América Latina se reportan diversos estudios, entre ellos tenemos uno llevado a cabo en Cuba en el año 2012, en donde la población de estudio fueron 80 adolescentes de entre 12 y 20 años, el autor menciona que se aplicó un cuestionario diagnóstico en el tema de métodos anticonceptivos de 5 preguntas para posteriormente realizar 5 sesiones de dos horas cada una por medio de expertos en el tema, en donde se abordaron distintos temas en sexualidad. La intervención constó de 3 etapas, las cuales fueron la diagnóstica, la de la intervención propiamente y la de evaluación al final del proceso (Hernández, 2012).

En Colombia en el año 2021 también se reporta una intervención educativa con adolescentes de una institución educativa; el objetivo de ésta se enfocó en fortalecer los conocimientos y prácticas saludables en salud sexual y reproductiva. La población de estudio estuvo conformada por 70 estudiantes de bachillerato entre 13 y 18 años. La intervención constó de 4 fases: diagnóstico, caracterización demográfica, aplicación de la intervención educativa y evaluación del impacto causado. Se identificó primeramente el nivel de conocimiento mediante un instrumento validado por expertos en el área; posteriormente se realizaron 3 sesiones con una duración de 2 horas cada una sobre generalidades de salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos. Se aplicaron herramientas de aprendizaje como charlas, talleres y videos. Al término

de la intervención, se aplicó el instrumento y se compararon resultados por indicador de pruebas estadísticas.

Al inicio de la intervención se identificó que el 60% de los participantes poseían conocimientos inadecuados sobre los métodos anticonceptivos y al concluir la intervención se logró un aumento significativo en el conocimiento de los adolescentes (Ortega, 2022).

En España también se desarrolló una intervención con el propósito de reducir la desigualdad de salud reproductiva entre los barrios de Barcelona; la participación se ofreció mediante carteles y folletos. La muestra fue de 181 adolescentes entre 13 y 19 años que se encontraban en distintos espacios comunitarios, por lo que se optó por la participación de varios profesionales de la salud que se basaran en entrevista motivacional y la teoría cognitivo-social de Bandura. Antes de la intervención se les realizó un cuestionario previamente validado por la Agencia de Salud pública en Barcelona que incluía los siguientes temas: conocimientos sobre anticoncepción, creencias sobre el preservativo y la fecundidad, eficacia sobre los anticonceptivos, conductas personales. La intervención tuvo una duración de 45 minutos en los cuales se realizó una presentación práctica de los métodos anticonceptivos, especialmente del preservativo, así mismo se incluyó una discusión personalizada y al final se hizo entrega de preservativos, un tríptico y una tarjeta multiviaje como incentivo. Los resultados sugieren que la intervención llevada a cabo mejoraría y modificaría diversos factores psicosociales en el tema de anticoncepción (Nebot, 2016).

3.2 Panorama nacional

En México también se han llevado a cabo intervenciones de este tipo, a continuación, mencionaré un poco de lo que está sucediendo en nuestro país en materia de sexualidad enfocada a la anticoncepción.

Se reporta una intervención educativa en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo en el año 2020 en la que participaron 49 alumnos de secundaria y 51 alumnos de bachillerato entre 13 y 18 años, se aplicó un instrumento de Dávalos (2015) el cual lleva por nombre “Nivel de conocimientos sobre el uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes”; durante la intervención se implementaron 6 sesiones con una duración de 50 min. Se abordaron los siguientes temas: Aparato reproductor masculino y femenino, métodos anticonceptivos, uso correcto de los anticonceptivos, ITS y embarazos no planeados. Es de suma importancia mencionar que en dicha intervención hace referencia a que se expusieron los temas correspondientes, por lo que podemos concluir que la estrategia utilizada fue de corte tradicional por medio de un curso con una presentación oral. Finalmente, describen que al final de la intervención educativa se realizó un post test con el mismo instrumento que al inicio y la mayoría de los adolescentes tuvo un nivel adecuado de conocimientos, esto indica que los jóvenes respondieron de manera favorable a la intervención educativa (Lazcano, 2020).

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) también reporta un estudio en el año 2020, éste se llevó a cabo en la Facultad de Medicina y participaron los estudiantes de primero año de la carrera de Médico Cirujano con edades de entre 17 y 19 años (adolescencia tardía). La intervención consistió en una primera etapa en donde se realizó un cuestionario diagnóstico para obtener datos sociodemográficos y el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y el abuso de sustancias. En la segunda etapa se llevó a cabo la intervención, la cual se diseñó con el modelo de instrucción directa de Pearson y Dole, en el que combinaron la explicación y el modelo del maestro con la práctica del alumno. Dicho

modelo también consideró fundamental la realimentación para el desarrollo de la enseñanza, conceptos y habilidades como son: métodos anticonceptivos de barrera, hormonales e ITS; así mismo se basó en las teorías de aprendizaje social de Vigotsky y Bandura. La intervención constó de 3 módulos de 90 minutos y al final se obtuvieron resultados positivos sobre el aumento en el conocimiento de temas de salud sexual y reproductiva (Aburto, 2020).

En este apartado se presentaron algunas de las intervenciones educativas más relevantes que se encontraron en la literatura. Aún queda un área de oportunidad para lograr desarrollar y aplicar intervenciones educativas en salud sexual y reproductiva en adolescentes sobre anticoncepción en nuestro país.

3.3 Educación sexual integral en Educación Media Superior: La Escuela Nacional Preparatoria

La Escuela Nacional Preparatoria (ENP), es una institución de carácter público que forma parte del sistema de bachillerato de la Universidad Nacional Autónoma de México. El modelo educativo de la ENP tiene como propósito la formación integral del educando que le proporciona elementos cognoscitivos, metodológicos y afectivos que, en síntesis, le permitan profundizar de manera progresiva en la comprensión de su medio natural y social, desarrollar su personalidad, definir su participación crítica y constructiva en la sociedad en que se desenvuelve e introducirse en el análisis de las problemáticas que constituyen el objeto de estudio de las diferentes disciplinas científicas y tecnológicas, siempre con la perspectiva de la formación profesional universitaria.

Dicha formación integral busca fortalecer el perfil del egresado de acuerdo con los requerimientos que demandan los estudios superiores. El plan de estudios de la ENP tiene una duración de tres años con ciclo escolar anual, la última actualización ocurrió el 18 de noviembre de 1996 con el objetivo de fortalecer la formación integral y propedéutica del estudiante preparatoriano.

Dentro del mapa curricular encontramos la asignatura de Educación para la Salud, que es de carácter obligatorio para los alumnos que se encuentran en 5.º año, es una asignatura teórico-práctica y se consideran dentro del plan de estudios 90 horas

teóricas y 30 horas prácticas, haciendo un total de 120 horas de clase durante el año escolar, cuenta con 14 créditos.

El objetivo de esta asignatura es que el alumno identifique diferentes problemas de salud en el territorio nacional y los principales problemas de salud en los adolescentes, pretendiéndose formar ciudadanos comprometidos con su salud mediante un enfoque preventivo para el cuidado de sí mismos a lo largo de la vida.

Dentro de la unidad 3 que lleva por nombre "*Prácticas saludables como medida de prevención de los principales problemas de salud en la adolescencia en México*" se deben abordar algunos temas de Salud Sexual y Reproductiva. Dentro de los objetivos de esta unidad se valorará la expresión de sexualidad y sus diferentes manifestaciones con tolerancia y respeto para crear ambientes sociales saludables.

Entre los contenidos conceptuales se contempla el tema de "Sexualidad humana como una parte de la salud integral del individuo" y en contenidos procedimentales el plan de estudios propone llevar a cabo un análisis por escrito de la Educación Sexual para una vida sexual saludable y su importancia en el embarazo no planeado, así como la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, el plan de estudios no es explícito acerca de las estrategias de enseñanza que se utilizan para la enseñanza de los métodos anticonceptivos, de ahí la importancia de implementar una intervención educativa a este nivel para que los estudiantes puedan adquirir un conocimiento funcional en el tema de métodos anticonceptivos, es decir, un conocimiento duradero que puedan aplicar durante toda su vida. Se busca implementar una intervención educativa con estrategias de enseñanza centradas en el alumno que pueda contribuir de manera significativa al logro de su aprendizaje, así mismo, se concientice a los adolescentes acerca de la importancia de practicar un ejercicio sano de la sexualidad.

Teniendo presente lo anterior, la Encuesta Nacional de la Dinámica demográfica (2018) menciona que existe un factor educativo estrechamente relacionado con el embarazo no planeado en la población adolescente. Se estima que más del 17% de las adolescentes entre 15 y 19 años que no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual fue debido al desconocimiento de su uso. Es por ello,

que se requiere contar con intervenciones educativas a nivel nacional que favorezcan el aprendizaje significativo sobre anticoncepción en los adolescentes.

Capítulo 4. Metodología

4.1 Planteamiento del problema y justificación

Actualmente, las relaciones sexuales entre los adolescentes se presentan a edades muy tempranas, a nivel nacional la mediana de inicio de la vida sexual en mujeres es a los 15.5 años y se ha referido que un porcentaje alto no se protege con ningún método anticonceptivo a pesar de conocerlos. Ya se han mencionado que la población adolescente transita por una etapa de múltiples cambios y características que pueden contribuir a este comportamiento, entre éstos el aumento del ímpetu sexual. Pero también influye la falta de educación en salud sexual y reproductiva, limitando el ejercicio responsable de la sexualidad mediante la toma de decisiones desinformadas que conllevan a un embarazo no planeado con consecuencias fatales. Debido a que el cuerpo de las adolescentes aún no se encuentra en condiciones fisiológicas para gestar un producto, pueden ocurrir complicaciones durante el embarazo, se reporta que dichas complicaciones constituyen la segunda causa de mortalidad en este grupo etario.

Es así como una educación en salud sexual y reproductiva contribuirá a que las estadísticas con respecto al uso correcto de los métodos anticonceptivos aumenten en la población adolescente, debido a que actualmente el CONAPO 2020 reporta que la segunda causa por la cual los adolescentes menores de 20 años no usan métodos anticonceptivos en su primera relación sexual es porque no saben cómo usarlos o conseguirlos con un 17.5%. Esto refleja en los adolescentes la falta de información sobre la gran diversidad de anticonceptivos disponibles, específicamente de su uso funcional.

Las encuestas nacionales indican que actualmente estamos frente a un problema de salud pública, el embarazo no planeado, mismo que reafirma el CONAPO (2016), mencionando que “el desconocimiento de los métodos anticonceptivos está estrechamente relacionado con embarazos no planeados”.

Es importante mencionar que no sólo el desconocimiento es un factor de riesgo para que se presente un embarazo adolescente o una ITS, sino que también va a influir de manera significativa otra esfera de suma importancia, como lo es la autoeficacia anticonceptiva, es decir la confianza que se tenga para negociar el uso de anticonceptivos y la capacidad para rechazar las conductas sexuales de riesgo que puedan comprometer su bienestar.

Actualmente, los adolescentes se encuentran inmersos en medios digitales que los exponen a información certera y veraz pero también errónea. Aunado a la falta de autorregulación los puede incapacitar para usarlos de manera adecuada en cualquier escenario que los pueda poner en riesgo y se presentaran conductas sexuales de riesgo que puede dirigir a las mismas consecuencias que el desconocimiento. De ahí la importancia de intervenir mediante estos dos componentes que se complementan.

El propósito de esta investigación es implementar una intervención educativa que promueva un aumento en conocimientos y cambio de actitudes en el ejercicio sexual de los adolescentes, brindando información de calidad con diversos elementos para favorecer un conocimiento funcional y un nivel alto de autoeficacia anticonceptiva que proveerán en conjunto un factor protector en su salud sexual y reproductiva.

La institución de interés para este proyecto es la Escuela Nacional Preparatoria Plantel 8 “Miguel E. Schulz” y es fundamental mencionar que desde el 2003 se lleva a cabo un “Taller de sexualidad” con el objetivo de orientar a los estudiantes para tener una buena calidad de vida y disfrutar de la sexualidad desde su perspectiva más amplia. A consecuencia de la pandemia la modalidad del taller tuvo que realizarse de forma síncrona desde el 2020, por medio de transmisiones en la plataforma web “YouTube” en la cual se presenta una diversidad de temas en salud sexual y reproductiva con distintos ponentes.

La propuesta de este trabajo de investigación surge para abonar a la metodología actual del taller, debido a que emplean una estrategia centrada en el docente por medio de una enseñanza expositiva y aun no se cuenta con resultados que nos indiquen del impacto que ha tenido durante estos años este taller en los alumnos.

Por otro lado, el programa curricular de esta institución no especifica claramente la estrategia didáctica indicada para abordar temas en salud sexual y reproductiva, así se presenta un problema educativo de precedente y de ahí que se aplique esta investigación en dicha institución académica.

4.2 Objetivo general

Evaluar una intervención educativa sobre métodos anticonceptivos con estrategias de enseñanza centradas en el estudiante para favorecer el conocimiento funcional y autoeficacia anticonceptiva en un grupo de estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria Plantel 8 “Miguel E. Schulz”.

4.3 Objetivos específicos

- Comparar el nivel de conocimiento funcional en métodos anticonceptivos antes y después de la intervención educativa.
- Comparar el nivel de autoeficacia anticonceptiva antes y después de la intervención educativa.

4.4 Pregunta de investigación

¿La implementación de una intervención educativa en métodos anticonceptivos con estrategias de enseñanza centradas en el estudiante promoverá el aumento del conocimiento funcional y del nivel de autoeficacia anticonceptiva en un grupo de estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria Plantel 8 “Miguel E. Schulz”?

4.5 Hipótesis

La implementación de una intervención educativa en métodos anticonceptivos con estrategias centradas en el estudiante aumentará el conocimiento funcional y el nivel de autoeficacia anticonceptiva en un grupo de estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria Plantel 8 “Miguel E. Schulz”.

4.6 Planeación didáctica

Para el diseño de la planeación didáctica se realizó una investigación en la literatura de diversas intervenciones educativas nacionales e internacionales con el fin de identificar elementos pedagógicos, metodológicos y técnicos que promovieran un aprendizaje significativo en temas de salud sexual y reproductiva en la población adolescente y así lograr cumplir satisfactoriamente con los objetivos propuestos para esta investigación.

Para poder implementar la intervención educativa se diseñó una planeación didáctica *ex profeso* conformada por tres sesiones, con una fase preinstruccional, coinstruccional y postinstruccional y con una duración de 75 minutos (**Anexo 1**).

