



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**INICIO DE VIDA SEXUAL Y AUTOESTIMA EN
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA EN TEMIXCO,
MORELOS**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CON ÉNFASIS EN ENFERMERÍA COMUNITARIA

P R E S E N T A

L. E. O. MARTHA ROSA LÓPEZ RODRÍGUEZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MARÍA ALEJANDRA TERRAZAS MERAZ

CO-DIRECTORA

M. EN C. PAOLA ADANARI ORTEGA CEBALLOS

Cuernavaca, Mor. Diciembre, 2018

“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar.”

FLORENCE NIGTHINGALE.

“Para entender los pensamientos de Dios debemos estudiar las estadísticas, dado que estas son las medidas de su voluntad”

FLORENCE NIGTHINGALE.

“Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados, porque de ese modo, hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente, y se mejora hacia el futuro.”

NOLA J. PENDER

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A DIOS

Gracias Dios porque en todo momento de mi vida estás conmigo, eres mi fortaleza, mi escudo, mi luz, mi guía, MI CREADOR y MI SALVADOR.

A MIS PADRES ††

Por darme la vida y por su gran amor incondicional. Los Amo están en mi mente y mi corazón.

A MI ESPOSO

Por tu amor, paciencia, ternura y apoyo incondicional, por ser mi amigo y mi compañero de vida. Te Amo.

A MIS HIJOS Y MIS NIETOS

Por estar presentes en mi vida, por su amor, apoyo y ternura con que llenan mi existir cada día. Por ser mi regalo más preciado y el motivo que me ha impulsado siempre a seguir adelante. Los Amo.

A MI HERMANA

Por tu amor y tu apoyo, por ser mi compañía en la vida y por todo lo que me has enseñado con tu amor y tu ejemplo. Te Amo.

A TODA MI FAMILIA

Por su apoyo, amor y solidaridad en todo y para todo. Los Amo.

A MI DIRECTORA DE TESIS

Mi agradecimiento y admiración, por compartir conmigo sus valiosos conocimientos, por su dirección y guía en éste camino de la Investigación, por su paciencia y su gran compromiso.

A MIS DOCENTES

Por el valioso aprendizaje y experiencias que me permitieron obtener, porque compartieron conmigo sus experiencias, conocimientos y un tiempo que atesoro.

A MIS COMPAÑERAS

Por compartir conmigo momentos muy especiales de gran conocimiento y experiencia, tanto en lo personal como en lo profesional.

A LA UAEM Y A CONACYT

Por darme la oportunidad y su apoyo para poder realizar la Maestría en Enfermería Comunitaria.

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. GENERALIDADES	11
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	13
1.3 OBJETIVOS.....	17
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO Y DE REFERENCIA	18
2.1 ANTECEDENTES	18
2.2 SEXUALIDAD HUMANA Y LA ADOLESCENCIA.....	24
2.3 FACTORES QUE DETERMINAN EL INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL	27
2.4 LA AUTOESTIMA.	29
2.5 FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA.....	31
2.6 ROL DEL PROFESIONAL DE SALUD	32
2.7 MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA J. PENDER.....	33
2.8. HIPÓTESIS.....	37
CAPÍTULO III. MÉTODOS	37
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y ENFOQUE	37
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	38
3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	38
3.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES E INDICADORES	38
3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y CONFIABILIDAD .	39
3.6 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS	45
3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.	45
3.8 LIMITACIONES	46
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	47
4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA INFORMACIÓN	47

4.2 INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD	49
4.3 AUTOESTIMA.....	55
4.4 DISTRIBUCIÓN DE LA AUTOESTIMA POR INICIO DE VIDA SEXUAL (IVS) Y SEXO ...	56
4.5 FACTORES ASOCIADOS AL IVS EN LOS ADOLESCENTES	58
CAPITULO V. CONCLUSIONES.....	60
CAPITULO VI. DISCUSIÓN	62
CAPITULO VII. RECOMENDACIONES	68
7.1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	69
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	72
ANEXOS	79
ANEXO I. CUESTIONARIO	79
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA PARA ALUMNOS DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE GARCÍA GÓMEZ.....	85
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	86
ANEXO 4. VOTOS APROBATORIOS	87

RESUMEN

En este estudio, se abordan el inicio de vida sexual (IVS) y la autoestima de los adolescentes de una secundaria pública en el municipio de Temixco, Morelos, durante el periodo escolar de marzo a junio 2016, en relación con comportamientos de riesgo, conocimiento que poseen acerca de métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, sexo y su entorno familiar. **Objetivo:** Identificar la relación entre la escala de autoestima y el inicio de vida sexual en adolescentes de una secundaria, en Temixco, Morelos, durante el ciclo escolar 2015-2016. **Metodología:** Investigación cuantitativa con diseño observacional de tipo transversal descriptivo, en el cual se entrevistaron a 68 estudiantes, muestra por conveniencia, se aplicó un cuestionario en autoestima y otro para identificar las necesidades de conocimientos en salud sexual y reproductiva. Para el análisis de los datos obtenidos se concentró la información en una base de datos que se analizó en el programa Stata® V.14 para obtener las medidas descriptivas, análisis bivariado con chi cuadrado, prueba t de Student y se propone un modelo estructural. **Resultados:** El 91% de los estudiantes conocen o han escuchado hablar de métodos anticonceptivos, el 74% desconoce las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), el 19.2% ha iniciado vida sexual, solo la escala independiente de autocrítica tuvo relación con el inicio de vida sexual, mientras que la autoestima total, la física y la emocional se relacionan con ser hombre o mujer. En promedio los hombres tienen una mayor puntuación que las mujeres (valor $p < 0.01$). **Conclusiones:** Los resultados de este estudio nos muestran áreas de oportunidad para la promoción de la salud, que pueden ser identificadas con instrumentos utilizados en esta y en otras poblaciones similares. Con base en los resultados y fundamentado en la teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender, se diseña una propuesta de intervención de educación para la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, se considera que las estrategias de intervención educativa deben incluir y entender las diferencias entre sexos, y enfocarse en una atención integral acercándola a su ambiente estudiantil, y ser proporcionada con apoyo de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud.

PALABRAS CLAVE: Adolescentes, Adolescencia, Autoestima, Conocimiento, Educación sexual, Promoción de la salud, salud sexual y reproductiva, sexualidad.

ABSTRACT

This study tackles the initiation of sexual life and self-esteem of early adolescents in a lower secondary school in the township of Temixco, Morelos State, Mexico, during the 2015-2016 school year, in relation to risk behaviors, knowledge of students about contraceptive methods, sexually transmitted diseases (STDs), sex and family environment. **Objective:** To distinguish the relationship between the García-Gómez self-esteem scale and the beginning of sexual life in lower high school adolescents. **Methodology:** this is a quantitative research with observational design of descriptive transversal type through which 68 students were interviewed at convenience. A questionnaire was applied to early adolescents previously to the intervention, which helped analyze their needs in terms of knowledge and counselling regarding sexual and reproductive health. An information data base was created and analyzed using Stata® V.14 in order to obtain descriptive measures. A bivariate analysis with chi Square and a t-Student test were carried out. A proposed structural model is also presented. **Results:** 91% of students know or have heard to talk about contraceptive methods, 26% ignore what STDs are, and 19.2% have initiated their sex life. Only the independent self-critic scale was related to the sexual life initiation, whilst the total self-esteem, the physical and the emotional scales are related with being a man or a woman. Men have a higher score than women in average ($p < 0.01$ value). **Conclusions:** The results of this study, show us areas of opportunity for the health promotion, which can be identified with instruments used in this and another similar populations. Based on the results and on the theory of Health Promotion of Nola Pender, a proposal for educational intervention for sexual and reproductive health in adolescents is designed. Considered that educational strategies include and understand the differences between the sexes, must and focus on comprehensive care, making it available to students, and be provided with support a multidisciplinary team of health professionals.

KEY WORDS: Sexuality, Adolescent Development, Self-Concept, Sex Education, Health Promotion, Sexual and reproductive health, sexuality.

INTRODUCCIÓN

El inicio de vida sexual en los adolescentes está ligado a problemas que sin el uso de protección aumenta las posibilidades de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual (en adelante ITS) y un embarazo no planeado o deseado. El embarazo adolescente en México, como ya sabemos, se considera un problema de Salud Pública. Los datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) afirman que “Existen condiciones que hacen a las jóvenes más vulnerables a embarazarse como son las niñas que viven en hogares de menores ingresos, con niveles educativos muy bajos y que habitan en zonas rurales”, y es mayor el porcentaje en Países en vías de desarrollo y desarrollados. Cuando una niña se queda embarazada, su presente y futuro cambian radicalmente, y rara vez para bien. No termina su educación, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia¹.

Para analizar ésta problemática hemos enfocado el interés en éste estudio de investigación, que lleva por título: *Inicio de vida sexual y autoestima en estudiantes de secundaria en Temixco, Morelos*.