La primera sesión llevó el nombre de “Métodos anticonceptivos de barrera”; la segunda “Métodos anticonceptivos hormonales y la tercera “Pastilla anticonceptiva de emergencia”. En cada sesión se incluyeron estrategias de enseñanza-aprendizaje centradas en el estudiante para el logro de los objetivos generales y

específicos de este trabajo, a continuación, se presenta una tabla con la estrategia didáctica empleada para la intervención, la justificación del uso y los recursos y materiales, así como instrumentos de evaluación en cada sesión de la intervención educativa (**Tabla 4**):

Sesión	Etapa	Estrategia didáctica	Justificación	Recursos y materiales didácticos
Sesión 1: Métodos anticonceptivos de barrera				
1	Preinstruccional	“Mito o Realidad”	Actividad diagnóstica para identificar conocimientos previos.	-Banderines en color rojo y azul con la palabra mito y realidad respectivamente. -Tabla con las situaciones correspondientes para la actividad (ANEXO 5) .
	Coinstruccional	Simulación básica (Colocación de condón externo e interno)	Estrategia didáctica centrada en el proceso que permite colaborar en transmisión de conocimientos de forma interactiva, ya que el estudiante se implica activamente en el proceso (Contreras, 2012) (Serna, 2012). Esta estrategia permite que los estudiantes lleven a cabo la colocación correcta del condón masculino y femenino, mientras que el docente identifica posibles errores y ofrece realimentación oportuna; y así fomentar el uso correcto de este método anticonceptivo, es decir, favorecer un conocimiento funcional.	-Simuladores básicos de aparato reproductor masculino y femenino; consistieron en modelos de acrílico y látex. -Infografías métodos anticonceptivos de barrera, con el propósito de intervenir en elementos conceptuales que fortalecieran la sesión como: indicaciones de uso, eficacia anticonceptiva, ventajas y desventajas, efectos secundarios (ANEXO 2) . - Listas de cotejo de pasos para la colocación de preservativo, se realizó una coevaluación (ANEXO 4) .
	Postinstruccional	Debriefing	Estrategia didáctica de realimentación dirigida por el docente después de haber realizado una simulación con el propósito de identificar emociones, experiencias, frustraciones y rendimiento del grupo, siempre con respeto hacia el participante.	-Hoja blanca en la cual escribieron lo que sintieron al llevar a cabo la simulación, después se compartió al grupo.
Sesión 2: Métodos anticonceptivos hormonales				
2	Preinstruccional	Lluvia de ideas	Actividad diagnóstica para identificar conocimientos previos.	-Pizarrón y plumones para que los alumnos participaran anotando todo lo que sabían a los anticonceptivos hormonales.
	Coinstruccional	Storytelling	Estrategia de enseñanza que involucra a los estudiantes de forma activa, es un método eficaz para promover conocimiento a través de la comunicación con el docente de forma visual y verbal (Chávez, 2021). El uso de esta estrategia promueve por medio de historias contextualizadas la toma de decisiones en la salud sexual y reproductiva, así como un posible conocimiento funcional y una autoeficacia anticonceptiva alta.	-Historias del Storytelling: Se plantearon situaciones contextualizadas para los participantes, por medio de historias en el tema de anticonceptivos hormonales (ANEXO 6) . -Infografías métodos anticonceptivos hormonales, usadas para intervenir en contenidos conceptuales debido a que contenían elementos clave como el concepto, la eficacia anticonceptiva, forma correcta de su utilización, ventajas, desventajas y efectos secundarios (ANEXO 3) . -Muestrario de métodos anticonceptivos hormonales.
	Postinstruccional	Preguntas guía	Estrategia de enseñanza empleada con el objetivo de conectar los aprendizajes obtenidos durante la sesión.	-Hoja blanca para que respondieran las preguntas dirigidas hacia el uso de los anticonceptivos hormonales.

Sesión 3: Pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE)				
Sesión	Etapa	Estrategia didáctica	Justificación	Recursos y materiales didácticos/ Instrumentos
3	Preinstruccional	Análisis de caso	En una estrategia muy eficaz que promueve que los estudiantes adquieran diversos aprendizajes y desarrollen diferentes habilidades gracias al protagonismo que tienen en la resolución de los casos. Esta estrategia de enseñanza-aprendizaje fomenta la curiosidad y el desarrollo de destrezas que permiten el aprendizaje a lo largo de toda la vida, además de posibilitar que el estudiante se sienta parte activa de este proceso.	-Cortometraje <i>“VISTO prevención de embarazo adolescente”</i> -Laptop, bocinas.
	Coinstruccional	Role-playing	Es una estrategia de enseñanza que mediante situaciones contextualizadas promueve adquisición de actitudes y habilidades para el desarrollo de aprendizajes (Gaete, 2011). Esta estrategia promueve que se asumiera una identidad diferente a la suya para enfrentarse a problemas hipotéticos, de una manera informal pero realista.	-Estructura del Role-Playing: Se construyo una situación para llevar a cabo esta estrategia y abordar el tema de pastilla anticonceptiva de emergencia (ANEXO 7) .
	Postinstruccional	Feedback	Elemento educativo mediante el cual se proporciona al estudiante información sobre su desempeño.	-Rúbrica para llevar a cabo una coevaluación del role-playing realizado (ANEXO 8) .

Tabla 4. Etapas didácticas y estrategias de enseñanza-aprendizaje de la intervención educativa.

4.7 Capacitación del docente

Para llevar a cabo la intervención educativa fue necesario que la docente y autora de este proyecto se capacitara en el uso correcto de métodos anticonceptivos.

Dicha capacitación fue llevada a cabo por personal del Programa de Prevención de Embarazo en Adolescentes, perteneciente a la Facultad de Medicina de la UNAM; tuvo una duración de 4 horas y se realizaron las siguientes actividades:

1. Se revisó el contenido conceptual mínimo y los elementos fundamentales del conocimiento funcional de cada método anticonceptivo (pastillas, inyección, parche, implante, dispositivo intrauterino de cobre y hormonal, condón masculino o externo y condón femenino o interno) así como de la PAE: presentación física, mecanismo de acción, sitio de colocación, efectos secundarios y los mitos más frecuentes entorno a su uso.
2. Se practicó la técnica de colocación de los métodos anticonceptivos de barrera por medio de una simulación del condón interno y externo en la que utilizaron modelos anatómicos de aparato reproductor masculino y femenino y se facilitó un muestrario de los métodos anticonceptivos hormonales con el fin de identificar características físicas de cada uno.
3. Se evaluó la capacitación con un instrumento de 20 preguntas de opción múltiple, los resultados obtenidos en la evaluación mostraron un aumento en el conocimiento después de realizada la capacitación, respecto a la evaluación de la simulación se realizó mediante una lista de cotejo donde se revisó que se realizaran los pasos de manera completa y correcta
4. Se recibió realimentación para fortalecer los contenidos actitudinales, se recalcó la importancia de la comunicación verbal y no verbal y se plantearon sugerencias sobre cómo mantener la participación de los adolescentes,

propiciar un ambiente de trabajo dinámico, de confianza y abierto al debate durante las sesiones que se llevaran a cabo.

4.8 Instrumentos

4.8.1 Conocimiento funcional

Para medir el nivel de conocimiento funcional en la población participante se utilizó un cuestionario sobre “Conocimiento funcional en métodos anticonceptivos”. Este instrumento se realizó a partir del cuestionario de Aburto *et al*, previamente diseñado, validado y aplicado a estudiantes de primer año de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

El proceso se llevó a cabo de la siguiente manera; primero se seleccionaron ítems que correspondían al tema de interés para este trabajo (uso correcto de métodos anticonceptivos de barrera y hormonales).

De acuerdo con la taxonomía de Anderson que refiere seis niveles para categorizar el proceso del pensamiento que el alumno usa para construir su conocimiento, se adaptaron ítems que tuvieran el nivel de “aplicación” con el objetivo de lograr que los conocimientos no solo se quedaran en lo conceptual, sino que tuvieron un nivel más alto.

Posteriormente se construyó una tabla de especificaciones con el propósito de equilibrar el contenido del instrumento de acuerdo con los diferentes métodos anticonceptivos, ésta consistió en una matriz de doble entrada en la que se describió la base del ítem, la respuesta correcta, los distractores, la justificación y la referencia, misma que facilitó el proceso de validez de contenido que se explicará más adelante **(Anexo 2)**.

4.8.2 Autoeficacia anticonceptiva

Para medir el nivel de autoeficacia en la población participante se utilizó una escala de autoeficacia anticonceptiva adaptada para la población adolescente mexicana heterosexual por Flores y colaboradores en el año 2017; tiene como propósito, medir las percepciones de capacidad para asumir la responsabilidad de las conductas sexuales y anticonceptivas a través de una variedad de situaciones.

El instrumento está conformado por 18 ítems; con una escala de respuesta tipo likert con las siguientes opciones: (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre; donde 1 significa menor autoeficacia y 5 mayor autoeficacia. Es de relevancia tener en cuenta que los reactivos 19, 22, 23, 26, 27, 29, 30, 32 y 33 tienen una escala invertida (**Anexo 3**).

Para este trabajo de investigación se construyó un instrumento final que lleva el nombre de “Cuestionario sobre conocimiento funcional y autoeficacia anticonceptiva”, quedó conformado por 37 ítems; de los cuales 12 ítems fueron del instrumento de Aburto y colaboradores, modificados algunos para interés de este trabajo; 18 ítems que fueron tomados del instrumento de Flores y colaboradores; 5 ítems sobre antecedentes de las prácticas sexuales y finalmente 2 ítems de datos demográficos.

El instrumento fue sometido a un proceso de validez de contenido por juicio de expertos. Para el proceso, participaron dos académicas con experiencia en el área de educación y evaluación; se analizó la tabla de especificaciones y se verificó la estructura del ítem, así como la correspondencia con el nivel taxonómico que debía evaluar. Se concluyó con una prueba piloto mediante el apoyo de siete estudiantes adolescentes voluntarias de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la UNAM con el objetivo de identificar la adecuada comprensión de los ítems y posibles errores de sintaxis. La versión final fue dividida en cuatro secciones y programada para ser autoadministrada a través de la plataforma digital *Googleforms* (**Tabla 5**) (**Anexo 4**).

Sección	Categoría	Ítems
I	Datos sociodemográficos	2
II	Antecedentes de las prácticas sexuales	5
III	Conocimiento funcional	12
IV	Autoeficacia anticonceptiva	18
Total		37

Tabla 5. Distribución de ítems del instrumento. "Cuestionario sobre conocimiento funcional y autoeficacia anticonceptiva"

4.9 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio de tipo cuasi experimental test-retest.

4.10 Población de estudio

El estudio se llevó a cabo en estudiantes adolescentes de la Escuela Nacional Preparatoria Plantel 8 "Miguel E. Schulz".

4.11 Criterios de selección

Criterios de inclusión: Estudiantes adolescentes de la Escuela Nacional Preparatoria Plantel 8 "Miguel E. Schulz" (menor o igual a 19 años) que aceptaron participar en el estudio.

4.12 Consideraciones éticas

Esta es una investigación sin ningún tipo de riesgo para los participantes de acuerdo a la Ley General de Salud debido a que únicamente se analizaron los datos recolectados del instrumento pre y post a la implementación de la intervención educativa, así mismo se garantizó la protección de su privacidad tanto en datos personales y anonimato; de igual manera, se mencionó que no tenía ningún tipo de

implicación académica su participación y podían abandonar la investigación en el momento que desearan.

El consentimiento informado fue solicitado de manera digital, se les pidió a los participantes que marcaran la casilla correspondiente para su autorización. Es importante mencionar que no es necesario un consentimiento solicitado a los padres, madres o tutores debido a que es un derecho sexual y reproductivo en los adolescentes recibir información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad **(Anexo 4)**.

4.13 Plan de análisis

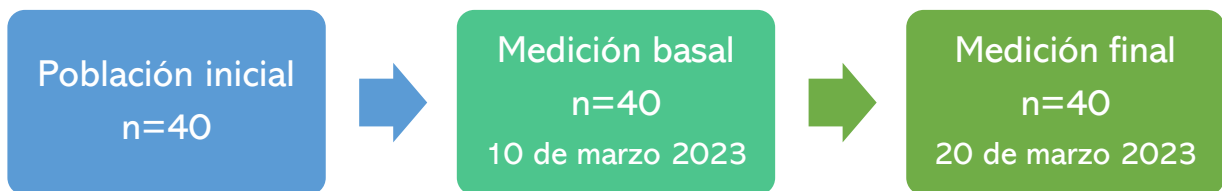
Para el análisis descriptivo se calcularon medias, medianas y desviaciones estándar para variables cuantitativas; y porcentajes para las variables cualitativas.

Para evaluar los cambios en el conocimiento funcional y autoeficacia anticonceptiva antes y después de la intervención, se realizó un análisis mediante la prueba estadística t de student para muestras relacionadas; se consideró que hubo diferencias significativas cuando el valor de $p < 0.05$. También se calculó la d de Cohen para medir el tamaño del efecto de la intervención educativa realizada y una U de Mann-Whitney para identificar diferencias significativas en el nivel de autoeficacia por sexo. El análisis de datos se efectuó con el lenguaje de programación Python 3.9.

Capítulo 5. Resultados

La intervención educativa se aplicó en la Escuela Nacional Preparatoria Plantel 8 “Miguel E. Schulz”. La invitación para participar en el proyecto de investigación se hizo a través de un profesor que pertenece al Colegio de Morfología de la institución, quien contacto directamente a los estudiantes y profesores que imparten la asignatura de Educación para la Salud. Se logró la participación de los estudiantes del grupo 554 y la intervención educativa se llevó a cabo los días 14, 15 y 16 de marzo del 2023.

La población inicial fue de 40 participantes, mismos que se mantuvieron durante y al final de la intervención.



Con relación al sexo 65% fueron hombres y 35% mujeres; con respecto a la edad al inicio de la intervención educativa, 57.5% tenía 16 años cumplidos; el 20%, 17 años; 15.5%, 28 años y 10%, 15 años. La media de edad para el total de los estudiantes fue de 16.3 años; para hombres fue de 17.7 años y para mujeres, 14.1 años (**Tabla 6**).

Variable	T (n=40)	H (n=26)	M (n=14)
Sexo (%)	40 (100%)	26 (65%)	14 (35%)
Edad media (DE)	16.3 años (0.837)	17.7 años (0.801)	14.1 años (0.856)

Tabla 6: Se muestran las características basales de las variables sociodemográficas. La columna “T” corresponde al total de la muestra, la “H” corresponde al sexo masculino y la “M” al sexo femenino. La fila “(DE)” reporta la desviación estándar.

Con respecto a los antecedentes de las prácticas sexuales, 20% (8 alumnos) refiere haber iniciado su vida sexual, de ellos 23% (6 alumnos) son hombres y 7.6% (2

alumnos) son mujeres. La media de edad para el inicio de la vida sexual de los participantes fue de 14.7 años, para los hombres se reportó una media de 14.5 años, mientras que para las mujeres fue de 15.5 años.

Los métodos anticonceptivos que utilizaron en su primera relación sexual fueron: 87.5% (7 alumnos), el condón masculino y 12.5% (1 alumno), el coito interrumpido. El 62.5% (5 alumnos) de los hombres usó el condón masculino y el 25% (2 alumnos), mujeres (pareja). El 12.5% (1 alumno) de los hombres que participaron practicaron el coito interrumpido.

Acercas de si actualmente (últimos tres meses) se protegen con algún método anticonceptivo, el 50% (4 alumnos) mencionó no haber tenido relaciones sexuales, 37.5% (3 alumnos) sí se protege y 12.5% (1 alumno) mencionó que a veces se protegen. De los hombres, el 37.5% (3 alumnos) refirió no haber tenido relaciones sexuales (en los últimos tres meses); 25% (2 alumnos) sí se ha protegido y 12.5 (1 alumno) a veces se protege. Mientras que, el 12.5% (1 alumno) de las mujeres refirió no haber tenido relaciones sexuales (en los últimos tres meses) y 12.5% (1 alumno) sí se protege.

Por último, el 12.5% (1 alumno) de los hombres refirió utilizar el condón masculino; el 12.5% (1 alumno) el condón masculino en conjunto con pastillas anticonceptivas (pareja) y el 12.5% (1 alumno) condón masculino y pastilla anticonceptiva de emergencia. Mientras que el 12.5% (1 alumno) de las mujeres refirieron usar el condón masculino (pareja) **(Tabla 7)**.

Variable	T (n=40)	H (n=26)	M (n=14)
Has tenido relaciones sexuales (%)	8 (20%)	6 (23%)	2 (7.6%)
	T (n=8)	H 75% (n=6)	M 25% (n=2)
Edad de tu primera relación sexual media (DE)	14.7 (0.707)	14.5 (0.547)	15.5 (0.707)

¿Qué Método anticonceptivo que utilizaste en tu primera relación sexual? (%)	Condón	7 (87.5%)	5 (62.5%)	2 (25%)
	Coito interrumpido	1 (12.5%)	1 (12.5%)	- ()
¿Te proteges actualmente con algún método anticonceptivo? (%)	Sí	3 (37.5%)	2 (25%)	1 (12.5%)
	A veces	1 (12.5%)	1 (12.5%)	- ()
	No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses	4 (50%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)
¿Qué método anticonceptivo usas actualmente? (%)	Condón	2 (25%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)
	Condón y pastillas	1 (12.5%)	1 (12.5%)	- ()
	Condón y PAE	1 (12.5%)	1 (12.5%)	- ()
	No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses	4 (50%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)

Tabla 7: Se muestran las variables basales de los antecedentes de prácticas sexuales. La “T” corresponde al total de la muestra, la “H” corresponde al sexo masculino y la “M” al sexo femenino. La “(DE)” reporta la desviación estándar.

La intervención educativa se llevó a cabo en tres momentos; primero se aplicó el instrumento “Cuestionario sobre conocimiento funcional y autoeficacia anticonceptiva” a través de la herramienta *Google Forms* mismo que fue distribuido a través de un grupo de WhatsApp y se solicitó que lo contestaran durante la asignatura de Educación para la Salud. La aplicación del cuestionario tuvo una duración aproximada de 25 minutos. El puntaje máximo del apartado de “Conocimiento funcional” que se puede obtener es de 12 puntos, (1 punto por ítem).

Los resultados se representaron gráficamente con esquemas o diagramas de violín, así como caja y bigotes, con la finalidad de mostrar una mejor visualización de la distribución de los datos, el sesgo que se puede presentar y observar valores atípicos.

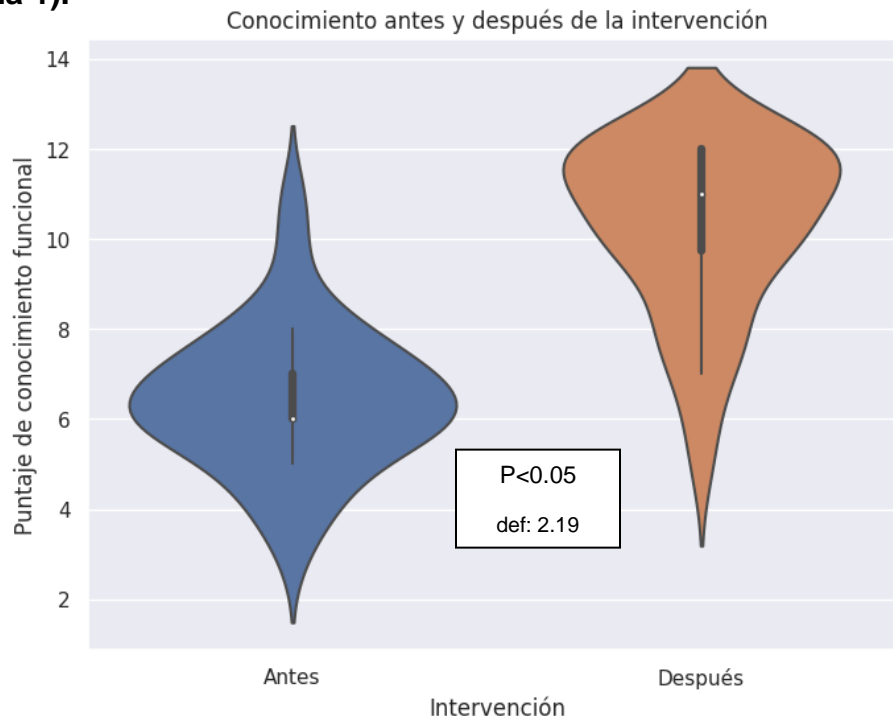
En el siguiente esquema de violín podemos comparar el puntaje del apartado de conocimiento funcional en los participantes antes de la intervención (basal) en color azul y después de la intervención (seguimiento) en color marrón.

En la medición basal se obtuvo una mediana de 6 puntos. El valor mínimo fue de 3 puntos y el valor máximo de 11 puntos, mientras que la media fue de 6.45. La desviación estándar se registró en 1.58. La barra negra gruesa en el centro representa el 50% de los datos en donde se observa un puntaje entre 6 y 7. Mientras que la línea fina que se extiende desde ella representa valores atípicos.

En la medición de seguimiento, la mediana tuvo un puntaje de 11 mientras que el valor mínimo fue de 5 puntos y el valor máximo de 12 puntos, la media fue de 10.27. La desviación estándar se registró en 1.89. El 50% de los datos representado por la barra negra gruesa se observan entre 9.75 y 12 puntos y la línea que se extiende desde ella representa valores atípicos por debajo.

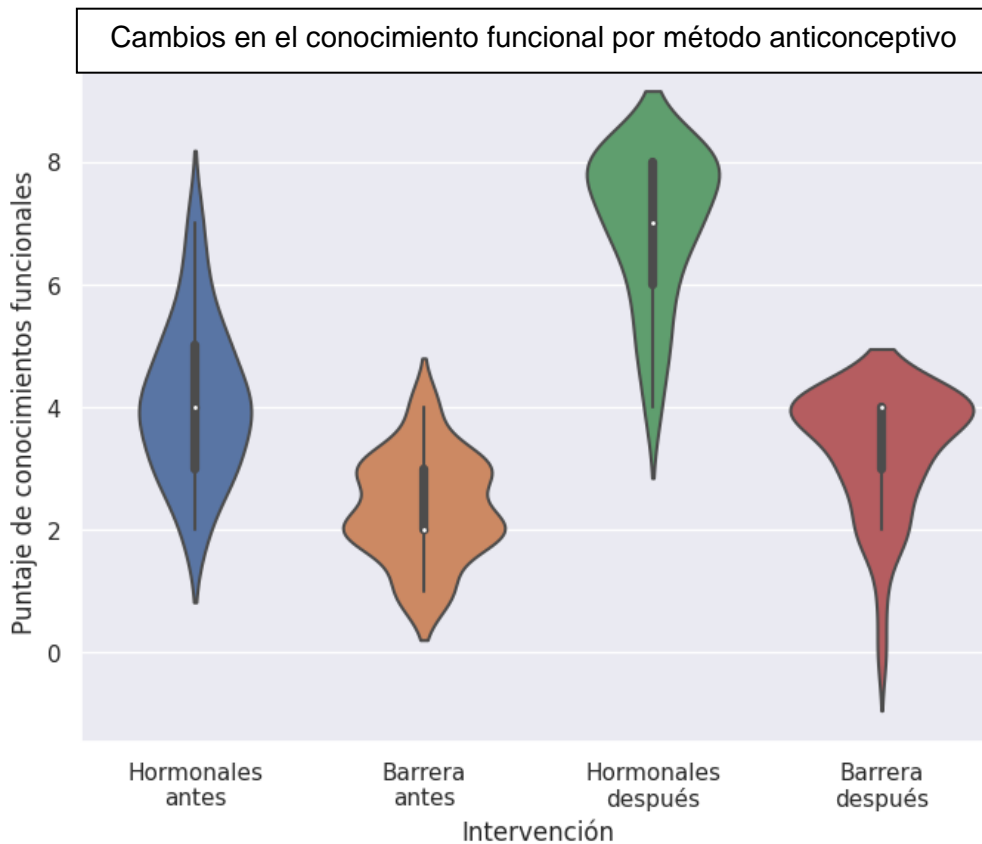
De igual manera se puede observar que en la medición basal, la distribución se aglomeró en menor número de respuestas correctas, mientras que en la de seguimiento la distribución fue más amplia en el rango de más respuestas correctas

(Esquema 1).



Esquema 1. Se presenta un esquema de violín donde se observa un aumento en el conocimiento funcional; en la mediana (punto blanco) antes y después de la intervención educativa.

En el siguiente esquema de violín se pueden observar los resultados por método anticonceptivo, se representan a los de tipo hormonal y los de barrera. Los métodos anticonceptivos hormonales están representados en color azul antes de la intervención y, en verde, después de la intervención. Los métodos anticonceptivos de barrera son representados de color marrón, antes de la intervención y, en rojo, después de la intervención. Se evidencia un aumento en el conocimiento funcional pues la mediana pasó de 4 a 7 en el caso de los métodos hormonales; mientras que para los de barrera fue de 2 a 4, con una distribución bimodal en 2 y 3 antes de la intervención (**Esquema 2**).



Esquema 2. Se presenta un esquema de violín donde se observa un aumento en el conocimiento funcional por método anticonceptivo; en la mediana (punto blanco) antes y después de la intervención educativa.

La prueba estadística que se realizó para medir el tamaño del efecto de la intervención fue una d de Cohen; el resultado de esta prueba fue de 2.19 que se puede interpretar como la presencia de un efecto grande después de la intervención con resultados favorables en los participantes. La intervención educativa logró cambios significativos aumentando el conocimiento funcional de los métodos anticonceptivos que fue un objetivo planteado para esta investigación.

Otra prueba estadística realizada fue una t de Student para muestras relacionadas, el resultado fue de $t -9.92$, $gl = 39$ y $p < 0.05$, por lo que se evidencia una diferencia significativa en el aumento de conocimiento comparando la medición basal y la de seguimiento. La media obtenida antes de la intervención fue de 6.45 y, posteriormente, de 10.27.

Para analizar los resultados que corresponden a la autoeficacia anticonceptiva se debe tener en cuenta que se presentó una escala Likert en la cual “1” corresponde a una baja autoeficacia y “5” a una alta autoeficacia; el puntaje mínimo que se puede obtener es 18 y el máximo, 90 puntos.

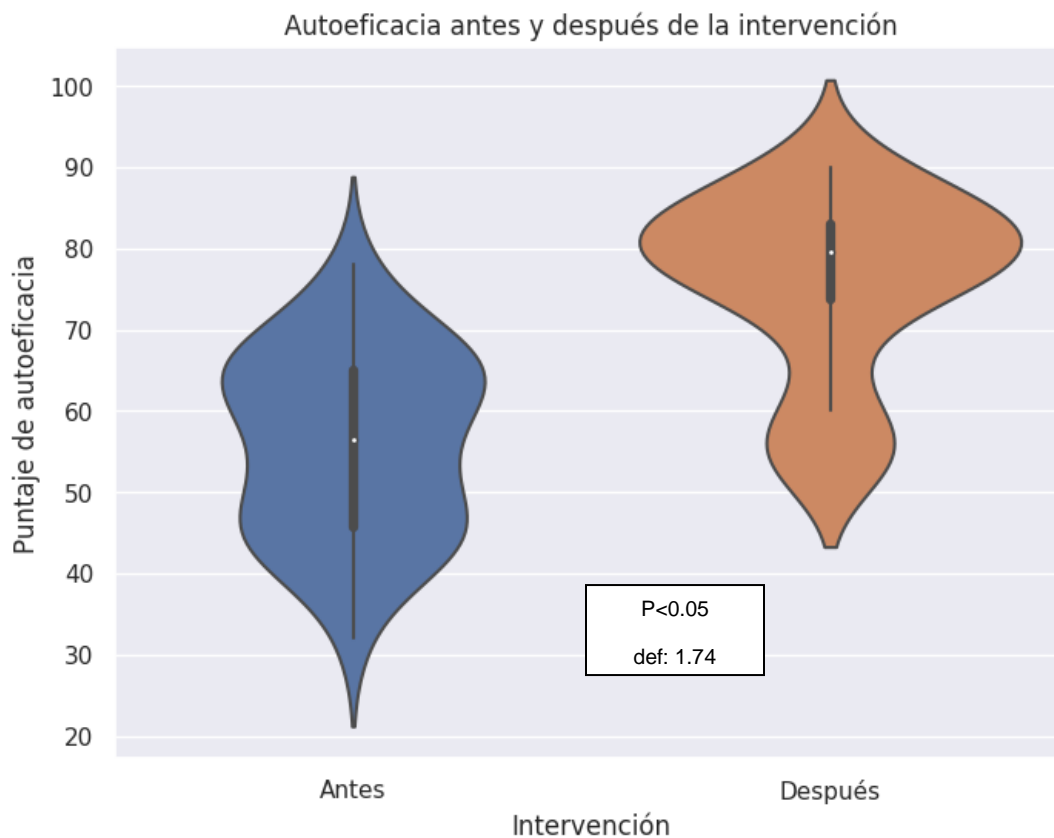
En el siguiente esquema de violín podemos comparar el puntaje del apartado de autoeficacia anticonceptiva en los participantes antes de la intervención (basal) en color azul y después de la intervención (seguimiento) en color marrón.

En la medición basal se obtuvo una mediana de 56.5 puntos. El valor mínimo fue de 32 puntos y el valor máximo de 78 puntos, mientras que la media fue de 55.9. La desviación estándar se registró en 11.30. La barra negra gruesa en el centro representa el 50% de los datos en donde se observa un puntaje entre 45.7 y 65. Mientras que la línea fina que se extiende desde ella representa valores atípicos.

En la medición de seguimiento, la mediana tuvo un puntaje de 79.5 mientras que el valor mínimo fue de 54 puntos y el valor máximo de 90 puntos, la media fue de 75.55. La desviación estándar se registró en 11.22 El 50% de los datos

representado por la barra negra gruesa se observan entre 73.75 y 83 puntos y la línea que se extiende desde ella representa valores atípicos.

La medición basal muestra que los datos tenían una distribución bimodal más amplia, pero hacia una autoeficacia baja, sin embargo, en la medición de seguimiento se observa que la distribución aumentó en valores hacia una autoeficacia alta (**Esquema 3**).



Esquema 3. Se presenta un esquema de violín donde se observa un aumento en la autoeficacia anticonceptiva después de la intervención educativa.

La prueba estadística que se realizó para medir el tamaño del efecto de la intervención fue una *d* de Cohen, el resultado de esta prueba fue de 1.74 que se puede interpretar como la presencia de un efecto grande después de la intervención con resultados favorables en los participantes. La intervención educativa logró aumentar el nivel de autoeficacia anticonceptiva que fue un objetivo planteado para esta investigación.