El municipio de Temixco se encuentra ubicado al noroeste del Estado en la ruta de los balnearios, con clima cálido y semicálido y rica vegetación. Su población es de 116.143 habitantes al 2015, 59.468 mujeres y 56.675 hombres².

El total de 338 883 son adolescentes en Morelos al 2014, con una tasa de nacimiento del 15% y uso de anticonceptivos del 69%, un 75.1% de embarazo en adolescentes y un 56% en embarazo no planeado, teniendo una demanda insatisfecha de anticonceptivos del 16.9%. Es necesario recalcar que en Morelos se ha observado un aumento muy importante en la actividad sexual, ya que la proporción de mujeres activas sexualmente en los últimos años ha crecido de 17.7% en 2009, de acuerdo al CONAPO, a 32.2%, en 2014 de acuerdo a la ENADID³.

La motivación que tuvimos para desarrollar éste estudio y en éste escenario, fue la revisión de las cifras de las estadísticas de embarazo no planeado y las ITS, a nivel mundial, nacional, y locales, las repercusiones que tienen en la salud y en la vida futura de los adolescentes, y su autoestima.

La autoestima es un constructo psicológico de gran importancia en ésta etapa la vida del ser humano. La autoestima es considerada como un aspecto evaluativo del autoconcepto basado en la percepción global que el individuo tiene de su persona, lo que no excluye la existencia de autoestimas parciales referidas a distintas facetas o dominios. La importancia de la autoestima viene avalada por el hecho de que puede considerarse como uno de los más potentes predictores del grado de ajuste psicológico durante la adolescencia y la adultez. Una autoestima positiva facilita a los jóvenes tener un buen ajuste psicológico, lo que a su vez favorece su adaptación social y puede mediar en la prevención de determinadas conductas de riesgo. Por tanto, podemos decir que la autoestima podría tener un efecto positivo en la satisfacción vital⁴.

En el caso de la mujer, la primera unión representa el comienzo de la exposición al riesgo de embarazo y al inicio de la vida reproductiva; por lo tanto tiene un efecto importante sobre la fecundidad, en el sentido que entre más joven forma pareja la mujer, mayor será su tiempo de exposición y mayor su potencial de hijos a lo largo de su vida reproductiva⁵.

En el ámbito profesional, dentro del enfoque de la enfermería comunitaria, nos interesó conocer más acerca de los problemas de los jóvenes para poder realizar intervenciones de enfermería comunitaria, más precisas y por lo tanto mayormente efectivas.

A continuación se describe el contenido de cada uno de los capítulos que conforman ésta tesis de grado.

En el **capítulo I Generalidades**, se expone el **planteamiento del problema** que aquí se aborda, la **Justificación** que se tuvo para realizar ésta investigación, **Objetivo General:** *Identificar la relación entre la escala de autoestima y el inicio de vida sexual en adolescentes de una secundaria, en Temixco, Morelos, durante el ciclo escolar 2015-2016.* y los **objetivos específicos** para lograr tal objetivo.

En el **Capítulo II Marco de referencia**, es donde analizamos estadísticas e información y hablamos de la **problemática del tema y sus consecuencias, a nivel mundial, nacional estatal y local**. En éste Marco de referencia se aborda a la **Teórica Nola J. Pender**, autora de la teoría de la Promoción y la Prevención en Salud, es en su

teoría que fundamentamos éste trabajo. También se plantea la **Hipótesis**, en éste caso es: *La autoestima es un factor determinante en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, de tal manera que el inicio de vida sexual, se relaciona con el nivel de autoestima, lo cual ocurre de manera diferente en los hombres y en las mujeres.*

En el **capítulo III Metodología** describimos ésta con mayor detalle, comenzaremos por decir que es una **Investigación cuantitativa con diseño observacional de tipo transversal descriptivo**, en el cual se entrevistaron a 68 estudiantes, muestra por conveniencia, se aplicaron 2 cuestionarios, uno en autoestima y otro para identificar comportamientos de riesgo en los jóvenes y las necesidades de conocimientos en salud sexual y reproductiva.

En el último **capítulo IV**, Se exponen los **Resultados**, los cuales también se describen a detalle y con tablas para consultar. **Conclusiones, Discusión y Recomendaciones.**

Por lo mencionado anteriormente y de acuerdo a los resultados y dentro de las **Recomendaciones**, se diseñó una **propuesta de intervención educativa integral** que se propone como estrategia para coadyuvar con otros programas de salud en la solución de la problemática que se presenta en los jóvenes en nuestro Estado, además de acercarlos en su ambiente estudiantil, intervenciones de prevención y promoción a la salud enfocadas a la salud sexual y reproductiva y fortalecer su autoestima, desarrollada por un equipo multidisciplinar, en donde la enfermera es la líder y la responsable de ésta intervención.

Consideramos que es importante que el profesional de salud proporcione a temprana edad a los y las adolescentes, los conocimientos suficientes acerca de cómo cuidar su salud sexual y reproductiva e incrementar así su capacidad de prevenir riesgos y situaciones que no favorecen un óptimo crecimiento y desarrollo sano, físico, emocional, psicológico e intelectual, afectando su vida socioeconómica y sus planes a futuro, estabilidad económica y empleo. Por último se presentan las **Referencias y los Anexos.**

CAPITULO I. GENERALIDADES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los propios cambios y características biológicas, psicológicas y sociales, de los/as adolescentes, los colocan en situación de vulnerabilidad. A estos cambios en ésta etapa de la vida del ser humano, se agregan factores externos que favorecen situaciones de riesgo para su salud y desarrollo. La adolescencia constituye una etapa del desarrollo del ser humano, en la que se evidencian importantes cambios psicológicos, biológicos y sociales; generalmente cambios bruscos, rápidos, repentinos o demorados. Con un ritmo acelerado crea ansiedad y con ritmo demorado crea zozobra e inquietud. En este periodo son particularmente intensas las conductas de riesgo en los adolescentes; que son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas. La identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras⁶.

La autoestima juega un papel muy importante en las decisiones que toman los adolescentes para elegir conductas que comprometen su salud o la de otros, las conductas de riesgo no serían totalmente negativas. Lo que sería necesario discriminar es cuándo una conducta de riesgo pone al adolescente en situación de riesgo: cuando esa conducta lo lleva a poner en riesgo su salud o su vida y cuando sus comportamientos afectan la integridad o ponen en juego la vida de los otros. Es decir, que desde lo individual, desde lo subjetivo, serían respuestas emergentes ligadas a trastornos de personalidad relacionados con baja autoestima, sentimientos de tristeza, soledad, aislamiento, impulsividad, etc. que, sumados a esa conducta de riesgo habitual en la adolescencia, configuran un patrón de respuesta patológico⁶.

El incremento en nuestro Estado de embarazo adolescente y de ITS aún es preocupante en edades que van desde los 12 a los 19 años así como las complicaciones perinatales que presentan, por embarazo no planeado, las cuales incrementan la demanda de atención en los servicios de salud. Por lo que se requiere de estrategias para disminuir las tasas de Morbi-mortalidad relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y que tengan un impacto en favor de su bienestar.

El embarazo en el adolescente se considera un problema para resolver de manera prioritaria dentro de la salud pública, ya que se ha observado un incremento en la tasa de fecundidad en 2011 (37 nacimientos por cada mil mujeres) en comparación con 2006 (30 por cada mil mujeres), aun cuando la proporción de haber estado alguna vez embarazada en 2011 (51.9%) es menor a la registrada en 2006 (61%) en las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad⁷.

En el Estado de Morelos en lo referente al embarazo de adolescentes, los resultados muestran que 57.8% de las mujeres de 12 a 19 años con inicio de vida sexual alguna vez han estado embarazadas⁸. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2010, en el estado residen 665 500 mujeres de 15 años y más, siete de cada diez (72.7%) ha tenido al menos un hijo nacido vivo y 26.1% no los ha tenido, pero en todas ellas asiste el derecho a ejercer una vida reproductiva libre de riesgos³.

En la comunidad del Municipio de Temixco del Estado de Morelos, existe un común denominador en la mayor parte de la población, el cual es: Bajos recursos económicos relacionados con un bajo nivel educativo, ya que Temixco es uno de los municipios donde hay un alto porcentaje de pobreza y pobreza extrema en la población⁹. Estos factores son en la mayoría de los casos condicionantes que predisponen a que el índice de embarazos en los y las adolescentes sea importante, como nos muestra el resultado de un análisis que se realizó en 2014, con las embarazadas adolescentes que acudieron con alguna complicación al módulo mater del Hospital Comunitario de Temixco y que el porcentaje fue de 51% en comparación con embarazadas de edad adulta¹⁰.

Lo mencionado en párrafos anteriores nos presenta un panorama en el cual sabemos que el IVS, se da a edades cada vez más tempranas, y que estas edades se encuentran comprendidas en el nivel educativo de secundaria, en muchos casos ha sido en condiciones como:

- El inicio no elegido, involuntario y/o desprotegido de su vida sexual
- La exposición a embarazos no planeados, no deseados, o en condiciones de riesgo
- La exposición a una ITS, cuya expresión más dramática es el VIH/Sida³.