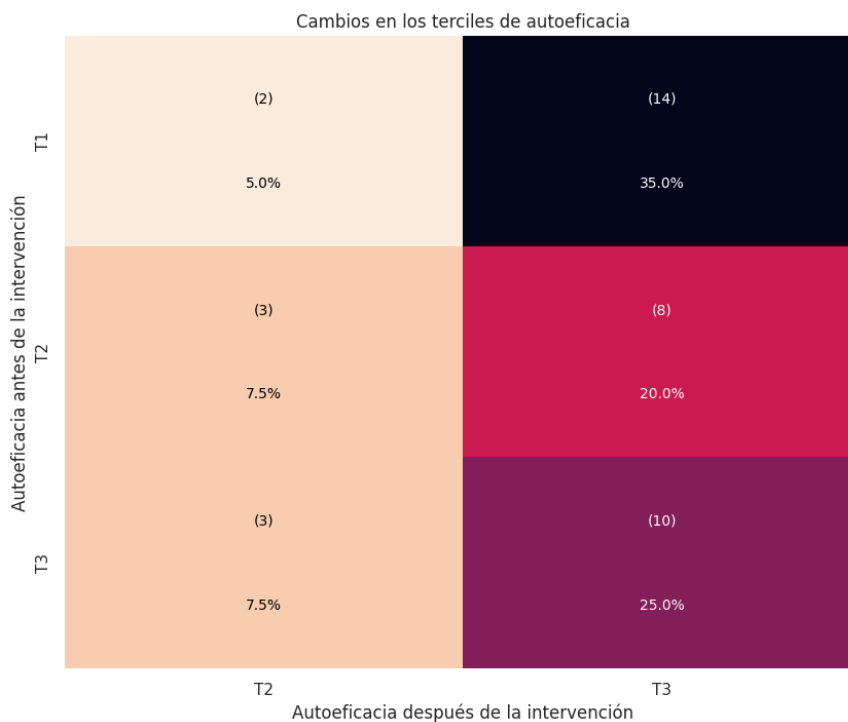
Otra prueba estadística realizada fue una t de Student para muestras relacionadas, el resultado fue de $t = -7.28$, $gl = 39$ y $p < 0.05$, por lo que también denota una diferencia significativa en el aumento del nivel de la autoeficacia anticonceptiva comparando la medición basal y la de seguimiento. Se considera que la intervención educativa fue efectiva ya que logró aumentar el nivel de autoeficacia entre los puntajes obtenidos (media=55.9) y después (media=75.5).

Para identificar el cambio en el nivel de autoeficacia entre los participantes, los resultados (antes-después de la intervención) se organizaron en una matriz y se dividieron en terciles de acuerdo con los puntajes obtenidos (T1, T2 y T3); en donde T1 es autoeficacia baja, T2 autoeficacia media y T3 autoeficacia alta, esto con la finalidad de agrupar a los estudiantes por nivel de autoeficacia.

En T1 (antes de la intervención) se ubicaron 16 alumnos. De éstos, 2 aumentaron su nivel de autoeficacia al nivel medio (T2) y 14 al nivel alto (T3).

En T2 (antes de la intervención) se ubicaron 11 estudiante. De éstos, 3 se mantuvieron en el nivel medio de autoeficacia (T2) y 8, pasaron al nivel alto (T3).

En T3 (antes de la intervención) se ubicaron 13 estudiantes. De éstos, 3 disminuyeron su nivel de autoeficacia al nivel medio (T2) y 10 se mantuvieron en el nivel alto (T3) (**Matriz 1**).



Matriz 1: En la matriz podemos observar los cambios en terciles antes y después de la intervención con los datos de relevancia de la columna de la extrema derecha, en donde se puede identificar a los alumnos con mayor autoeficacia.

A continuación, se presenta un diagrama de cajas y bigotes en el que podemos observar el nivel de autoeficacia anticonceptiva en el sexo femenino representado en color rosa, y en color morado el nivel de autoeficacia del sexo masculino antes y después de la intervención educativa.

En el diagrama se presenta una línea delgada negra dentro de la caja que corresponde a la mediana en la medición basal, la cual para el sexo masculino es de 58.5 puntos, mientras que para el sexo femenino es de 46 puntos. Al inicio de la intervención educativa la diferencia entre el nivel de autoeficacia en hombres y mujeres es notoria.

Los resultados en la medición de seguimiento reportan que la mediana aumentó para ambos sexos, teniendo para el sexo masculino 76 puntos y para el sexo femenino 80 puntos. Esto nos indica que ambos sexos aumentaron su nivel de autoeficacia después de la intervención. Al final de la intervención las diferencias significativas desaparecieron logrando que ambos sexos presentaran niveles similares (**Diagrama 1**).

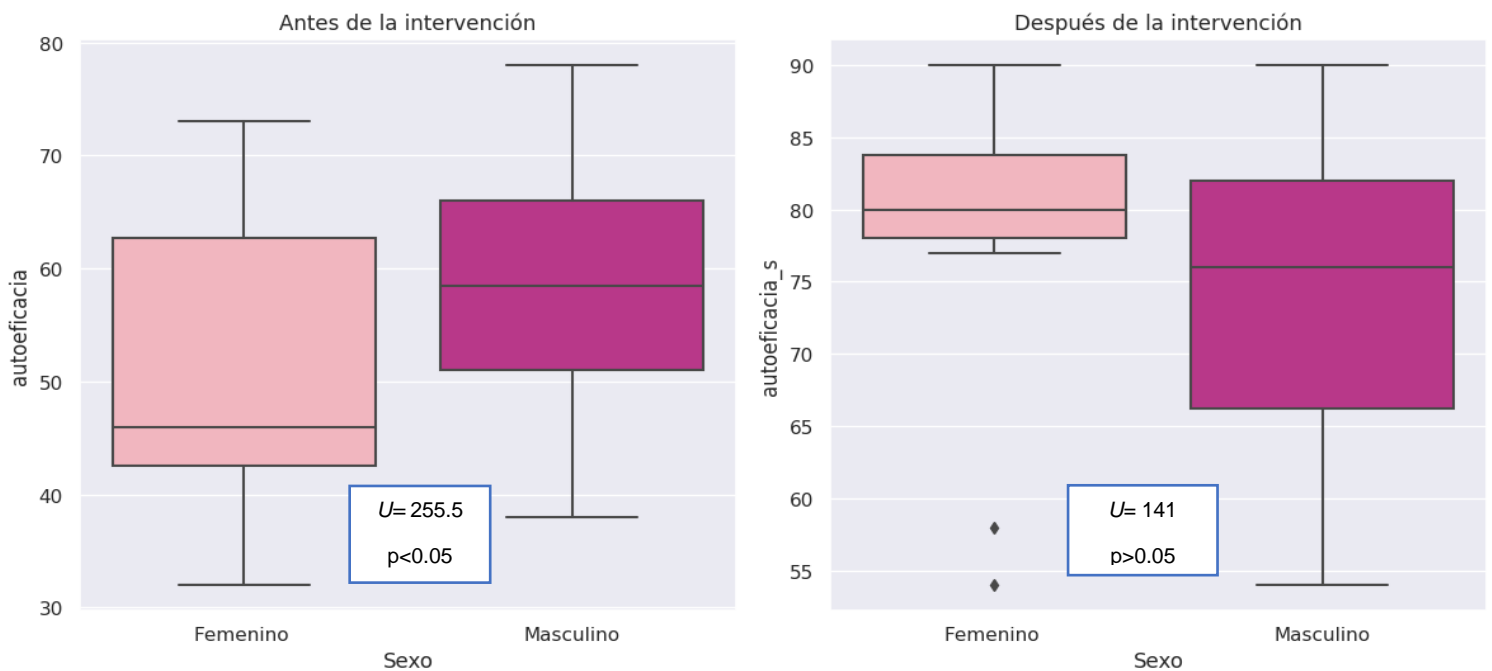


Diagrama 1. Se presenta un diagrama de cajas y bigotes en donde se observa aumento de las medianas después de la intervención educativa.

Los resultados del nivel de autoeficacia por sexo se analizaron mediante una prueba estadística no paramétrica, una U de Mann Whitney, el resultado de esta prueba fue de $U=255.5$ y $p<0.05$ en la medición basal y con una media de 58.65 para los hombres y 50.85 en el sexo femenino.

En la medición de seguimiento se reporta una $U=141$ y $p=0.250$ y la media para el sexo masculino de 76.11 y para el sexo femenino de 78.21.

El resultado de esta prueba estadística indica que antes de la intervención existían diferencias significativas en el nivel de autoeficacia entre mujeres y hombres, ya que el valor de p fue <0.05 ; sin embargo, después de la intervención el nivel de autoeficacia en las mujeres aumentó, incluso más que el sexo masculino. El valor de p fue >0.05 , indicando que no existen diferencias significativas. Esto se puede interpretar como un resultado favorable debido a que al final de la intervención se logró igualar el nivel de autoeficacia de las mujeres con respecto a los hombres.

Finalmente, se solicitó a los participantes compartir de manera anónima su opinión con relación a la intervención educativa, a modo de contar con una valoración

cuantitativa en este estudio. Entre los comentarios más relevantes se mencionan que la intervención les pareció creativa, con información interesante y que las estrategias didácticas empleadas fueron innovadoras. Por otro lado, algunos indicaron que la aplicación de diversas estrategias didácticas contribuyó de manera positiva en generar interés.

Capítulo 6. Discusión

Los objetivos de esta investigación han sido planteados por diversos investigadores que coinciden en la importancia de implementar intervenciones educativas para promover conocimientos, comportamientos y actitudes responsables en los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva. Esta es una acción de suma importancia para enfrentar una problemática en América Latina y el Caribe, en donde se presenta una alta tasa de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años entre los cuales se encuentra nuestro país con una tasa de fecundidad de 70.6 por cada mil mujeres (INMUJERES, 2021).

El inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes generalmente ocurre sin una adecuada consejería anticonceptiva, es así como el desconocimiento en el uso correcto de métodos anticonceptivos y actitudes deficientes derivan en conductas de riesgo logrando una mejoría después de una intervención educativa fomentando un ejercicio sano de la sexualidad (Ortega, 2022).

Es así como una intervención educativa para promover el conocimiento funcional y una alta autoeficacia anticonceptiva, como la que se llevó a cabo en este trabajo, se convierte en una estrategia relevante para regular la fecundidad y así prevenir embarazos no planeados, además de contribuir a la divulgación de conocimiento sobre sexualidad para que los estudiantes adquieran información actualizada, veraz, completa, científica y laica.

A nivel internacional y nacional se han reportado intervenciones educativas que buscan aumentar el conocimiento en métodos anticonceptivos, sin embargo, las que han considerado promover un conocimiento funcional o un cambio de conducta son escasas. En esta investigación se abordaron estos dos constructos en conjunto, a fin de que el aumento de conocimiento vaya acompañado y reforzado por un comportamiento responsable en el ejercicio de la sexualidad.

Para esta intervención educativa se construyó una planeación didáctica en apego a los aspectos pedagógicos que favorecen el aprendizaje y un cambio conductual por medio de estrategias de enseñanza-aprendizaje centradas en el estudiante con el

fin de contextualizar situaciones que viven en su vida diaria y así favorecer la adquisición de un nuevo conocimiento que se espera puedan poner en práctica para ejercer responsablemente su sexualidad.

Con respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, los estudiantes encuestados reportan una media de 14.7 años. Esto se asemeja a los datos que refiere el Instituto Nacional de Perinatología con una media nacional de 14.6 años. Sin embargo, difiere a los resultados del Consejo Nacional de Población, que refiere una media de 15.5 años. Este grupo inició su vida sexual a temprana edad, por debajo de la media nacional, esta situación puede conllevar a embarazos no planeados durante la adolescencia que sigue siendo un foco de atención en este grupo etario. Considero que promover intervenciones educativas en SSyR desde la educación básica como la que se diseñó en este estudio, pueden lograr ser una herramienta eficaz para postergar el inicio de las relaciones sexuales y en consecuencia disminuir la tasa de embarazo adolescente en nuestro país.

El 87.5% de los participantes de esta investigación reportó el uso de protección anticonceptiva en su primera relación sexual, siendo el condón masculino el más utilizado; mientras que el 12.5% reportó el coito interrumpido, que consiste en retirar el pene de la vagina y eyacular fuera para evitar un embarazo. Estos datos se asemejan a lo reportado por las estadísticas nacionales del Consejo Nacional de Población 2018 que menciona que el método anticonceptivo más usado es el condón masculino, seguido por las pastillas anticonceptivas y el coito interrumpido en la población adolescente entre 15 y 19 años. Con relación a este último, es preocupante que la población adolescente practique un método que no es muy efectivo, que requiere autocontrol y no protege contra ITS. Estos datos nos indican el gran vacío conceptual y funcional que prevalece con respecto a los métodos anticonceptivos recomendados para ellos, en este caso los métodos modernos de larga y corta duración.

Así mismo, las investigaciones de Rengifo *et al.* y Parra *et al.*, quienes trabajaron con población escolar similar a la de esta investigación encontraron que el método anticonceptivo más usado por adolescentes sigue siendo el condón masculino. Esto

nos revela que es posible que la responsabilidad de la anticoncepción este recayendo en la pareja y las mujeres tengan una autoeficacia baja con respecto al uso de la amplia gama de métodos anticonceptivos diseñados para ellas. Es fundamental que la población adolescente conozca los diversos métodos de planificación familiar, en particular, los métodos modernos (hormonales) y que se promueva un uso constante con revisiones periódicas para asegurar la anticoncepción no planificada. Es así como el proporcionar información a los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos modernos actualmente disponibles en nuestro país constituye un área de oportunidad para promover la responsabilidad anticonceptiva en ambos sexos.

Con relación al conocimiento funcional en métodos anticonceptivos, en este estudio, al inicio de la intervención la media de respuestas correctas fue de 6.45, mientras que al final de la intervención aumentó a 10.2. En la literatura se reportan estudios de intervenciones educativas como la de Lazcano *et al* y Hernández *et al*, quienes trabajaron con población adolescente similar a la de esta investigación y se evidenció un aumento en el nivel de conocimiento conceptual de los métodos anticonceptivos, sin embargo, la investigación actual tiene un valor adicional porque se orientó a la medición del conocimiento funcional de aquellos métodos recomendados para la población adolescente. Así, se documentó un aumento posterior a la intervención educativa, destacando que la población pasó de una media de 6.45 (53.3%) a 10.2 (85%) respuestas correctas.

Con este panorama, va quedando en evidencia la necesidad de medir el efecto duradero de la adquisición del conocimiento funcional en los estudiantes adolescentes y, por tanto, de su posible aplicación en situaciones futuras.

Por otro lado, con respecto a la autoeficacia anticonceptiva, los resultados de la investigación de Eun *et al*, indica que la autoeficacia es mayor en el sexo femenino en comparación con el sexo masculino y que ésta aumenta después de una intervención educativa. En esta investigación se obtuvieron resultados que difieren con los encontrados en este estudio pues al inicio de la intervención los varones obtuvieron un nivel alto de autoeficacia en comparación con las mujeres, sin

embargo, al final de ésta, las diferencias significativas desaparecieron, es decir, se logró igualar el nivel de autoeficacia en ambos sexos al final de la intervención.