Por lo cual surge la inquietud de preguntarnos y encontrar respuestas que nos ayuden a identificar factores predominantes y saber la realidad de la problemática que aquí hemos planteado, para trazar estrategias más acertadas e incidir en estos factores y así contribuir en el abordaje correcto y la resolución de estos problemas en los adolescentes, a través de una educación y atención integral. Así llegamos a nuestra **pregunta de Investigación:**

¿Cuál es la relación existente entre el nivel de autoestima y el inicio de vida sexual en los jóvenes de una escuela secundaria en el municipio de Temixco, Morelos?

1.2 JUSTIFICACIÓN

El escenario que se eligió para realizar ésta investigación, fue la secundaria 2 de Abril, turno matutino, alumnos de 3er grado, en el Poblado de Acatlipa, en el municipio de Temixco, en el Estado de Morelos, por ser el nivel educativo donde se registran las edades de 13 a 15 años, y que son vulnerables para el IVS, y el desarrollo de su autoestima.

En éste Municipio, de acuerdo a datos de la Secretaría de Salud ocurrieron 7 nacimientos en 2014 cuyas madres tienen entre 13 y 14 años, lo que representa una tasa de 2.5 por cada mil adolescentes, cifra por arriba del dato estatal de 2.3, mientras que en el rango de 15-17 años ocurrieron 125 nacimientos, es decir, una tasa de 41.1% en comparación con datos del año 2013, se refleja una baja en nacimientos de madres entre 14 y 17 años; cabe señalar que es preocupante la vulnerabilidad de las adolescentes en esta localidad. Durante el año 2014 del total de adolescentes con embarazo en menores de 13 y 14 años, 100% de las adolescentes se dedican al hogar y la mayoría vive en unión libre, las de 13 años, el 100% no termina la primaria; mientras que las de 14 años el 20% no termina la primaria y 60% no logra concluir la secundaria. Las adolescentes de 15 a 17 años, 70% vive en unión libre, 4.8% no tiene ninguna escolaridad, 88.9% son amas de casa, 6.9% son estudiantes y 3.6% son empleadas³.

Los datos de las cifras de la ENSANUT 2012 arrojan que el, 90% de la población de 12 a 19 años de edad a nivel nacional reportó conocer o haber escuchado hablar de alguno de estos métodos. Sin embargo el 12.5% no tuvo acceso a ellos, estos resultados sugieren que el incremento en el uso de protección no ha sido suficiente¹¹.

En cuanto al embarazo adolescente, los resultados muestran que del total de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada. Este incremento resalta la relevancia de las acciones de promoción de la salud sexual entre los adolescentes¹¹.

En el estado de Morelos la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) indica que en el grupo de 15 a 19 años, 54.5% de las mujeres reportaron haber utilizado, ella o su pareja, algún método de protección en su primera relación sexual. Las mujeres de 15 a 19 años son las que presentan mayor necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos con el 12.5%, y el 56% de embarazo no planeado¹¹.

Los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de Salud Sexual y Reproductiva, reportan que los primeros cuatro motivos por los cuales las adolescentes morelenses de entre 15 y 19 años no utilizaron un método anticonceptivo en la primera relación sexual son: 29.7% no planeaba tener relaciones sexuales, 21.5% quería embarazarse, 19.9% no creyó que podía embarazarse, 12.3% no conocía los métodos o no sabía dónde obtenerlos o cómo usarlos³. Esto nos habla de conocimientos escasos o deficientes en los adolescentes respecto a saber cómo cuidar su salud sexual y reproductiva y los riesgos que esto conlleva.

Referente a la deserción escolar que se registra, el embarazo no es la principal causa por la que una adolescente abandona sus estudios como podría pensarse en la mayoría de los casos. En primer lugar se encuentra, como razón de abandono, la falta de dinero en el núcleo familiar (30.3%), en seguida se tiene el no querer seguir estudiando (22.2%), en tercer lugar el embarazo (12.1%) y la cuarta razón de abandono de estudios es porque la adolescente se casó o unió con su pareja (11.1%). Sin embargo el embarazo tiene un impacto mayor en el índice de Morbi-mortalidad materna-fetal³.

Entre los temas que acompañan la dinámica de crecimiento de la población, se encuentra el de sexualidad y uso de métodos anticonceptivos. Ambos refieren comportamientos vinculados a los procesos de reproducción y salud de la población.

Lograr para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); dicha meta se incorpora al PND 2013-2018, que considera como eje prioritario el mejoramiento de la salud mediante acciones de

protección, promoción y prevención y propone como líneas de acción controlar las enfermedades de transmisión sexual y promover una salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable¹².

El trabajo de investigación de Menéndez-Guerrero, realizado en Cuba muestra la incidencia de mujeres adolescentes en edades de 15 a 19 años con complicación del embarazo es alta, entre las más frecuentes: estado nutricional, mayor riesgo de aborto, anemia, cuadros hipertensivos, diabetes gestacional, parto pretermino, hemorragias, cesáreas, desgarro del tracto vaginal, bajo peso al nacimiento, ruptura prematura de membranas, y enfermedades genéticas sin dejar de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización, infecciones de vías urinarias (IVU), VPH, ITS, aborto, parto prematuro, etcétera, y que son atendidas en los hospitales¹³. Lo cual es igual encontrar en nuestro País.

En un estudio llevado a cabo en América Latina y el Caribe con jóvenes adolescentes, los resultados muestran que a pesar de haber propuestas y programas de educación sexual y reproductiva y de prevención del embarazo en primer nivel de atención por distintos organismos a nivel mundial, nacional y estatal como: ONG, OMS, OPS, UNFPA, BANCO MUNDIAL, y en nuestro caso serían las estrategias en el Estado como: ENAPEA, Servicios Amigables, CAISA e Interinstitucionales por mencionar algunos, dirigido a la salud de las y los Adolescentes, aún existen brechas que siguen influyendo para que los jóvenes en edades tempranas no tengan acceso a la atención con un enfoque Biopsicosocial e información que requieren acerca de una actividad sexual protegida, accesibilidad a los métodos anticonceptivos, intervenciones para incentivar conductas saludables en este grupo etario, en sus espacios educativos, ya que aún un gran número de adolescentes se rehúsa, por distintas razones, a acercarse a las unidades de salud a pedir consejería y métodos anticonceptivos¹⁴.

Los adolescentes requieren de una atención centrada en el respeto de género y de sus derechos humanos y reproductivos, que responda de manera personalizada a cada caso con una solución real y oportuna en las circunstancias de desventaja como son: condición social, ser indígena, la pobreza, la violencia, el abuso y explotación en todas sus formas, educación, servicios de salud accesibles, conocimientos en salud

sexual y reproductiva y autoestima, y sobre todo de sus derechos humanos y reproductivos.

Cuando se respetan los derechos humanos de las niñas, es menos probable que se las estigmatice y marginalice, y son libres de forjar y mantener relaciones saludables con amigos y pares. Tienen acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y pueden obtener una educación, independientemente de su situación. Están mejor capacitadas para convertirse en ciudadanas saludables, productivas y facultadas que pueden participar como miembros en igualdad de condiciones en su hogar, comunidad y nación.¹

Reconocer que son 14 los derechos sexuales y reproductivos, como lo indica la cartilla edición 2016, a continuación se mencionan brevemente¹⁵:

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE	LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES
• Decidir sobre mi cuerpo y mi sexualidad	• Igualdad
• Ejercer y disfrutar mi sexualidad	• Vivir libre de discriminación
• Manifestar mis afectos públicamente	• Información sobre sexualidad
• Decidir con quién o con quienes me relaciono.	• Educación integral en sexualidad
• Respeto a mi privacidad e intimidad	• Servicios de salud sexual y reproductiva
• Vivir libre de violencia	• Identidad sexual
• Decidir sobre mi vida reproductiva	• Participación en políticas públicas sobre sexualidad

Fuente: Comité promotor de la Cartilla, segunda edición 2016.

El análisis de todo lo aquí mencionado, nos llevó a hacer una reflexión de dicha problemática y al deseo de incidir de manera activa y eficaz ya que consideramos que es prioritario y necesario incrementar el conocimiento de la salud sexual y reproductiva en los/las adolescentes, en el ámbito escolar, y fomentar la autoestima para motivar y favorecer conductas saludables, e incrementar su capacidad de tomar decisiones acertadas en pro de su bienestar, contribuyendo a la superación educativa y económica, y lograr un impacto positivo en el presente y futuro de las/os jóvenes, favoreciendo condiciones para la no perpetuación de la pobreza, desamparo infantil y en la calidad de la salud de los/as adolescentes.

El profesional de Enfermería es el idóneo para desarrollar estas intervenciones ya que está más sensibilizado y enfocado al cuidado de la salud y bienestar del ser humano, así como reúne los conocimientos para brindar una atención integral apoyada en un equipo interdisciplinario para obtener el resultado que se requiere de acuerdo a las necesidades de salud de cada ser en cualquier etapa de su crecimiento y desarrollo. La práctica y el conocimiento de Enfermería, nos marcan claramente que el abordaje del individuo sano o enfermo, en cualquier nivel de atención debe ser con un enfoque integral, por lo que después de analizar resultados de ésta investigación, en distintos estudios, estadísticas, determinantes sociales, comportamiento de los jóvenes, y la cobertura insuficiente en la prevención y promoción en nuestro sistema de salud, consideramos que si queremos disminuir los índices de problemas de salud en los adolescentes Morelenses, debemos ir hacia ellos en el ámbito escolar con intervenciones específicas y dirigidas que cubran y den respuestas efectivas y de éxito, a sus necesidades de salud.

Es en el área del conocimiento en salud sexual y reproductiva y en su autoestima, en la que se considera incidir mediante una intervención de Enfermería para lograr cambios en pro de alcanzar niveles saludables deseables en los jóvenes, tomando en cuenta los principales riesgos en salud sexual y reproductiva.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar la relación de la escala de autoestima y el inicio de vida sexual en los adolescentes de una secundaria en Temixco, Morelos en el ciclo escolar 2015-2016.

Objetivos Específicos

1. Describir el inicio de vida sexual en los Adolescentes de una secundaria, a través del cuestionario auto administrado.
2. Identificar el nivel de autoestima de los adolescentes a partir de las dimensiones propuestas.

3. Diseñar una propuesta de intervención educativa en salud sexual y reproductiva y autoestima, para los adolescentes, en base a los resultados arrojados por los cuestionarios aplicados.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO Y DE REFERENCIA

2.1 ANTECEDENTES

El estudio de el/la adolescente respecto de su sexualidad está ligado a prácticas encaminadas a preservar su salud y prevenir problemas que ponen en riesgo su vida y en el caso del embarazo no planeado también la vida del nuevo ser¹⁶.

Los adolescentes son el grupo etario con mayor riesgo de embarazo no planeado, ITS, VPH, VIH, uso de sustancias tóxicas, así como el alcoholismo que es un factor importante para el inicio de vida sexualmente activa (VSA) sin protección, y de acuerdo con las estimaciones nacionales⁷.

En todo el mundo, hay 340 millones de infecciones de transmisión sexual (ITS) nuevas por año. Los jóvenes entre 15 y 24 años tienen las tasas más altas de ITS. Aunque la ITS no es una consecuencia del embarazo adolescente, sí es una consecuencia de un comportamiento sexual que puede causar el embarazo adolescente: no usar o usar incorrectamente los preservativos. Si no se tratan, las ITS pueden causar esterilidad, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, cáncer y dolor debilitante en la pelvis en mujeres¹.

La equidad de género y el respeto a sus derechos como adolescentes, son imprescindibles para garantizarles una salud sexual y reproductiva a lo largo de su vida. A nivel mundial, nacional y local, existe la preocupación por crear programas y estrategias que impacten en la salud de los adolescentes, principalmente en el área de salud sexual y reproductiva. Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer la nueva estrategia para 2016-2030 “Estrategia mundial mujer-niño-adolescente” la cual tiene la finalidad de apoyar los programas nacionales y locales en pro de la salud sexual y reproductiva, de estos sectores. De acuerdo con su concepto “La salud sexual y reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor, sus

funciones y procesos” es importante, para el éxito de programas o estrategias en salud, analizar aspectos que puntualiza esta organización cuando menciona que; “Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos”¹⁷.

En México en 2017 vivían 22.4 millones de adolescentes que tienen entre 10 y 19 años, prácticamente la mitad 11.3 millones tiene de 10 a 14 años y 11.1 millones entre 15 y 19¹⁸. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) señalan que la proporción de población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual 12.5% en 2012. De este 12.5%, el 17% de los hombres y el 32.7% de las mujeres no utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual⁸. Por otro lado, con base en los datos de la Encuesta Intercensal 2015, tenemos que una de cada 20 niñas de 12 a 17 años ha estado unida formal o informalmente, que en cifras absolutas se traduce entre 319 mil y 329 mil niñas de 12 a 17 años; de ellas, entre el 65 y el 70%, son 11 o más años más jóvenes que su pareja y la mitad ha tenido por lo menos un hijo o hija viva¹⁹.

Desde hace tres años es implementado el Grupo Interinstitucional para la prevención del Embarazo Adolescente (GIPEA) como parte de la Estrategia Nacional para Prevención de Embarazo Adolescente (ENAPEA) con la finalidad de "Contribuir a la equidad social potenciando las capacidades de las personas entre 10 y 19 años para alcanzar el desarrollo humano y el acceso a una vida digna mediante la reducción de los embarazos en niñas y adolescentes", refuerza las metas del Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018) desde su implementación, el embarazo adolescente ha disminuido un 3.4 puntos a nivel nacional, se espera que se reflejen en los indicadores a largo plazo²⁰.

En América Latina y El Caribe (ALC), de acuerdo a un estudio realizado por Mendoza-Tascón y cols., aproximadamente 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos y 53-71% de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años. La edad del primer coito es de aproximadamente 15-16 años para las jóvenes de muchos países de ALC, mientras para otros, es tan temprana como los 10-12 años²¹. Para Colombia en 2010, entre jóvenes de 20 y 24 años, el 14% tuvo su primera

relación antes de cumplir 15 años, 60% antes de cumplir 18 años y 82% antes de cumplir 20 años²².

En un estudio de investigación realizado anteriormente, en Colombia con jóvenes adolescentes, se obtuvo una relación entre el IVS, ITS y embarazo no planeado con el nivel de autoestima. El contexto social, económico y cultural en el que viven los jóvenes en ocasiones induce a asumir su sexualidad antes de estar listos para ello; esto trae como consecuencia un número creciente de padres y madres precoces, deserción escolar, aumento de infecciones de transmisión sexual (ITS), farmacodependencia, violencia y abuso sexual. Por esto, es fundamental que los jóvenes tengan una alta autoestima, y por medio de ella consigan el empoderamiento y control de sus vidas, así como habilidades para realizar actividades y plantear proyectos, pensar críticamente y tomar decisiones. Colombia es un país en que la edad promedio de inicio de la actividad sexual es de 18 años, y en el que cerca del 30% de la población con relaciones sexuales activas no usa métodos anticonceptivos que los protejan de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, pese a que tengan conocimientos sobre su existencia y uso. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, realizada por Profamilia en 37.000 hogares del país, una de cada cinco adolescentes ha sido madre o está embarazada²³.

Es interesante lo que Montes-González y cols., mencionan acerca del trabajo de Branden y colaboradores, pioneros de los estudios sobre autoestima, afirman: “la autoestima actúa como el sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando la autoestima es baja, disminuye nuestra resistencia frente a las adversidades de la vida”. Así, una persona, según su autoestima, asumirá los diferentes roles que desarrollará en toda su vida. Esta valoración nace de la interiorización de las opiniones de los demás y de su propio comportamiento. Inicialmente, la autovaloración se aprende en la familia, posteriormente intervienen otras influencias, como maestros, pares, entre otras; pero estas generalmente refuerzan los sentimientos de valor o falta de éste, adquiridos en el hogar. La alta autoestima es una de las metas del desarrollo infantil, dado que el amor propio desempeña una función primordial en el desarrollo del niño, tanto de su salud Física como mental. Inicialmente

en el ciclo vital, los niños son orientados por sus padres, por ellos aprenden a desarrollar las actitudes que los guiarán el resto de sus vidas, incluso las opiniones sobre sí mismos, sin embargo, la labor del docente es indispensable para madurar estas concepciones. Su labor, además de educar sobre teorías, es educar para la vida, y una buena forma de hacerlo es por medio de actividades que fomenten el amor propio de los estudiantes. En la etapa de la adolescencia es cuando se reconocen más dificultades en la autovaloración, asociadas con la imagen negativa que desarrollan ante las concepciones de los demás; por eso, es fundamental el apoyo social de los jóvenes, además de que su comportamiento y su auto-concepción se ven modificados por las situaciones que están viviendo. Según Coopersmith, existen cuatro criterios que fundamentan la imagen de sí mismo como elemento constituyente de la autoestima: Significación: grado en que la persona siente que es amada y aceptada por aquellos que son importantes para ella. Competencia: capacidad para desempeñar tareas que se consideren importantes. Virtud: capacidad para la obtención de niveles morales y éticos. Poder: grado en que la persona puede influir en su vida y en la de los demás. Es necesario, entonces, conocer los niveles de autoestima que manejan nuestros jóvenes, y dado que esta interviene de manera constante en la vida, las intervenciones que se deseen hacer en una comunidad deberán de una u otra forma considerar el grado de autoestima en dicha comunidad²³.