Otro estudio realizado por Batmaz *et al*, indica que la autoeficacia anticonceptiva se presenta en mayor nivel en los hombres debido a la confianza que poseen en las relaciones sexuales con respecto a su pareja. Si bien estos resultados se obtuvieron de hombres adultos, la mayoría de ellos en unión conyugal, se asemejan a los resultados de esta investigación en que los varones obtuvieron un nivel más alto de autoeficacia con respecto a las mujeres. Con esto, puedo concluir que el nivel de autoeficacia anticonceptiva que presenta cada individuo es multifactorial y está en constante cambio durante las diversas etapas de la vida; es posible que se manifieste un nivel menor durante la adolescencia y que esté vinculado con experiencias y nivel madurativo, provocando ciertas conductas que pueden llegar a poner su vida en riesgo. Incidir en el cambio conductual en salud sexual y reproductiva a este nivel se convierte en un área de oportunidad debido a que las intervenciones educativas que se han enfocado en este constructo son muy pocas y los resultados que se obtengan pueden contribuir a disminuir la tasa de fecundidad en los adolescentes en nuestro país, principalmente del grupo de 15 a 19 años, e impactar de manera positiva para disminuir los casos de embarazo adolescente.

Esto refleja que la intervención fue eficaz y tuvo un efecto positivo en los participantes debido a que se emplearon elementos pedagógicos que promueven un cambio en la intención para realizar ciertas conductas, en este caso las relacionadas al ejercicio sano de la sexualidad. Es importante aplicar este tipo de intervenciones en la población adolescente con el fin de generar herramientas para impulsar la toma de decisiones informadas y responsables en su vida sexual y reproductiva.

Se necesitan investigaciones futuras en el área a nivel nacional, ya que no podemos garantizar que la intervención educativa logre una modificación a largo plazo de los conocimientos y la conducta de los participantes, por lo que sería importante diseñar intervenciones que impacten en el desarrollo personal, con la posibilidad de incidir en un cambio de conductual que promueva un estilo de aprendizaje del autocuidado.

Esta investigación se aplicó a estudiantes de Educación Media Superior, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos de impacto para los estudiantes y por consiguiente para la institución educativa ya que la intervención educativa diseñada puede ser replicable para el total de su población, con el fin de obtener resultados favorables como los anteriormente mencionados. Se propone que la institución educativa en la que se llevó a cabo este estudio gestione la implementación de este tipo de intervenciones educativas entre los académicos y personal de salud involucrado, pues se obtuvo evidencia de que aún prevalece un vacío conceptual acerca del uso de los métodos anticonceptivos hormonales en sus estudiantes. Aunado a esto, se identificó un área de oportunidad para incidir con estrategias que aumenten el nivel de autoeficacia entre las estudiantes. El poder incidir en estos dos constructos que se complementan contribuye a intervenir de manera oportuna en el ejercicio sano de la sexualidad de la población estudiada. Por otro lado, se debe considerar la capacitación de los docentes que impartan la asignatura de Educación para la Salud con herramientas pedagógicas que logren promover un aprendizaje significativo en los temas de SSyR y así enriquezcan su práctica docente. También se sugiere que la institución educativa genere diversos recursos didácticos, que puedan ser un apoyo en la práctica docente de los profesores y facilite el proceso de enseñanza aprendizaje en los alumnos con el fin de promover un aprendizaje significativo.

Actualmente, sigue siendo común encontrar en las aulas un método expositivo por parte de los docentes, ya sea por desconocimiento de las diversas estrategias de enseñanza-aprendizaje o por falta de interés en la asignatura que imparten. Esta investigación propone una metodología centrada en el estudiante, que busca favorecer su atención y apego para aprendizaje tema de salud sexual y reproductiva siendo innovadora e interactiva. Parra *et al*/ sugieren que se fomenten mayormente intervenciones educativas en el tema de salud sexual y reproductiva desde edades tempranas, aun cuando no se ha tenido contacto con la sexualidad para que los

esfuerzos estén enlazados en proporcionar información y no se recurra al cambio de actitudes que regularmente ya están construidas.

En resumen, esta investigación logró cumplir con el objetivo general y los específicos planteados; de igual manera, de acuerdo con los cambios significativos mostrados mediante las pruebas estadísticas realizadas, se acepta la hipótesis propuesta.

Se presentaron algunas limitaciones durante la aplicación de este estudio; entre ellas el tiempo para aplicar la intervención educativa. Debido a que las clases en esta institución educativa tienen una duración de 50 minutos, fue necesario diseñar una planeación didáctica ajustada a varias sesiones y compactar o fragmentar la información para respetar los tiempos de cambio a otra asignatura. Con esto, existía la posibilidad de que se perdiera la continuidad de las sesiones. Por otro lado, la configuración del aula en la que se imparte la asignatura es de tipo laboratorio, lo que dificultaba la organización y el trabajo colaborativo; además es un factor que limitaba un adecuado orden. En cuanto a la eficacia de la intervención a largo plazo, no se llevaron a cabo mediciones que permitieran medir el impacto de esta.

Finalmente, el programa de Maestría en Docencia para la Educación Media Superior (MADEMS) ofrece una formación profesional y promueve conocimientos y aprendizajes que permiten enfrentar y resolver problemas de índole educativo en el nivel medio superior. Esta profesionalización del profesor deposita en los egresados mayor confianza y responsabilidad para atender las diversas incidencias que se presenten durante su práctica docente.

Concluyo mencionando que durante mi formación como maestra en docencia para la educación media superior adquirí herramientas pedagógicas, metodológicas y técnicas para lograr diseñar, implementar e intervenir de manera eficaz durante la aplicación de este proyecto. Así mismo, esos elementos enriquecerán mi práctica docente incidiendo de manera positiva en los aprendizajes de los estudiantes.

Capítulo 7 Conclusiones

Mejorar la calidad educativa en materia de salud sexual y reproductiva es un área de oportunidad en nuestro país, debido a que se ha documentado que existe un sector de la población adolescente que tiene un nivel de conocimientos deficiente en estos temas y esto repercute de forma sustancial en las decisiones que tomen a futuro en el ejercicio de su sexualidad.

Esta investigación es un recurso de valor ya que logró cumplir con el objetivo general y específicos planteados, primeramente, se realizó la evaluación de la intervención educativa sobre métodos anticonceptivos para favorecer el conocimiento funcional y la autoeficacia anticonceptiva por medio de diversas pruebas estadísticas. Posteriormente, los objetivos específicos tuvieron como fin comparar el nivel de conocimiento y autoeficacia antes y después de la intervención educativa y las pruebas mostraron cambios estadísticamente significativos, es decir, el diseño, la metodología y la aplicación de la intervención educativa logró aumentar el conocimiento y la autoeficacia en el grupo de participantes al final de ésta. Sin embargo, para poder determinar si los participantes logran mantener estos conocimientos y conductas a lo largo del tiempo, es necesario realizar una o varias mediciones de seguimiento, a través de escenarios contextualizados que nos permitan identificar las posibles decisiones sobre su ejercicio sexual.

Por lo anterior, se puede resaltar que una intervención educativa con estrategias centradas en el estudiante tiene impacto satisfactorio en el aprendizaje significativo aumentando el nivel de conocimientos y autoeficacia en los adolescentes que participaron en el estudio.

La planeación didáctica diseñada para esta investigación comprende elementos pedagógicos, metodológicos y técnicos que fueron aceptados de manera positiva por los alumnos y esto se manifestó en los resultados obtenidos. No debemos dejar de lado la importancia de contemplar diversas estrategias de enseñanza-aprendizaje en la aplicación de proyectos educativos, clases, cursos, talleres, etcétera, con el propósito de generar interés y motivación por la asignatura y, por

consiguiente, el aprendizaje que se adquiriera sea de impacto para el desarrollo individual de los estudiantes adolescentes.

Los resultados de esta investigación son de relevancia para la educación media superior, en particular para la Escuela Nacional Preparatoria Plantel 8 “Miguel E. Schulz”, ya que constituye a una aproximación diagnóstica en materia de salud sexual y reproductiva en este nivel académico. Con este antecedente se identifica un problema educativo relacionado con un vacío conceptual sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos pues los participantes de esta investigación presentaron un mayor conocimiento de los anticonceptivos de barrera que de los modernos (hormonales) desconociendo la gran variedad de opciones disponibles para regular la fecundidad, así como evitar un embarazo no planeado o una infección de transmisión sexual. Por lo anterior, la intervención realizada incide en una posible solución al brindar a los adolescentes información científica, verídica y relevante que se aprende de forma significativa para su aplicación en la toma de decisiones a futuro, promoviendo el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos de manera plena con las herramientas necesarias que se requieren para ello.

Esta investigación contribuyó al aumento de conocimiento funcional de los métodos anticonceptivos y a promover actitudes saludables en sexualidad, sin embargo, sigue siendo importante considerar que la educación sexual inicia en la familia, siendo ésta el eslabón más fuerte en la formación de cada individuo para llevar una sexualidad sana y responsable. La transmisión de conocimientos continúa en la escuela y en ese momento la labor docente debe de contribuir de forma sustancial innovando en el aula con diversas estrategias de enseñanza aprendizaje que contribuyan la adquisición de un aprendizaje significativo que pueda tener impacto para su vida cotidiana.

Por lo anterior, es necesario seguir trabajando en fortalecer la educación integral en sexualidad en las escuelas, teniendo en cuenta la elaboración de material didáctico acorde a la población que se presente promoviendo una efectiva adquisición de conocimientos funcionales (aplicativos). Así mismo es primordial mejorar los

servicios de salud sexual y reproductiva y aumentar la cobertura en todo el territorio nacional con el objetivo de que la mayor parte de la población adolescente cuente con la mejor orientación basada en evidencia científica.

Por último, se considera primordial contar con el apoyo de diversas instituciones educativas y gubernamentales para llevar a cabo este tipo de intervenciones educativas, como una actividad obligatoria vinculándola de manera formal en los planes de estudio debido a que los adolescentes tienen derechos sexuales y reproductivos.

Referencias bibliográficas

Aburto, B., Escamilla, R., Díaz, C., Fajardo, G., Urrutia, M., Cedeño, A., Mota, A. y Guevara, R. (2020). Sexual health intervention in medical students. *Gac Med Mex* 156 (2), 164-170.

https://www.gacetamedicademexico.com/frame_eng.php?id=404

Batmaz, H. y Celik, E. (2022). Sexual dissatisfaction and sexual self-efficacy: an examination of the role of sexual self-confidence as a mediator. *Journal of Men's Health*, 18(1).

<https://oss.jomh.org/files/article/20221108-156/pdf/JOMH.2021.067.pdf>

Caricote, E. A. (2009). La salud Sexual en la adolescencia tardía. *Educere*, 13(45), 415-425.

Chávez, C. P., Erazo, J. C., Herrera, I. M. y Pijal, J. A. (2021). Storytelling como estrategia de enseñanza en valores. *Rev. Arbitrada interdisciplinaria KOINONIA*, 6(4), 277-296.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2017). Fichas informativas métodos anticonceptivos.

<https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/fichas-informativas-metodos-anticonceptivos>

Consejo Nacional de Población. (2016). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana. (1ª. ed).

Consejo Nacional de Población. (2018). Factores que influyen en el conocimiento funcional de los métodos anticonceptivos, 2014. Situación demográfica de México, 2017, pp 69-92

Consejo Nacional de Población. (2020). Situación de los derechos sexuales y reproductivos. República Mexicana. 2018.

Conteras, G. A. y Carreño, P. (2012). Simuladores en el ámbito educativo: un recurso didáctico para la enseñanza. *Rev. de la Facultad de Ingeniería*, 13(25), 107-119.

Corona, H y Funes, F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Rev. Med. Clin. Condes*, 26 (1): 74-80. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864015000127>

Díaz, F. y Hernández, G. (2002). Estrategias Docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. (2ª. ed). McGraw-Hill Interamericana.

https://www.academia.edu/49065618/Diaz_barriga_estrategias_docentes_para_un_aprendizaje_significativo_D1_9

Encuesta Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes (datos nacionales)*. Comunicado de prensa núm. 536/21.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Embrazos21.pdf

Encuesta Nacional de Geografía y Estadística. (2017). La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825094393.pdf

Encuesta Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 nota técnica.* https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/nota_tec_enadid_18.pdf

[Estrada, M., Montoya, M., Gutiérrez, J., Flores, M., Regalado, J y Torres, A. \(2019\). Autoeficacia anticonceptiva como factor predictivo del embarazo adolescente. Rev de divulgación de la ciencia. 5\(1\). https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3063](https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3063)

Flores, M., Dimmitt, J. y Sáenz, N. (2017). Adaptation of the contraceptive self-efficacy scale for heterosexual Mexican men and women of reproductive age. *Appl Nurs Res*, 36, 95-99. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28720248/>

Gaceta UNAM. (2021). México primero lugar de la OCDE. <https://www.gaceta.unam.mx/anualmente-340-mil-nacimientos-en-mujeres-menores-de-19-anos/>

Gaete, R. A. (2011). El juego de roles como estrategia de evaluación de aprendizajes universitarios. *Educ. Educ*, 14 (2), 289-307. Quezada

[Gobierno de México. \(2021\). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes \(ENAPEA\). Informe 2021. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/776885/Informe_GIPEA_2021_VF.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/776885/Informe_GIPEA_2021_VF.pdf)

Hernández, G. A., Rodríguez, G. Y., Rivero, S. M. y Hernández, R. R. (2012). Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. *Rev. Arch. Med. Camaguey*, 16(1), 45-52.

Hernández, Z. L., Bravo, E., López, P., Aguilar, N. y Cepero, L. (2015). Efectividad del programa psicoeducativo de educación sexual y salud reproductiva. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(1).

Instituto Nacional de las Mujeres. (2021). Madres adolescentes.

http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Madres_adolescentes.pdf

Jordán, M., Pachón, L., Blanco, M. E. y Achiong, M. (2011). Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. *Revista Médica*. 33(4).

Lazcano, M., Barrios, A., Chávez, A., Jiménez, L., Omaña, M. y Sánchez, M. (2020). Intervención educativa sobre los métodos anticonceptivos en

adolescentes. *Salud y Educación*, 8(16), 116-122.
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/>

Mansilla, J. y Beltrán J. (2013). Coherencia entre las estrategias didácticas y las creencias curriculares de los docentes de segundo ciclo, a partir de las actividades didácticas. *Perfiles educativos*, (45) 139, 25-39.

Manterola, C. y Otzen, T. (2015). Estudios Experimentales 2ª Parte: Estudios Cuasi-experimentales. *Journal of Morphology*, 33 (1), 382-387.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022015000100060

Naciones Unidas. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Nebot, L., Díez, E., Martín, S., Estruga, L., Villalbí, J., Pérez, G. y López, M. J. (2016). Efectos de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos con alta proporción de inmigrantes. *Gaceta Sanitaria*, 30(1),43-46. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000100008

Organización Mundial de la Salud. (2015). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos – Resumen ejecutivo.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.07>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo:*

las evidencias. Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/78253>

Organización Mundial de la Salud. (2006). Salud Sexual y reproductiva.

[Organización Panamericana de la Salud. \(2010\). Salud sexual y Reproductiva. https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva](https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva)

Ortega, C., Sánchez, M., Preciado, Y., Mendoza, R. y Beatriz, V. (2022). Conocimiento en salud sexual y reproductiva en estudiantes de una institución educativa en Cali Colombia-2020-2021. *Rev. Edu-física*. 14(29). [CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE CALI COLOMBIA-2020-2021 | Edu-física.com \(ut.edu.co\)](https://www.ut.edu.co/revistas/revista-educacion-fisica/2022-14-29/conocimientos-en-salud-sexual-y-reproductiva-en-estudiantes-de-una-institucion-educativa-de-cali-colombia-2020-2021)

Parra, D. M. (2003). Manual de estrategias de enseñanza-aprendizaje. (2ª. ed). <https://www.uaem.mx/sites/default/files/facultad-de-medicina/descargas/manual-de-estrategias-de-ense%C3%B1anza-aprendizaje.pdf>

Palma, Y., Núñez, L., Chávez, A. M y Uribe, P. (2007). La salud reproductiva en México: Análisis de la Encuesta Nacional de la Salud Reproductiva 2003. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/UNAM. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/crimunam/20100428102507/saludreproductiva.pdf>

[Parra, J., Domínguez, P., Maturana, J., Pérez, R. y Carrasco, M. \(2013\). Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. SALUD COLECTIVA, 9\(3\), 391-400. https://www.scielosp.org/pdf/scol/2013.v9n3/391-400/es](https://www.scielosp.org/pdf/scol/2013.v9n3/391-400/es)

Rafat, A., Bostani, Z. y Jafarzadeh, F. (2019). Sexual Self-Efficacy and Associated Factors: A Review. *Shiraz E-Med J.*, 20 (11). https://applications.emro.who.int/imemrf/Shiraz_E_Med_J/Shiraz_E_Med_J_2019_20_11_1_7.pdf

[Rengifo, H., Córdoba, A. y Serrano, M. \(2012\) Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva en adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev. Salud pública*, 14\(4\), 558-569.](#)

Rodrigues, G. S., Consentino, F., Rossetto, M., Maia, M., Pautz, M. y Silva, C. (2010). Talleres educativos en la sexualidad del adolescente: la escuela como escenario. *Enfermería Global*, (20).

Schunk, D. H. (2012). Teorías del aprendizaje. Una perspectiva educativa. (6ª. ed). Pearson Education. <https://fundasira.cl/wp-content/uploads/2017/03/TEORIAS-DEL-APRENDIZAJE.-DALE-SCHUNK..pdf>

Secretaría de Salud. (2022). Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos anticonceptivos en México. (1ª. ed). <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/articulos/lineamientos-tecnicos-para-la-prescripcion-y-uso-de-metodos-anticonceptivos-en-mexico-310155>

Serna, J. C., Borunda, D y Domínguez, G. (2012). La simulación en medicina. La situación en México. *Cir Cir*, 80(3), 301-305.

UNICEF. (2015). Los derechos de la infancia y la adolescencia en México
<https://www.unicef.org/mexico/media/1791/file/SITAN-UNICEF.pdf>

Young-Jun, E. y Oh, H. (2020). Gender Differences in Contraceptive Self-Efficacy: A Cross-Sectional Study of South Korean College Students. *Int J Environ Res Public Health*, 17(9). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32365998/>

Anexos

ANEXO 1

PLANEACIÓN DIDÁCTICA				
Intervención educativa para aumentar el conocimiento funcional de los métodos anticonceptivos y la autoeficacia anticonceptiva en estudiantes de Educación Media Superior				
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN Y ASIGNATURA				
INSTITUCIÓN/NIVEL ACADÉMICO	Escuela Nacional Preparatoria/Bachillerato			
PLANTEL	Prepa 8 Miguel E. Schulz			
ASIGNATURA	Educación para la salud			
UBICACIÓN	5to año			
TIPO	Obligatoria			
MODALIDAD	Presencial			
NÚMERO DE SESIONES	3/ 75 minutos			
MAESTRANTE	Perla Janet Orozco González			
ACTIVIDAD PREVIA				
ETAPA DE LA SECUENCIA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACIÓN	TIEMPO
ACTIVIDAD PREVIA	En la sesión previa a la intervención se aplicará un cuestionario diagnóstico, realizado en Formularios de Google, para el grupo 564 turno vespertino de quinto año de la ENP 8.	Formulario Google https://forms.gle/hbviXiunpufb7HMc9	Diagnóstica	25 MIN
SECUENCIA DIDÁCTICA/ SESIÓN 1				
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA				
ETAPA DE LA SECUENCIA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACIÓN	TIEMPO

<p style="text-align: center;">INICIO</p>	<p>1.- Actividad: MITO O REALIDAD.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El docente entrega a cada alumno dos banderines en donde están escritas las palabras; mito y realidad. ➤ Posteriormente, se les plantearán 9 situaciones y deberán levantar el banderín que consideren correcto, de acuerdo con sus conocimientos previos. ➤ El docente proporciona realimentación a cada situación. 	<p>-Banderines de mito y realidad</p> <p>-Guía de situaciones (ANEXO 5)</p>	<p style="text-align: center;">“-”</p>	<p style="text-align: center;">20 MIN</p>
<p style="text-align: center;">DESARROLLO</p>	<p>2.- SIMULACIÓN BÁSICA: Colocación del condón masculino y femenino.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El docente menciona la importancia del uso y de la colocación correcta de los métodos anticonceptivos de barrera. ➤ Se organizarán 3 módulos en el salón de clases y se formarán 3 equipos de 13 estudiantes cada uno. ➤ En cada módulo habrá un maestrante que previamente fueron capacitados en el tema de anticonceptivos de barrera. ➤ Módulo 1: Se brindará información acerca del condón masculino y femenino (indicaciones, ventajas, desventajas, efectos secundarios, etc.), se les hablará de los servicios amigables y se facilitarán condones masculinos y femeninos previamente de un registro, así mismo se resolverán dudas. Módulo 2: Se les proporcionará a los estudiantes una hoja de rotafolio y plumones para que elaboren un cartel promocionando el condón masculino o femenino de manera original. Módulo 3: Se realizará la simulación de colocación de condón, primero el docente hace la demostración, posteriormente en parejas se les entrega un modelo anatómico y dos listas de cotejo para que realicen la coevaluación. ➤ En cada módulo tendrán 15 minutos y todos los equipos pasarán por los 3 módulos. 	<p>-Simulador (modelo anatómico de aparato reproductor masculino y femenino)</p> <p>-Condomes masculinos y femeninos</p> <p>-Listas de cotejo</p> <p>-Sanitas</p> <p>-Bolsa de basura</p>	<p>Lista de cotejo (coevaluación) (ANEXO 6)</p>	<p style="text-align: center;">45 MIN</p>

CIERRE	3.- Realimentación <ul style="list-style-type: none"> ➤ El docente da un espacio para resolver dudas y escuchar las opiniones finales de los estudiantes e Integrará una conclusión. 	“_”	“_”	10 MIN
SECUENCIA DIDÁCTICA/SESIÓN 2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES				
ETAPA DE LA SECUENCIA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACIÓN	TIEMPO
INICIO	1.- Lluvia de ideas <ul style="list-style-type: none"> ➤ El docente dirige esta actividad en el pizarrón para identificar los conocimientos previos de los alumnos. ➤ Se lleva a cabo la lluvia de ideas mediante las siguientes preguntas guía: <ol style="list-style-type: none"> 1.- ¿Qué son los métodos anticonceptivos hormonales? 2.- ¿Cuáles anticonceptivos hormonales conocen? 3.- ¿Dónde puedo conseguir los anticonceptivos? 4.- ¿Cuáles son los beneficios de estos métodos anticonceptivos? 5.- ¿Por qué las y los adolescentes se embarazan? 	-Pizarrón -Plumones	“_”	10 MIN
DESARROLLO	2.- STORYTELLING: anticoncepción hormonal <ul style="list-style-type: none"> ➤ El docente les leerá a los alumnos varias historias de acuerdo con su contexto por cada método anticonceptivo hormonal. ➤ El objetivo es que en equipos analicen las historias, contesten las preguntas que se exponen en cada caso y posteriormente de forma grupal, compartan su reflexión, opinión y dudas. 	ANEXO 7	“_”	50 MIN
CIERRE	3.- Preguntas guía			25 MIN

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El docente acompaña a los estudiantes a reflexionar y compartir sensaciones sobre lo que se llevó a cabo. ➤ Así mismo pedirá permiso a los estudiantes para poder grabar mediante una nota de voz la plenaria que se realizará, para de esa manera tener evidencias. ➤ Se guía con las siguientes preguntas: <p>1.- ¿Conocías todos los métodos anticonceptivos hormonales? ¿cuáles no?</p> <p>2.- ¿Te sientes en este momento con la capacidad de usar algún método anticonceptivo?</p> <p>3- Con lo que aprendiste en clase ¿te sientes con el conocimiento para poder usar algún método anticonceptivo de la forma correcta?</p> <p>4.- ¿Cambió lo que pensabas acerca de los anticonceptivos hormonales? ¿De qué forma?</p> <p>5.- ¿Te consideras preparado para un ejercicio sano de la sexualidad? ¿Por qué sí o por qué no?</p> <p>5.- ¿Cuáles son tus conclusiones?</p>	“_”	“_”	
--	---	-----	-----	--

SECUENCIA DIDÁCTICA/SESIÓN 3

PASTILLA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA (PAE)

ETAPA DE LA SECUENCIA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACIÓN	TIEMPO
INICIO	<p>1.- ROLE PLAYING</p> <p>Fase de motivación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los alumnos visualizarán el cortometraje “<i>VISTO prevención de embarazo adolescente</i>” para reflexionar en una mesa redonda y conocer sus opiniones con respecto al tema. ➤ Cortometraje realizado por el Colectivo Cultural Juvenil en colaboración con el Instituto Municipal de Cultura y Educación del ayuntamiento de la Ciudad de Torreón, Coahuila. Duración 9.25 min, disponible: https://www.youtube.com/watch?v=UNYz85H6FTQ ➤ Posteriormente se llevará a cabo una guía para la discusión con los temas relevantes: <p>-Problema de salud pública (embarazo adolescente)</p>	<p>Proyector</p> <p>Laptop</p>	“_”	20 MIN

<p>DESARROLLO</p>	<p>-Muertes por complicaciones materno perinatal - Relación de noviazgo - Primera relación sexual -Sexo NO protegido -Riesgo de una I.T.S y consecuencias -Mala relación familiar -Ausencia de los padres</p> <p>Fase de preparación</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se dividirá el grupo en 4 equipos mixtos ➤ Por medio de un sorteo se elegirá al equipo que representará el role - playing ➤ El docente entregará las instrucciones al equipo que realizará la actividad del juego de roles. <p>Fase de la dramatización</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los alumnos representarán la historia que les fue asignada, de acuerdo con el rol que les corresponde. ➤ El resto de los alumnos observará e identificará aspectos relevantes de la historia. 	<p>“_”</p>	<p>“_”</p> <p>ANEXO 8</p> <p>“_”</p>	<p>20 MIN</p>
<p>CIERRE</p>	<p>Fase de realimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El docente les pedirá a los alumnos que participaron en el role-playing que expresen cómo se sintieron durante la representación ➤ Posteriormente se les pedirá a los alumnos que fungieron como espectadores que discutan aspectos relevantes de la dramatización. <p>El docente cerrará el taller agradeciendo la participación de cada alumno y resaltaré la importancia de conocer los métodos anticonceptivos y acudir con un profesional de la salud para una consejería adecuada de manera individualizada.</p>	<p>“_”</p>	<p>“_”</p>	<p>20 MIN</p>

ANEXO 2

TABLA DE ESPECIFICACIONES (CONOCIMIENTO FUNCIONAL EN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS)

Base del ítem	1.- La función de los métodos anticonceptivos es:
Respuesta correcta	A Impedir la capacidad reproductiva de un individuo o pareja en forma temporal o permanente
Distractores	B Disminuir significativamente las posibilidades de adquirir una infección de transmisión sexual C Funcionan como métodos abortivos en caso de que haya ocurrido ya una fecundación D Fomentar la práctica de relaciones sexuales seguras con responsabilidad
Justificación	Los anticonceptivos son métodos, medicamentos (hormonales o no hormonales), dispositivos y procedimientos quirúrgicos que se utilizan para prevenir un embarazo de manera temporal o permanente.
Referencia	Secretaría de Salud. (2022). Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos anticonceptivos en México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
Base del ítem	2.- Es el método anticonceptivo no hormonal más eficaz para evitar un embarazo:
Respuesta correcta	C Condón
Distractores	A Píldora del día después (anticoncepción de emergencia) B Pastillas anticonceptivas D Dispositivo intrauterino
Justificación	Su eficacia va en función de su uso perfecto con un 98%
Referencia	Secretaría de Salud. (2022). Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos anticonceptivos en México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
Base del ítem	3.- La forma correcta de tomar las pastillas anticonceptivas es:
Respuesta correcta	C Diario y a la misma hora
Distractores	A Un día sí y un día no B Una vez a la semana D En caso de urgencia
Justificación	Son de uso diario y se toman a la misma hora. Al tomarse diariamente en el mismo horario se pretende que se mantenga la protección hormonal; se prevenga la ovulación y la mujer tenga un hábito para no olvidarse de tomar la pastilla.
Referencia	Hidalgo-Pérez, M. E., Nardiz-Cirarda M. (2014). Anticonceptivos hormonales. Farmacia Abierta, 28(3) 28-33
Base del ítem	4.- ¿Cada cuánto tiempo se deben cambiar los parches transdérmicos?
Respuesta correcta	B Cada semana
Distractores	A Cada 3 días C Cada 15 días D Cada Mes
Justificación	B. Cada semana. La caja contiene 3 parches que se cambian cada 7 días intercalando una semana de descanso que corresponderá a la semana de menstruación.
Referencia	Montero, V.A. (2011). Anticoncepción en la adolescencia. REV.MED.CLIN.CONDES, 22(1) 59-67
Base del ítem	5.- La inyección anticonceptiva se administra el día ____ de la menstruación y se repite cada ____ días.