En la etapa de la adolescencia, Parra-Villarroel y Pérez-Villegas, afirman que se desarrollan y consolidan importantes formaciones psicológicas, como la concepción moral del mundo, con todo un sistema de conceptos, criterios y opiniones propias acerca de la vida y las relaciones humanas y también se profundiza el *concepto de sí mismo*. La adquisición de la identidad sexual y de género se ve influida por muchos factores, como edad, nivel de desarrollo, sexo, familia, escuela y padres; asimismo, por diferencias biológicas, ejemplo; mayor musculatura en varones y maternidad en mujeres. Con la interiorización de los roles de género se desarrollan conflictos y diferencias en los adolescentes; por un lado a los hombres se les impulsa a definir su identidad en función al éxito sexual mientras que las mujeres deben conciliar el verse atractivas y, a la vez, reprimirse sexualmente. También, mientras los adolescentes se interesan en chicas en un sentido sexual, las adolescentes están más interesadas en chicos de un modo romántico. Estos factores están influenciados por las condiciones muy particulares de

desarrollo, entorno, familia, economía y socioculturalidad de cada individuo y que la etapa de la adolescencia es una etapa de riesgo para la salud sexual y reproductiva. Algunos autores afirman que los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, son una de las principales causas de mortalidad y morbilidad para mujeres en edad fértil²⁴.

En total acuerdo con Ramirez-Duran y Barrientos-García al afirmar que “los embarazos no deseados y las consecuencias como; las muertes maternas y perinatales, las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y papiloma (VPH), los casos de violencia sexual o familiar, se podrían ver disminuidos si desplegamos acciones que ayuden a incrementar el grado de conocimiento sobre temas de, salud sexual y reproductiva” en los adolescentes²⁵.

En un estudio realizado en una secundaria de Guadalajara en 2011 Se registró que la primera relación sexual se inicia cada vez a edades más tempranas, lo que produce un patrón de desarrollo sexual en los adolescentes que no va aparejado con la maduración psicológica. Esto condiciona un manejo inadecuado de la sexualidad, lo que expone a embarazos no deseados y contagio de enfermedades de transmisión sexual. El problema de la sexualidad en los adolescentes no es que estos sean sexualmente activos, si no que no cuentan con una preparación y orientación para una conducta sexual responsable. Debido a que la edad de inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes comienza entre los 13 y 15 años de edad, se considera que no son lo suficientemente aptos para valorar el riesgo que implica una relación sexual. Aunque un gran porcentaje de los encuestados conocía algún tipo de método anticonceptivo, se observó en este estudio que la mayoría de las adolescentes no lo utilizan en la práctica sexual, ya sea por miedo a hablarlo con su pareja, creencias religiosas, temor a ser descubiertos y pena al adquirir algún método. Los resultados de este análisis realizado en Guadalajara mostraron que no contar con información y conocimiento adecuado, soporte económico en el núcleo familiar, conlleva a que los adolescentes estén propensos a compartir su vida sexual con diferentes parejas de manera activa y por consecuencia a adquirir diferentes enfermedades de transmisión sexual, siendo las adolescentes las más afectadas en este sentido, ahí radica la importancia de incrementar la calidad educativa sobre el uso de métodos anticonceptivos y salud sexual²⁶.

En un estudio realizado con adolescentes en Argentina por Páramo, se concluyó que es importante que la revisión de los diversos programas de prevención exitosos en cada uno de los tipos de conductas de riesgo, lleva a definir algunos comunes denominadores: atención individualizada e intensiva; programas colaborativos comunitarios; identificación y tratamiento precoces; foco en los sistemas escolares; provisión de programas comunitarios para los adolescentes fuera del sector formal de educación; necesidad de capacitación de los profesionales; entrenamiento en habilidades sociales; incorporación de los pares y de la familia en la prevención. Entonces, la mayoría de las evaluaciones muestran que los programas intensivos, integrales y flexibles son los que más sirven para prevenir las conductas de riesgo de los adolescentes y sus consecuencias. El contar con profesionales interesados, entrenados y con habilidades de liderazgo es otro elemento importante. Para ello, deben ser capaces de priorizar los mejores intereses del adolescente, y colocar en un segundo lugar su propio desarrollo profesional. Esa capacidad de entrega, es algo que los adolescentes captan rápidamente en un buen maestro o en un profesional realmente dedicado a ellos, y es lo que deberíamos conseguir los adultos que trabajamos con ellos²⁷.

Las estadísticas registradas en el hospital general del municipio de Temixco en el estado de Morelos, indican que la demanda de atención a adolescentes embarazadas que existe en los servicios del módulo mater de nuestro sistema de salud es creciente y equivale al 52% de las embarazadas que solicitan el servicio, ya sea en trabajo de parto o con alguna complicación durante el embarazo, lo cual se ha convertido en atención demandante y deficiente ya que supera los recursos con que cuenta la institución para dar resolución de calidad a los problemas de salud de las usuarias¹⁰.

Dentro de los logros esperados que menciona la secretaría de salud de Morelos para el año 2012 a la fecha, incluye como estrategias para evitar la muerte materna, el embarazo y las ITS en adolescentes, la instalación de módulos de **Servicios Amigables** donde los jóvenes reciben orientación y consejería sobre diversos temas relacionados con la salud de los adolescentes, control prenatal, atención durante el puerperio y prescripción y colocación de métodos anticonceptivos, en 12 centros de salud distribuidos en algunos municipios del estado²⁸.

El Centro de Atención Integral para la Salud de los Adolescentes (CAISA), se creó e inauguró en 2014 ante la alta demanda de los adolescentes y con el objetivo de ofrecer una atención digna y de calidad, el cual otorga atención médica, odontológica, psicológica, nutricional, taller de alimentación correcta y cocina saludable, así como de salud sexual y reproductiva, consejería, entre otros servicios²⁸.

El Promajoven es otro programa destinado a apoyar a las adolescentes embarazadas y madres adolescentes para que puedan continuar sus estudios otorgándoles una beca económica para sus gastos²⁸.

A continuación revisaremos conceptos de importancia y relacionados con el tema en estudio.

2.2 Sexualidad Humana y la Adolescencia

La sexualidad humana engloba una serie de características culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas, psicológicas y de conducta, relacionadas con el sexo, género, identidades, orientaciones, que caracterizan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad humana se define como: “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida”. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

Conceptos del tema:

Sexo: Se refiere al conjunto de características biológicas que definen el espectro de humanos como hombre y mujer²⁹.

Sexualidad: Es una capacidad que conforma a cada ser humano y que permite sentir, vibrar y comunicarnos a través del propio cuerpo. Es algo que forma parte de lo que somos desde el mismo momento en el que nacemos y que permanece en nuestras vidas hasta que morimos.

Género: Es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. Tal como ha existido de manera histórica, el género refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre hombres y mujeres.

Identidad de Género: Define el grado en que cada persona se identifica como masculino o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género²⁹

Salud sexual y Reproductiva: La OMS nos dice que es “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.

La Organización Mundial de la Salud refiere que los adolescentes son personas que están en el grupo de edad de 10 a 19 años. Es una etapa de continuos cambios físicos, cognitivos, conductuales y psicosociales caracterizada por el aumento en los niveles de la autonomía individual, un mayor sentido de la identidad y de la autoestima y una independencia progresiva de los adultos. Estos cambios están influenciados no solo por el género y el nivel de madurez física, psicosocial y cognitiva del individuo, sino también por el ambiente social, cultural, político y económico en el que vive³⁰.

La pubertad en las mujeres se caracteriza por un aumento de la secreción hormonal, lo que provoca un crecimiento rápido, aumento del pecho y las caderas, desarrollo de los genitales, aparición de vello púbico y axilar y la aparición de la menarquia o primera menstruación, ésta ocurre entre los 9 y 11 años de edad, y el tiempo promedio para que la pubertad se complete es de 4 años. A diferencia de los varones, la pubertad se caracteriza por el estirón del crecimiento, aumento del tamaño testicular, aparición del vello púbico y facial, engrosamiento de la voz y espermarquia o primera emisión de espermatozoides que ocurre entre los 11 y 15 años de edad, la pubertad en los varones puede durar hasta los 20 o 21 años³¹.

La pubertad y la adolescencia configuran una situación de paso entre la infancia y la madurez y los problemas a los que deberá enfrentarse son, fundamentalmente, el resultado de un proceso transicional en el que intervienen factores tanto de tipo biológico

como psicosociales. El despertar a la sexualidad obligará al adolescente a realizar un proceso de desvinculación que le permitirá en un futuro, establecer relaciones sexuales y emocionales fuera del núcleo familiar. Sin embargo la concepción sociológica que considera que las causas de transición residen en el entorno social del individuo, dedicando atención a la naturaleza de los papeles a desempeñar y a conflictos entre los mismos, en la presión de la expectativa social y, finalmente, en la influencia de los diferentes agentes de socialización, que contienen gran cantidad de características potencialmente generadoras de tensión, especialmente relacionadas con la sexualidad. En esta etapa las inquietudes se centrarán en uno mismo, en los propios sentimientos o vivencias corporales, en los descubrimientos de nuevas sensaciones, etc. Por esto, los adolescentes necesitan que, además de facilitarles información sobre los aspectos generales relacionados con la sexualidad, se les faciliten elementos que les ayuden a comprender y a integrar positivamente y de forma natural todo este conjunto de novedades. De ahí la importancia de que estén correctamente informados de este proceso, tanto en sus aspectos biológicos como psicosociales antes de que se produzca³².