Respuesta correcta	B 1-30
Distractores	A 3-15 C 7- 90 D 5-60
Justificación	La inyección se aplica del día 1 al 5 de la menstruación y se repite cada 30 días.
Referencia	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (2017). Fichas informativas métodos anticonceptivos.
Base del ítem	
	6.- El sistema intrauterino (SIU) da una protección continua de hasta:
Respuesta correcta	C 5 años
Distractores	A 3 años B 10 años D 2 años
Justificación	C. 5 años. La FDA lo aprueba por un uso continuo de 5 años
Referencia	Brenes-Mendieta, J.C., Montero-Rojas, M. A. (2020). Anticoncepción adolescente: Enfoque Práctico para la elección del método ideal. Revista Clínica de la Escuela de Medicina, 10(4) 48-57
Base del ítem	
	7.- Este método anticonceptivo se coloca en la parte superior del brazo mediante una pequeña incisión.
Respuesta correcta	C Implante subcutáneo
Distractores	A Sistema intrauterino B Parche transdérmico D Dispositivo intrauterino
Justificación	C Implante subcutáneo. Consiste en la implantación subcutánea en la parte superior del brazo.
Referencia	Cardo-Prats, E., Baixauli-Fernández, V.J. (2004). Anticonceptivos orales. Elsevier, 23(9) 81-86
Base del ítem	
	8.- La píldora del día después (anticoncepción de emergencia) es abortiva:
Respuesta correcta	B Falso
Distractores	A Verdadero
Justificación	La píldora de emergencia impide un embarazo retrasando la ovulación, no puede provocar un aborto.
Referencia	Organización mundial de la salud. (2022). Anticoncepción de urgencia.
Base del ítem	
	9.-Un solo preservativo masculino (condón) sirve para varias relaciones sexuales:
Respuesta correcta	B Falso
Distractores	A Verdadero
Justificación	Es falso que se puede usar un mismo condón varias veces

Referencia	IMSS. Preservativo o condón masculino. Gobierno de la Ciudad de México: México.
Base del ítem	10.- Con el uso correcto, el preservativo masculino (condón) alcanza una efectividad del 98%.
Respuesta correcta	A Verdadero
Distractores	B Falso
Justificación	Con el uso perfecto este método alcanza una efectividad del 98%
Referencia	Secretaría de Salud. (2022). Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos anticonceptivos en México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
Base del ítem	11.- El preservativo femenino se puede usar al mismo tiempo que el masculino
Respuesta correcta	B Falso
Distractores	A Verdadero
Justificación	No se debe usar el preservativo masculino y femenino al mismo tiempo ya que la fricción entre ellos puede hacer que se rompan.
Referencia	IMSS. Preservativo o condón masculino. Gobierno de la Ciudad de México: México.
Base del ítem	12.- La forma correcta de retirar el preservativo femenino es:
Respuesta correcta	A Acostada, girar el anillo externo y jalar suavemente
Distractores	B Acostada, anudar el anillo externo y tirar de él hacia afuera C De pie, anudar el anillo interno y después extraerlo suavemente D De pie, girar el anillo interno y después tirar de él hacia afuera
Justificación	Después de la relación sexual y antes de incorporarte, gira el anillo externo y posteriormente jala suavemente.
Referencia	IMSS. Preservativo o condón masculino. Gobierno de la Ciudad de México: México.

ANEXO 3

ESCALA DE AUTOEFICACIA ANTICONCEPTIVA

Opciones de respuesta:					
1= Nunca 2= Casi nunca 3= Algunas veces					
4= Casi siempre 5= Siempre					
1. Cuando estoy con mi pareja, me puedo sentir siempre responsable de lo que pase sexualmente con esta persona.	1	2	3	4	5
2. Aun si mi pareja puede hablar de sexo, yo no le puedo decir cómo me siento realmente sobre temas en sexualidad.	5	4	3	2	1
3. Cuando tengo relaciones sexuales, las puedo disfrutar por ser algo que realmente quería hacer.	1	2	3	4	5
4. Si mi pareja y yo nos estamos excitando sexualmente, pero yo no quiero tener relaciones sexuales, le puedo decir fácilmente que NO.	1	2	3	4	5
5. Si mi pareja NO habla acerca de las relaciones sexuales que se están dando entre nosotros, yo tampoco puedo.	5	4	3	2	1
6. Cuando pienso sobre el significado de tener relaciones sexuales, no puedo tenerlas fácilmente.	5	4	3	2	1
7. Si mi pareja y yo nos estamos excitando sexualmente y yo realmente no quiero tener relaciones sexuales (llegar hasta la penetración), puedo parar las cosas fácilmente para no tenerlas.	1	2	3	4	5
8. Hay ocasiones que me encuentro tan involucrado(a) sexual y emocionalmente con mi pareja, que puedo tener relaciones sexuales (llegar hasta la penetración), incluso si no estuviéramos protegidos (usando algún método anticonceptivo).	1	2	3	4	5
9. A veces solo hago lo que mi pareja quiere hacer sexualmente, porque a mí me cuesta trabajo decirle lo que quiero.	5	4	3	2	1
10. Si hubiera una persona del sexo opuesto que me atrajera física y emocionalmente, me sentiría cómodo(a) de decirle que quiero tener relaciones sexuales con él o ella.	5	4	3	2	1
11. No podría utilizar los métodos anticonceptivos, por miedo a que mis padres se enteren.	1	2	3	4	5
12. Es difícil para mí ir a la farmacia y preguntar por algún método anticonceptivo (condón, pastillas anticonceptivas, parche, inyección) sin sentirme avergonzado(a).	5	4	3	2	1
13. Si mi pareja y yo estamos teniendo relaciones sexuales y estamos a punto de llegar a la penetración y no estoy protegido(a) le puedo preguntar fácilmente si tiene protección o decirle que yo no tengo.	5	4	3	2	1
14. Si mi pareja y yo estamos teniendo relaciones sexuales y estamos a punto de llegar a la penetración y no estoy protegido(a) me puedo disculpar y darme tiempo para colocarme algún anticonceptivo.	1	2	3	4	5
15. Si mi pareja y yo estamos teniendo relaciones sexuales y estamos a punto de llegar a la penetración y no estoy protegido(a) le puedo decir con facilidad que estoy usando algún anticonceptivo.	5	4	3	2	1
16. ... puedo parar las cosas fácilmente antes de llegar a la penetración, si no pudiera hablar sobre el tema de la protección.	5	4	3	2	1
17. Hay momentos en los que yo podría hablar con mi pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos, pero me da pena hacerlo.	1	2	3	4	5
18. A veces termino teniendo relaciones sexuales con mi pareja, porque no encuentro una manera de detenerlo.	1	2	3	4	5

ANEXO 4

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO FUNCIONAL Y AUTOEFICACIA EN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El siguiente cuestionario es anónimo y tiene por objetivo conocer los conocimientos que los estudiantes de Educación Media Superior poseen en el tema de métodos anticonceptivos, así como la confianza que tienen para usarlos cuando los requieran. Te solicito que contestes todas las preguntas con la mayor honestidad. El cuestionario no tendrá implicaciones académicas, y es parte de una investigación que se lleva a cabo en el programa de Posgrado de la Maestría en Docencia para la Educación Media Superior.

SECCIÓN I. DATOS PERSONALES

1.- Sexo: Masculino Femenino Otro

2.- Edad: años

SECCIÓN II. ANTECEDENTES DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES

3.- ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales (sexo oral, vaginal o anal)?

A. 1=Sí

B. 2=No

*Si tu respuesta es **NO**, salta a pregunta 6

4.- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? años

5.- ¿Utilizaste algún método anticonceptivo en tu primera relación sexual? *Puedes seleccionar más de una opción

A. 1=Condón

B. 2=Coito interrumpido ("se viene afuera")

C. 3=Pastillas anticonceptivas

D. 4=Píldora del día después (anticoncepción de emergencia)

E. 5=Otro _____

F. 6=Ninguno

6.- ¿Te proteges actualmente (tú o tu pareja) con algún método anticonceptivo? *Sólo si has tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses

A 1=Sí

- B 2=No
- C 3=A veces
- D 4=No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses

* Si tu respuesta es D, pasa a pregunta 6

7.- ¿Con qué método anticonceptivo te proteges actualmente (tú o tu pareja)? *Sólo si has tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses; puedes marcar varias opciones

- A. 1=Condón
- B. 2=Coito interrumpido ("se viene afuera")
- C. 3=Píldora del día después (anticoncepción de emergencia)
- D. 4=Anticonceptivo hormonal (pastillas anticonceptivas, parche, inyección, implante)
- E. 5=Otro_____
- F. 6=Ninguno

SECCIÓN III.- CONOCIMIENTO FUNCIONAL EN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Te solicito que contestes todas las preguntas con la mayor honestidad.

8.- La función de los métodos anticonceptivos es:

- A Impedir la capacidad reproductiva de un individuo o pareja en forma temporal o permanente
- B Disminuir significativamente las posibilidades de adquirir una infección de transmisión sexual
- C Funcionan como métodos abortivos en caso de que haya ocurrido ya una fecundación
- D Fomentar la práctica de relaciones sexuales seguras con responsabilidad

9.- Es el método anticonceptivo no hormonal más eficaz para evitar un embarazo:

- A.- Píldora del día después (anticoncepción de emergencia)
- B.- Pastillas anticonceptivas
- C.- Condón
- D.- Dispositivo intrauterino

10.- La forma correcta de tomar las pastillas anticonceptivas es:

- A Un día sí y un día no
- B Una vez a la semana
- C Diario y a la misma hora
- D En caso de emergencia

11.- ¿Cada cuánto tiempo se deben cambiar los parches transdérmicos?

- A Cada 3 días
- B Cada semana
- C Cada 15 días
- D Cada mes

12.- La inyección anticonceptiva se administra el día ____ de la menstruación y se repite cada ____ días.

- A 3 – 15
- B 1 - 30
- C 7 - 90
- D 5 - 60

13.- El sistema intrauterino (SIU) da una protección continua de hasta:

- A 3 años
- B 10 años
- C 5 años
- D 2 años

14.- Este método anticonceptivo se coloca en la parte superior del brazo mediante una pequeña incisión.

- A Sistema intrauterino
- B Parche transdérmico
- C Implante subcutáneo
- D Dispositivo intrauterino

15.- La píldora del día después (anticoncepción de emergencia) es abortiva:

- A. Verdadero
- B. Falso

16.- Un solo preservativo masculino (condón) sirve para varias relaciones sexuales:

- A Verdadero
- B Falso

17.- Con el uso correcto, el preservativo masculino (condón) alcanza una efectividad anticonceptiva 98%

- A Verdadero
- B Falso

18.- El preservativo femenino se puede usar al mismo tiempo que el masculino

A Verdadero

B Falso

19.- La forma correcta de retirar el preservativo femenino es:

A Acostada, tomar el anillo externo y después tirar de él hacia afuera

B Acostada, anudar el anillo externo y después extraerlo suavemente

C De pie, anudar el anillo interno y después extraerlo suavemente

D De pie, tomar del anillo interno y después tirar de él hacia afuera

SECCIÓN IV: ESCALA DE AUTOEFICACIA ANTICONCEPTIVA

Opciones de respuesta:					
1= Nunca 2= Casi nunca 3= Algunas veces					
4= Casi siempre 5= Siempre					
1. Cuando estoy con mi pareja, me puedo sentir siempre responsable de lo que pase sexualmente con esta persona.	1	2	3	4	5
2. Aun si mi pareja puede hablar de sexo, yo no le puedo decir cómo me siento realmente sobre temas en sexualidad.	5	4	3	2	1
3. Cuando tengo relaciones sexuales, las puedo disfrutar por ser algo que realmente quería hacer.	1	2	3	4	5
4. Si mi pareja y yo nos estamos excitando sexualmente, pero yo no quiero tener relaciones sexuales, le puedo decir fácilmente que NO.	1	2	3	4	5
5. Si mi pareja NO habla acerca de las relaciones sexuales que se están dando entre nosotros, yo tampoco puedo.	5	4	3	2	1
6. Cuando pienso sobre el significado de tener relaciones sexuales, no puedo tenerlas fácilmente.	5	4	3	2	1
7. Si mi pareja y yo nos estamos excitando sexualmente y yo realmente no quiero tener relaciones sexuales (llegar hasta la penetración), puedo parar las cosas fácilmente para no tenerlas.	1	2	3	4	5
8. Hay ocasiones que me encuentro tan involucrado(a) sexual y emocionalmente con mi pareja, que puedo tener relaciones sexuales (llegar hasta la penetración), incluso si no estuviéramos protegidos (usando algún método anticonceptivo).	1	2	3	4	5
9. A veces solo hago lo que mi pareja quiere hacer sexualmente, porque a mí me cuesta trabajo decirle lo que quiero.	5	4	3	2	1
10. Si hubiera una persona del sexo opuesto que me atrajera física y emocionalmente, me sentiría cómodo(a) de decirle que quiero tener relaciones sexuales con él o ella.	5	4	3	2	1
11. No podría utilizar los métodos anticonceptivos, por miedo a que mis padres se enteren.	1	2	3	4	5
12. Es difícil para mí ir a la farmacia y preguntar por algún método anticonceptivo (condón, pastillas anticonceptivas, parche, inyección) sin sentirme avergonzado(a).	5	4	3	2	1
13. Si mi pareja y yo estamos teniendo relaciones sexuales y estamos a punto de llegar a la penetración y no estoy protegido(a) le puedo preguntar fácilmente si tiene protección o decirle que yo no tengo.	5	4	3	2	1
14. Si mi pareja y yo estamos teniendo relaciones sexuales y estamos a punto de llegar a la penetración y no estoy protegido(a) me puedo disculpar y darme tiempo para colocarme algún anticonceptivo.	1	2	3	4	5
15. Si mi pareja y yo estamos teniendo relaciones sexuales y estamos a punto de llegar a la penetración y no estoy protegido(a) le puedo decir con facilidad que estoy usando algún anticonceptivo.	5	4	3	2	1
16. ... puedo parar las cosas fácilmente antes de llegar a la penetración, si no pudiera hablar sobre el tema de la protección.	5	4	3	2	1
17. Hay momentos en los que yo podría hablar con mi pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos, pero me da pena hacerlo.	1	2	3	4	5
18. A veces termino teniendo relaciones sexuales con mi pareja, porque no encuentro una manera de detenerlo.	1	2	3	4	5

ANEXO 5

SITUACIÓN	M/R	ARGUMENTO	REFERENCIA
“Es suficiente usar un método de barrera (condón) hasta que el hombre ya va a eyacular para evitar un embarazo”.	MITO	Esta es una de las causas principales por las que falla el condón, puesto que antes de la eyaculación se segrega líquido preeyaculatorio, el cual contiene espermatozoides que pueden provocar un embarazo. Además, no siempre el hombre puede controlar cuál será el momento preciso de la eyaculación.	Ipas Centroamérica y México, Cam. (2021). Métodos anticonceptivos: de la prevención al disfrute.
“La primera vez que tienes relaciones sexuales no te puedes embarazar”.	MITO	No importa si es tu primera, segunda o tercera, o si has sido sexualmente activa durante años, las mujeres pueden quedar embarazadas en cualquier momento que el semen o líquido preseminal entra por la vagina. Por ello, es importante usar los métodos anticonceptivos.	Ipas México. (2021). ¿Por qué es importante planear la primera relación sexual? Blog métodos anticonceptivos, salud sexual y reproductiva.
“Las píldoras anticonceptivas provocan aumento de peso”.	MITO	No se ha encontrado evidencia de que las píldoras anticonceptivas provocan aumento de peso. Los compuestos más actuales tienen dosis de hormonas muy bajas, de modo que esto no ocurre. Lo que sí se puede producir es una ligera retención de líquidos, pero depende de los componentes de las píldoras y no les sucede a todas las mujeres. Recordar que para tomarlas se requiere asesoría por un profesional de la salud.	Ipas Centroamérica y México, Cam. (2021). Métodos anticonceptivos: de la prevención al disfrute.
“El dispositivo intrauterino (DIU) solo se puede utilizar en mujeres que ya tienen hijas e hijos”.	MITO	El DIU es apropiado y seguro para las mujeres con o sin hijos. La única diferencia es el tipo de DIU (hormonal o de cobre) que se coloca si la mujer es nulípara o múltipara.	Ipas Centroamérica y México, Cam. (2021). Métodos anticonceptivos: de la prevención al disfrute.
“Los parches transdérmicos son una buena opción para las adolescentes que se olvidan de la toma diaria de píldoras anticonceptivas”.	REALIDAD	Si, son una buena opción para las mujeres a las que les cuesta mantener una rutina todos los días, sin embargo, hay que acudir a consulta médica para que nos brinde atención individualizada.	Gobierno de México. (2017). Fichas informativas sobre métodos anticonceptivos.
“Las píldoras anticonceptivas causan cáncer”.	MITO	Las píldoras anticonceptivas no causan cáncer. De hecho, pueden reducir el riesgo de sufrir ciertos tipos de cáncer. Según la Sociedad Americana Contra el Cáncer, diversos estudios han demostrado que las píldoras anticonceptivas, tanto de estrógeno como con progesterona, pueden reducir el riesgo de cáncer de ovario y de endometrio. Y mientras más tiempo se tome, menor será el riesgo.	Ipas Centroamérica y México, Cam. (2021). Métodos anticonceptivos: de la prevención al disfrute
“En adolescentes, no se recomienda el uso de anticonceptivos de larga duración como el Sistema Intrauterino (SIU) o implante”.	MITO	Las adolescentes son un grupo de alto riesgo para tener embarazos no deseados. En la actualidad los colegios internacionales de ginecología de salud recomiendan en este grupo de edad el uso de anticonceptivos de larga duración por su alta tasa de satisfacción y continuidad.	Bayer Global. (2022). Mitos y prejuicios que limitan uso de anticonceptivos en mexicanas

<p>“Los preservativos masculino y femenino protegen de ITS y VIH”.</p>	<p>REALIDAD</p>	<p>Los preservativos son los únicos métodos anticonceptivos que nos protegen de adquirir una ITS, incluso el VIH. Es importante colocarlos de la forma correcta para que sean efectivos.</p>	<p>Gobierno de México. (2017). Fichas informativas sobre métodos anticonceptivos.</p>
<p>“Todos los métodos anticonceptivos son ideales para cualquier mujer”.</p>	<p>MITO</p>	<p>No todos los anticonceptivos hormonales son iguales, ni son para todas las mujeres, por ello es importante recibir la correcta consejería de un profesional de la salud y así elegir el adecuado.</p>	<p>Bayer Global. (2022). Mitos y prejuicios que limitan uso de anticonceptivos en mexicanas</p>

ANEXO 6

Marque con una X si el estudiante cumple con los pasos correctos para el procedimiento de colocación del PRESERVATIVO FEMENINO

	SI	NO
1. Revisar la fecha de fabricación		
1. Revisar que la envoltura tenga aire y no esté rota		
2. Deslizar el preservativo hacia el extremo inferior y con la yema de los dedos abrir el extremo superior del empaque		
3. Colocar el anillo cerrado del preservativo entre los dedos pulgar y medio, en forma de 8		
4. Insertar lo más profundo posible dentro de la vagina		
5. Acomodar el anillo externo por fuera de la vagina para proteger los labios mayores		
6. Retirar de la forma correcta; girar el anillo externo y jalar suavemente		
7. Envolver en papel higiénico y desechar.		
Nombre de quien realiza la simulación:		
Nombre del quién evaluó:		
Observaciones		

Marque con una X si el estudiante cumple con los pasos correctos para el procedimiento de colocación del PRESERVATIVO MASCULINO

	SI	NO
1. Revisar la fecha de fabricación		
2. Revisar que la envoltura tenga aire y no esté rota		
3. Deslizar el preservativo hacia el extremo inferior y con la yema de los dedos abrir el extremo superior del empaque.		
4. Colocar en el pene erecto		
5. Retirar de la forma correcta; sostener el preservativo desde la base con papel higiénico y retirar en una sola intención para evitar que se derrame el semen.		
6. Envolver en papel higiénico y desechar.		
Nombre de quien realiza la simulación:		
Nombre del quién evaluó:		
Observaciones		

ANEXO 7

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	STORYTELLING
<p>Pastillas anticonceptivas</p>	<p>Ana y Pablo son novios desde hace 9 meses, ambos están en 4to semestre de bachillerato y cada día al terminar las clases van a casa de él un rato debido a que sus padres trabajan y por la tarde tiene casa sola. Ana es una alumna brillante, tiene el mejor promedio de su generación, quiere estudiar medicina y llegar a ser una gran endocrinóloga para ayudar a quienes, como su papá, sufren de diabetes. Desde hace algunos años, Don Armando (padre de Ana), ha ido perdiendo la vista a consecuencia de esa enfermedad y ya no puede trabajar, el dinero en su casa siempre falta y es por ello por lo que el mayor deseo de Ana es sacar a su familia adelante.</p> <p>La casa de Pablo es un refugio para ambos, pueden pasar la tarde escuchando música, viendo algún programa de televisión e incluso algunas veces usan la tarde para tener intimidad, el vínculo que han formado es increíble, ambos se entienden muy bien; llevan una vida sexual con responsabilidad, ella usa pastillas anticonceptivas y como es una chica muy organizada y responsable no olvida de tomarla nunca, hasta que...</p> <p>Los exámenes finales están cerca y necesita sacar 10 en física para mantener un excelente promedio, debido al estrés de los exámenes olvidó tomarse la pastilla y al día siguiente tiene relaciones sexuales con Pablo, sin embargo, por la noche mientras está cenando recuerda que olvidó una dosis; empieza a tener un ataque de ansiedad por miedo a que ese pequeño error pueda arruinar su vida.</p> <p>Al día siguiente le comenta a Pablo la situación, él insiste que no hay nada de qué preocuparse ya que sólo fue una pastilla y nunca había olvidado una dosis.</p> <p>¿Ana tiene riesgo de un embarazo no planeado debido a haber olvidado la toma de una sola dosis de sus pastillas anticonceptivas? ¿Por qué? ¿Como se toman las pastillas anticonceptivas? ¿Qué pasa si olvido una dosis?, ¿Cuál es la presentación de las pastillas?</p>
<p>Inyección anticonceptiva</p>	<p>Juan y Karen han sido novios desde la secundaria y después de muchos años de relación deciden empezar a tener relaciones sexuales; pero antes deciden buscar un método anticonceptivo que se adapte a sus necesidades, ella no quiere estar tomando pastillas todos los días, pero tampoco un método de larga duración porque piensa que subirá de peso y sus padres se podrán dar cuenta. En el Centro de Salud más cercano les ofrecen la inyección anticonceptiva que se colocará cada mes para evitar un embarazo, empieza con el tratamiento y durante los próximos meses todo va de maravilla, sin embargo, acudió 5 días después a su última cita porque Karen tuvo muchas actividades en la escuela y aparte tiene un trabajo por las tardes (se encarga de atender una papelería).</p> <p>Las relaciones sexuales que mantiene con Juan son muy frecuentes, pero ambos están de acuerdo y piensan en que no hay nada de qué preocuparse por haberla colocado días tarde.</p> <p>¿Estás de acuerdo con Juan y Karen?, ¿Por qué? ¿cuántos días de respaldo tenemos para aplicar la siguiente nueva aplicación? ¿cuáles presentaciones conoces? ¿En qué momento del periodo se aplica la inyección?, ¿en qué parte del cuerpo se aplica la inyección?</p>
<p>Parche anticonceptivo</p>	<p>Joaquín es un chico de 16 años, le encanta jugar fútbol; cada tarde después de clases sale con sus amigos de la cuadra a echar la cascarita, aunque también lo hace para ver a Lupita que va a las tortillas todos los días a la misma hora, él ha estado enamorado de ella desde hace unos meses.</p>

	<p>Los meses pasan y ambos se vuelven novios; Lupita no le cuenta nada a su mamá porque es muy estricta y no aceptaría que tuviese novio. Lupita viene de una familia cristiana y tiene la certeza de que tener relaciones antes de casarse está mal, pero el amor que siente por Joaquín hace que cambie de opinión y quiera que su primera vez sea con él; ha estado investigando en internet acerca de cómo no embarazarse y encontró que los parches anticonceptivos son muy efectivos, fácil de usar y, cree que es el mejor método para evitar que su mamá se percate que está usando anticonceptivos.</p> <p>Empieza a tener relaciones sexuales con Joaquín mientras su mamá trabaja, sin embargo, una tarde se percató que el parche se estaba despegando y lo único que hace es volver a adaptarlo a la piel y sus encuentros sexuales con Joaquín continúan.</p> <p>Pocos días después se percató que ha estado subiendo un poco de peso y tiene sueño todo el tiempo, lo asocia a los efectos secundarios de los parches.</p> <p>¿Qué crees que está pasando con Lupita?, ¿cuál es la presentación de los parches?, ¿En qué partes del cuerpo se pueden colocar? ¿Cada cuánto tiempo se cambian?</p>
Implante subdérmico	<p>Sofía tiene 17 años y está a nada de terminar el bachillerato, su mamá sabe la importancia de que Sofía esté informada con respecto a temas en sexualidad; es por eso que la acompaña a los servicios amigables para que de esa manera pueda recibir una consejería adecuada y resuelvan todas sus dudas. Durante el periodo vacacional, antes de entrar a la universidad, Sofía conoce a un chico en un concierto y empiezan a tener una relación de pareja. Los meses pasan y ambos quieren tener intimidad; sin embargo, Sofía quién aún es virgen decide acudir nuevamente a los servicios amigables para recibir asesoría sobre métodos anticonceptivos, quiere estar con su novio, pero también quiere vivir una sexualidad sana. En la asesoría le recomiendan usar una doble protección que consistió en un anticonceptivo de larga duración, en este caso un implante subdérmico, un preservativo para evitar adquirir una infección de transmisión sexual. Ella acepta y le colocan el implante. Antes de tener relaciones con su novio, Sofía le habla de la importancia de usar preservativo, pero él no acepta argumentando que así no siente nada; ella no se deja influenciar y aunque siente mucho amor por él decide no tener relaciones sexuales con él.</p> <p>¿Actuó de manera correcta Sofía al decidir no tener relaciones?, ¿Por qué? ¿En qué parte del cuerpo se coloca el implante subdérmico?, ¿Quién lo puede colocar?, ¿Cuál es su tiempo de protección?</p>
Sistema intrauterino (SIU)	<p>Juanita vive en la Sierra de Guerrero y acaba de cumplir 15 años; ella sabe leer y escribir muy poco ya que sólo estudió la primaria. Desde hace algunos años su familia tiene preparado un matrimonio arreglado para ella, sin embargo, ella no quiere tener hijos, su sueño es seguir estudiando.</p> <p>Luis Alberto que es 5 años mayor y ella se casan; él quiere tener muchos hijos y que Juanita se dedique al hogar es por eso por lo que ella acude al sanatorio del pueblo a pedir ayuda porque no quiere ser mamá aún, le explican que los recursos que tienen ahí son los mínimos, pero le comentan que existen los métodos anticonceptivos para no embarazarse, sin embargo, allí sólo le pueden ofrecer la colocación del SIU; ella acepta, sin intención de regresar a consultas subsecuentes.</p> <p>Los años pasan y Luis Alberto se siente muy molesto porque no ha logrado embarazarse a Juanita, ella sigue sin decir nada con respecto a que está usando un método anticonceptivo, ella se siente muy contenta ya que logró estudiar la secundaria y ahora está empezando el bachillerato, sin embargo, al término del primer semestre se da cuenta que tiene un retraso, y no le toma importancia. Los días pasan y su menstruación no llega, preocupada acude al sanatorio, aunque está segura de que no puede estar embarazada porque está usando el SIU.</p> <p>¿Podría estar Juanita embarazada?, ¿Por qué?, ¿En qué parte del cuerpo se coloca el SIU?, ¿Cuál es la diferencia con el DIU?</p>

Anexo 8

Actividad del role-playing: Los alumnos deberán coordinarse en equipo para representar los siguientes roles con sus respectivas características, es importante que conserven la postura del personaje. ¡Deja volar tu imaginación!

KARINA	Desde hace meses empezaste una relación con Román y llegaron a la decisión consensuada de tener relaciones sexuales; ambos están de acuerdo en tenerlas sin protección, sin embargo, tú por decisión propia recurres a la pastilla anticonceptiva de emergencia después de cada encuentro porque no quieres embarazarte, y tomar la pastilla solo cuando hay relaciones sexuales es lo más fácil. Estás convencida que seguirás con ese método, aunque a tu mejor amiga le parezca arriesgado.
PAOLA	Tu mejor amiga Karina se encuentra en una relación, sin embargo, no estás de acuerdo en que abuse de las pastillas anticonceptivas de emergencia, porque piensas que está poniendo en riesgo su salud, la invitas a que visite a un médico que la pueda orientar y así pueda llevar una sexualidad sana, aunque ella se pone difícil, tratas de convencerla por todos los medios posibles.
RITA	Eres vecina de Karina y desde hace unos días la has estado viendo más frecuentemente; sabes que lleva una vida sexual activa y que se cuida con pastillas anticonceptivas de emergencia. La felicitas por ser una chica responsable y aunque has escuchado que esas pastillas son sólo en caso de "emergencia" como su nombre lo indica, la motivas a seguir las usando, porque piensas que no importa el método lo realmente importante es cuidarse.
ROMÁN	Eres novio de Karina y decides contarle a tu amigo Julián que lograste que tu novia accediera a tener relaciones sexuales sin protección, consideras que no es placentero un encuentro sexual con un preservativo de por medio. Le cuentas que sabes que ella se está cuidando, aunque no conoces los detalles porque no le has preguntado y tampoco te interesa; estás seguro de que buscar la anticoncepción es obligación de las mujeres y tú te deslindas de esa situación.
JULIÁN	Eres amigo de Román, escuchas con atención lo que te cuenta acerca de su relación, no estás de acuerdo con su forma de pensar. Le comentas que es importante que como pareja se tomen decisiones para bien de ambos, quieres que comprenda que se debe involucrar en buscar un método anticonceptivo ideal para Karina e incluso asistir con ella al médico para consejería adecuada. Lo intentas convencer de que eso es lo mejor que puede hacer.

DR O DRA

Te encuentras laborando en los Servicios Amigables de la Secretaría de Salud, brindas consejería con respecto a la importancia de la anticoncepción en la adolescencia. Tu función es crear un ambiente de confianza con los jóvenes y dar información oportuna y adecuada. Acuden a consulta una pareja de novios, con múltiples dudas acerca de la pastilla anticonceptiva de emergencia, respondes cada una y juntos encuentran solución a su problema.