Aparte del importante crecimiento y desarrollo, los objetivos psicosociales a conseguir durante esta época son: lograr la independencia de los padres, tomar conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo. Establecer relaciones con los amigos así como la adopción de estilos de vida y establecer la identidad sexual, vocacional, moral y del yo. En los varones la pubertad puede suceder dos años más tarde que en las chicas y por ello éstas pueden parecer más maduras físicamente que sus compañeros³³.

En el estudio realizado en adolescentes de secundaria en Tijuana por Castañeda-Sandoval y Moreno-Gómez, la población juvenil se caracteriza por ser sexualmente activa, por lo cual en ocasiones puede experimentar conductas de riesgo. Esto coloca a sus miembros en una situación susceptible de contraer diversos tipos de ITS y producir embarazos no deseados, los cuales se encuentran relacionados con la deserción escolar por parte de las adolescentes, quedando sus expectativas truncadas³⁴.

El hecho de que los adolescentes adquieran conocimientos adecuados en materia de sexualidad no constituye necesariamente una garantía para prevenir la conducta sexual temprana o irresponsable. Aun cuando la educación representa un factor importante, intervienen otros factores como una buena relación con los padres compartiendo los problemas personales, incluidos los que se relacionan con la sexualidad y la anticoncepción; tener elevada autoestima y autoimagen, tener habilidad para tomar decisiones y defender sus puntos de vista; considerar las consecuencias de tener un hijo durante la adolescencia; tener expectativas para lograr niveles escolares altos y cursar una carrera³⁴.

2.3 Factores que determinan el inicio de actividad sexual

La edad de inicio de actividad sexual en el adolescente varía entre una cultura y otra, lo cual sugiere que guarda relación importante con factores ambientales y socioculturales. Por ejemplo, estudios realizados en Estados Unidos han informado en forma consistente la diferencia significativa en la edad de inicio de actividades sexuales entre afroamericanos, caucásicos e hispanos. Además, se han encontrado contrastes marcados relacionados con el sexo. Los varones inician su actividad sexual coital a una menor edad que las mujeres. En cuanto a los colombianos, la edad de inicio de las relaciones sexuales no se ha estudiado en forma sistemática en adolescentes estudiantes de secundaria³⁴. Un estudio realizado por Campo-Arias y cols., en la ciudad de Bucaramanga a una población de estudiantes de secundaria y universitarios, entre 15 y 22 años de edad, informó que el 58% de ellos había iniciado vida sexual activa; la edad de inicio, en promedio, estuvo alrededor de los 16 años de edad¹⁶.

En un estudio realizado en jóvenes de el Salvador, por Ruíz-Canela y cols., mostró que el ambiente que rodea a los estudiantes, formado por la familia, los amigos y los medios de comunicación es un factor que influye en la actividad sexual de los jóvenes salvadoreños. En concreto, independientemente de las características sociodemográficas y de los estilos de vida, la frecuencia de jóvenes que han tenido relaciones sexuales es menor cuando los padres se preocupan de lo que hacen durante su tiempo libre y cuando los padres, amigos y hermanos transmiten mensajes que apoyan el retraso del inicio de las relaciones sexuales. Por el contrario, la frecuencia de jóvenes que han tenido relaciones sexuales aumenta en aquellos que piensan que tanto sus

amigos como sus hermanos consideran al sexo como un modo de pasarlo bien, aunque no haya amor³⁵.

Vázquez y Rodríguez, mencionan en su estudio que es necesario considerar qué elementos les permiten a los adolescentes desarrollar capacidades para tomar decisiones responsables y elegir alternativas que los ayuden, a lograr bienestar físico, mental y social, y que las acciones resulten eficaces en materia de salud sexual y reproductiva, dirigidas a mejorar el bienestar de los jóvenes, a aumentar su autoestima y les brinde la recompensa que se deriva del sentimiento de realización personal. Un aspecto muy importante a considerar para disminuir los riesgos en salud sexual y reproductiva es lograr la participación efectiva de ellos en el diseño, planificación, monitoreo y evaluación de las acciones dirigidas a la salud del adolescente, vistas estas desde una forma integral en todos los escenarios donde se desarrollan los programas de salud. Esto contribuye a fortalecer en los adolescentes un comportamiento sexual responsable, donde un componente fundamental es el dominio sobre cómo protegerse en las relaciones sexuales³⁶.

Parra-Villaruel y Pérez-Villegas, nos dicen que la sexualidad y las conductas saludables no pueden lograrse sin una comprensión del proceso de desarrollo psicosocial que influye en la conducta sexual del adolescente. Mientras que los cambios biológicos y cognitivos ocurren de forma involuntaria, el desarrollo psicosocial se rige por la percepción que cada uno tiene de sí mismo en relación al medio social y ambiental que le rodea. Los cambios cognitivos también se manifiestan a través de ciertas conductas psicosociales que son comunes en la mayoría de los adolescentes. Su conducta varía de acuerdo al nivel de capacidad física, psicológica y social del individuo. Las influencias más importantes en el desarrollo psicosocial incluyen el desarrollo de la identidad sexual, moral, ética y espiritual del individuo y las luchas por la independencia/ dependencia entre sus pares y la influencia de sus padres²⁴.

Schutt-Aine, en su estudio opina que el proceso del desarrollo cognitivo, según la teoría cognitiva de Piaget (1969), va asociado con el desarrollo del pensamiento operacional formal que incluye aumento en capacidad de razonamiento abstracto, pensamiento hipotético y lógica formal, esto se traduce en que los adolescentes tengan mayor capacidad de razonar de forma abstracta, que entiendan el contexto social de

conductas, piensen en alternativas y en las consecuencias que conlleva la toma de decisiones, evalúen la credibilidad de información, consideren implicaciones futuras de acciones y controlen sus impulsos. Sin embargo, estas habilidades cognitivas evolucionan con el tiempo, y no aparecen en un momento predeterminado³¹. De igual manera, se hace énfasis que durante esta etapa de pensamiento concreto, los adolescentes se preocupan de sí mismos y manifiestan una conducta egocéntrica. Los jóvenes tienden a soñar despiertos, y establecen metas no realistas sobre su futuro. El interés en sí mismos y la conducta introspectiva son comunes, y tienden a pasar más tiempos solos. Con frecuencia piensan que sus problemas son únicos y que no tienen solución y nadie puede comprenderlos. Experimentan con roles y fantasías con el fin de desarrollar su identidad, la cual incluye su propio concepto sobre sexualidad, identidad de género y orientación sexual. A medida que los adolescentes tienden a pensar de forma más abstracta, están más capacitados para tomar decisiones que puedan contribuir a conductas saludables. Para desarrollar habilidades cognitivas y de razonamiento sólidas, necesitan práctica y experiencia para manejar nuevas experiencias y situaciones, y los adultos deben promover estas prácticas. Es importante explorar la influencia que tienen la percepción, valores y actitudes de jóvenes sobre su conducta. Esto puede llevar a un desarrollo saludable, en el que los jóvenes posean una serie de habilidades para resistir presiones, negociar interacciones interpersonales con éxito y comportarse de acuerdo con sus valores y creencias personales³¹.

2.4 La autoestima.

Los cambios físicos que ocurren durante la pubertad influyen en el modo en que el joven se percibe a sí mismo y es percibido por los demás. Los cambios hormonales y físicos del cuerpo durante la adolescencia dan lugar a sentimientos de autoconciencia y preocupación en relación con la imagen del cuerpo y el atractivo físico. La autoestima es determinante en el bienestar emocional del joven y se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles. Los sistemas de apoyo social, particularmente las relaciones con los padres y pares contribuyen a aumentar la autoestima de los adolescentes. Un buen nivel de autoestima y bienestar emocional permite a los adolescentes desarrollar una serie de habilidades personales y facilita la toma de decisiones que llevan a una vida sexual más saludable. Por el contrario, la baja

autoestima se ve implicada en los problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste³¹.

El análisis de Naranjo y González dice que; En la infancia los niveles son similares en ambos sexos, en la adolescencia emerge un “vacío” entre ellos, presentando los varones una autoestima más elevada que las mujeres. En la adolescencia mantener un autoconcepto elevado en el ámbito académico favorece, junto al éxito en dicho ámbito, una mejor percepción de auto-eficacia y el uso de más y mejores estrategias de aprendizaje, las cuáles facilitan un procesamiento profundo de la información. En cuanto a las relaciones interpersonales, los adolescentes con una alta autoestima se muestran menos susceptibles a la presión de los iguales, obtienen mejores impresiones por parte de éstos y se muestran más cercanos

Examinadas las diferencias en autoestima longitudinalmente, más mujeres adolescentes que varones muestran pérdidas de autoestima, encontrándose en el estudio incluso un incremento en la autoestima de los varones adolescentes³⁷.

Silva Escocia y Mejía Pérez, en su trabajo de investigación opinan que el autoconcepto de las personas adolescentes puede constituirse como un constructo fluctuante y muy definido por conceptos externos. El estudiantado adolescente necesita consolidar una base de su autoconcepto, sustentada en lo positivo de sí mismo y, con ello, formular auto apreciaciones que contribuyan a verse en un espejo—retóricamente hablando e introyecte más elementos característicos positivos de sí que negativos. Es muy importante que se forme un juicio realista de sí mismo, pero es muy importante haciendo énfasis en las virtudes, porque así construimos una auto apreciación positiva más fuerte para aceptar nuestros defectos sin que lastimen nuestra autoestima³⁸.

En el estudio de Cataño Toro y cols., encontramos que la autoestima es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia sí mismo que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que se tiene de sí mismo o autoconcepto, no es algo heredado si no aprendido del entorno, mediante la valoración que el ser humano hace de su propio comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás. La importancia de la autoestima radica en que impulsa a la persona a actuar,

a seguir adelante y la motiva a buscar sus objetivos. Se ha encontrado que la autoestima influye en muchos aspectos de la problemática social actual, entre ellos, se ha demostrado que los embarazos en adolescentes son en gran parte consecuencia de una autoestima baja, de ahí nace la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no sólo la exclusiva y repetitiva intervención en educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar y la salud sexual y reproductiva. La sexualidad se intensifica con la pubertad; ocupa un lugar central en el desarrollo del adolescente; su orientación tiene a la autoestima como uno de sus pilares fundamentales, por ejemplo, un meta análisis demostró que adolescentes sin actividad sexual o que inician más tarde, tienden a formar niveles de autoestima más altos que sus pares sexualmente activos, o que inician tempranamente⁵.

2.5 Factores protectores y de riesgo en la adolescencia.

En el trabajo de Páramo, nos dice que los factores comunes que determinan las conductas riesgosas de la juventud, más importantes como la edad, expectativas educacionales y notas escolares, comportamiento general, influencia de los pares, influencia de los padres, calidad de la vida comunitaria, la calidad del sistema escolar y ciertas variables psicológicas. También la autoestima baja es mencionada como predictor de las conductas problema.

En el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica. Menciona que existen factores protectores: de amplio espectro, o sea, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos. Dentro de los factores de amplio espectro, nombra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia²⁷.

2.6 Rol del profesional de salud

Los programas de promoción de salud, dirigidos a adolescentes requieren fortalecer el enfoque integral, orientado hacia el contexto socioeconómico, político, jurídico y cultural, al ambiente grupal, familiar y al propio desarrollo individual del adolescente. Es oportuno analizar conducta sexual, embarazo y aborto por la interrelación que existe entre estos tres fenómenos, pues si bien el aborto constituye el acto que puede afectar física y psicológicamente a la adolescente, este es generalmente consecuencia de un embarazo no deseado y de conductas sexuales inadecuadas. Las causas de este problema apuntan hacia factores económicos, sociales, psicológicos y culturales, incluyendo políticas y acciones que se encuentran establecidas al respecto. Un enfoque integral de este problema implica tener en cuenta factores generales, particulares y singulares que inciden en él y sus posibles interrelaciones³⁹.

Proporcionar educación estructurada en materia de salud sexual es necesario, ya que la sexualidad es una necesidad humana y un derecho. Mediante la formación planeada y fundamentada, se puede orientar a los jóvenes acerca de cambios y procesos del desarrollo físico, emocional y madurez sexual; y conducirlos al ejercicio responsable de su sexualidad para establecer salud mental de un individuo en una sociedad sana y responsable, evitando embarazos no deseados y la adquisición de ITS²⁷.

Dentro del campo de la enfermería existen modelos y teorías que facilitan las guías necesarias para otorgar educación para la salud a todos los grupos de edad y promover el autocuidado. En el caso de los jóvenes éstos podrían modificar conductas nocivas con educación adecuada. Dichas teorías facilitan el abordaje de prácticas educativas, ya que toman en cuenta al joven y a su medio ambiente en el cual interactúa y se desarrolla, favoreciendo así conductas que influyen positivamente en su salud. El personal de la salud que trata con adolescentes debe estar capacitado y actualizado en temas de salud sexual, comunicación y psicología en la adolescencia para poder llevar a cabo una adecuada educación³³.

2.7 Promoción para la Salud

En el trabajo de Borja-González y Del Pozo Serrano, nos dice que los adolescentes son un grupo etario de interés particular para las organizaciones

internacionales y de control; quienes lo perciben como una figura vulnerada, que demanda atención social y de salud; a su vez representa el futuro de la comunidad. La educación permite crear estrategias de alto rendimiento para la salud. Por medio de intervención educativa, desde el ámbito social y comunitario, se alfabetiza en salud; recurriendo a la pedagogía social, ciencia que brinda por medio de la Animación Socio Cultural (ASC) estrategias para el empoderamiento en la salud de la sociedad. El concepto de educación para la salud no es nuevo, surgió por primera vez en la OMS en 1948. Ha existido un desinterés relacionado con la promoción, se ha enfatizado más a los aspectos relacionados con la atención y tratamiento, lo cual ha llevado no solo al aumento en la morbilidad, sino a la crisis económica la que se encuentra el sector salud por costos incalculables del tratamiento y control de las enfermedades crónicas⁴⁰. La Educación para la Salud (EpS) supone una interacción necesaria, en la que se involucran los comportamientos y las acciones humanas de los educadores y los educandos, en un proceso de formación permanente que implica interactuar para aprender los significados; dado que representa la mejor estrategia para que los usuarios reciban una atención basada y centrada en su estilo de vida y no en sus problemas de salud⁴⁰. Han surgido teorías de enfermería que sustentan el rol de educador de esta ciencia de cuidado en diferentes contextos, tales como: el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, la teoría de Déficit de Autocuidado de Orem, Modelo de Adaptación de Roy o la Universalidad de los Cuidados Transculturales de Leininger, entre otras; cada uno ha aportado con la EpS desde los supuestos de cuidado mediante la adaptación, relación y autocuidado del individuo en su contexto, acorde con sus creencias, así como las necesidades sociales y culturales⁴⁰.

2.7 Modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender

El MPS de Pender, proporciona los fundamentos para aquellas intervenciones cuyo objetivo primordial sea de promoción y prevenir situaciones de riesgo como ocurre en la salud de los adolescentes que son objeto de este estudio de investigación, para lo cual se debe aplicar el modelo enfocándolo en dichos sustentos teóricos.

Nola J. Pender nace en Lansing, Michigan el 16 de Agosto de 1941, su primer acercamiento con la enfermería fue a los 7 años, al observar el cuidado enfermero que

le ofrecían a su tía hospitalizada, el cual crea en ella una gran fascinación por el trabajo de la enfermera. En 1962 recibe su diploma de la escuela de enfermería de West Suburban Hospital de Oak Park, Illinois. En 1964 completa su título en la Universidad del Estado de Michigan, Evanston, Illinois. Su trabajo de doctorado fue encaminado a los cambios evolutivos advertidos en los procesos de codificación de la memoria inmediata de los niños, de ahí surgió un fuerte interés por ampliar su aprendizaje en el campo de la optimización de la salud humana, que daría origen posteriormente al Modelo de Promoción de la Salud (MPS) ⁴¹.

Los esfuerzos de Pender han visto su fruto en la creación de un centro de investigación de la conducta sanitaria en los niños y en los adolescentes, con un equipo mayor de investigación interdisciplinaria para estudiar e influir en las conductas de promoción de la salud de los individuos, partiendo de la base de que estas conductas se establecen por primera vez en la juventud. Su programa de investigación actual y futuro se centra en dos temas principales:

1. La comprensión de como la autoeficacia afecta al esfuerzo y a las respuestas afectivas (de afecto relacionado con la actividad) de las niñas adolescentes en el reto de la actividad física.

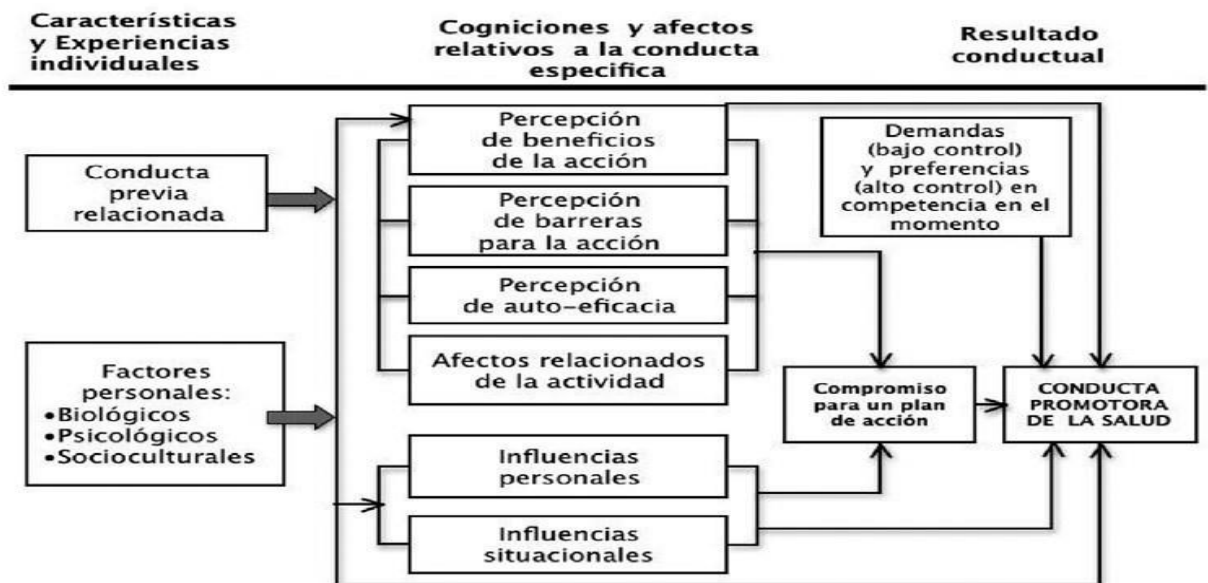
2. El desarrollo de un programa informático interactivo como intervención para aumentar la actividad física en las niñas adolescentes⁴¹.

La enfermera Nola J. Pender, autora del MPS, expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud⁴².

El modelo de Pender de promoción de la salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura, y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El primero,

postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual. El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. Este MPS parece ser una poderosa herramienta utilizada en mayor proporción por las/os enfermeras/os y Sociólogos en Brasil, Estados Unidos y México, para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, señalado por Nola Pender en su modelo, el cual es utilizado por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo⁴².

El siguiente cuadro nos muestra los conceptos principales y definiciones del MPS



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender1996. En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB²¹

El MPS de Nola Pender nos permitirá llevar a cabo intervenciones planeadas y fundamentadas para la prevención de conductas de riesgo en los adolescentes que van a IVS, o que ya iniciaron sin las medidas de protección para salvaguardar su salud. Entre las situaciones de mayor riesgo están las ITS y el embarazo no planeado. Nos interesa en primer lugar preservar la salud de los adolescentes evitando así las enfermedades en ellos, para asegurarles una mayor calidad de vida⁴². En el MPS se considera a la autoestima como uno de los factores psicológicos que tiene influencia en las conductas

saludables o no, del individuo en estudio. Lo cual compartimos el mismo criterio por lo que el estudio aquí presentado tiene ese enfoque.

Principales conceptos del Modelo de Promoción

Está dividido en tres dimensiones con factores que condicionan la promoción a la salud una cada dimensión, como lo podemos observar en el diagrama anterior mostrado.

A. Características y experiencias individuales: La frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado, efectos directos o indirectos de la probabilidad de comportarse con las conductas de promoción a la salud.

1. Conducta previa relacionada:

2. Factores personales: Se refiere a todos los factores relacionados con las personas que influyen en el individuo y que se relacione con su medio para desarrollar conductas promotoras de salud que incluyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales, además de los beneficios percibidos de las acciones promotoras de salud, así como las barreras que encuentra para estas conductas.

B. Cogniciones y afectos relativos a la conducta específica: Son las percepciones y cogniciones de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta.

1. Percepción de beneficios de la acción
2. Percepción de barreras para la acción
3. Percepción de auto-eficacia
4. Afectos relacionados de la actividad
5. Influencias personales
6. Influencias situacionales

C. Factores cognitivo-preceptuales: Son mecanismos motivacionales primarios de las actividades relacionadas con la promoción de la salud⁴².

1. Compromiso para un plan de acción
2. Conducta promotora de la salud⁴²

Se fundamentó en el MPS de la Dra. Nola J. Pender el diseño de una propuesta de Intervención educativa Integral para mejorar la autoeficacia percibida, enfocado en un compromiso para adoptar conductas saludables y protectoras, en los adolescentes de nivel secundaria, la cual se explica ampliamente en el apartado de las Recomendaciones de ésta Investigación.

2.8. HIPÓTESIS

Hipótesis del estudio

La autoestima es un factor determinante en la salud de los adolescentes, primordialmente en la salud sexual y reproductiva, de tal manera que el inicio de vida sexual se relaciona con el nivel de autoestima, lo cual ocurre de manera diferente en los hombres y en las mujeres.

Hipótesis nula

El nivel de autoestima no se relaciona con el inicio de vida sexual en los adolescentes ni es diferente entre hombres y mujeres

Hipótesis alterna

El nivel de autoestima se relaciona con el inicio de vida sexual en los adolescentes y se comporta de manera diferente entre hombres y mujeres.

CAPÍTULO III. MÉTODOS

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y ENFOQUE

Es un estudio *Cuantitativo observacional con diseño transversal*, en el cual se estudiaron a estudiantes de 3er grado de secundaria, a quienes se aplicó un cuestionario para diseñar una intervención, con lo que se pudo analizar las necesidades de conocimientos y consejería en salud sexual y reproductiva y Autoestima. Con base en el resultado se propone una intervención con un programa educativo de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, autoestima y estilos de vida saludables para la prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual en los adolescentes de nivel secundaria en una comunidad del Municipio de Temixco, Morelos.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se eligió para este estudio de investigación, una muestra por conveniencia, de 68 estudiantes de 3er grado de secundaria del turno matutino, en el Municipio de Temixco, previo consentimiento informado de los padres de familia.

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión- Alumnos grupo D y F de 3er año de la secundaria 2 de Abril del Poblado de Acatlipa, Municipio Temixco, Mor. Turno matutino, que acepten participar de manera voluntaria y con el consentimiento informado y firmado por sus padres o tutores.

Criterios de exclusión- Alumnos de los grados de 1º, 2º y 3º que no estén inscritos en los grupos elegidos, turnos matutino y vespertino, alumnos que no pertenezcan a ésta secundaria arriba mencionada.

Criterios de eliminación- Alumnos que están inscritos en los grupos elegidos pero que no aceptaron participar o que no entregaron el consentimiento informado firmado por sus padres o tutores.

Se eliminaron los cuestionarios con respuestas incompletas para las principales variables en estudio.

3.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

Variable Dependiente

Inicio de Vida Sexual y sexo

Variables independientes

Nivel de autoestima

Covariables

Conocimientos en salud sexual y reproductiva, y estilos de vida.

Variable	Clasificación	Escala	Operacionalización
Autoestima física	Cuantitativa	Discreta	Suma de ítems
Autoestima general	Cuantitativa	Discreta	Suma de ítems

Variable	Clasificación	Escala	Operacionalización
Autoestima de competencia académico/intelectual	Cuantitativa	Discreta	Suma de ítems
Autoestima emocional	Cuantitativa	Discreta	Suma de ítems
Autoestima de relaciones con los otros	Cuantitativa	Discreta	Suma de ítems
Autocrítica	Cuantitativa	Discreta	Suma de ítems
Autoconcepto total	Cuantitativa	Discreta	Suma de ítems
Nivel de autoestima	Cualitativa	Nominal dicotómica	Construida a partir del autoconcepto total
Inicio de Vida Sexual	Cualitativa	Nominal dicotómica	SI/NO
Edad de IVS	Cuantitativa	Discreta	Edad en años
Sexo	Cualitativa	Nominal dicotómica	Hombre/Mujer

3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y CONFIABILIDAD

GUÍA PARA MEDIR COMPORTAMIENTOS DE RIESGO EN LOS JOVENES

El cuestionario de ésta guía se adaptó al contexto de la población en estudio y se utilizó como instrumento de recolección de información al tiempo que explica cómo medir los indicadores relacionados con comportamientos juveniles de riesgo. La guía trata uno de los mayores desafíos de la medición de comportamientos juveniles de riesgo: la sensibilidad de las preguntas sobre varios temas, que requiere instrumentos que salvaguarden la seguridad, privacidad y confidencialidad de los jóvenes, al mismo tiempo que, aseguren la calidad y validez de los datos⁴³.

Se aplicó el cuestionario con 43 ítems, para explorar los conocimientos en salud sexual y reproductiva, así como evaluar los riesgos potenciales en los adolescentes de nivel secundaria, en el presente estudio de Investigación.

Fue auto aplicado, consta de cuatro apartados, se preguntó la edad, el sexo, con quien vive, actitudes sobre sexualidad y conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

Anexo 1

Durante las últimas décadas, la prevalencia de conductas de riesgo entre la juventud en América Latina y el Caribe ha experimentado cuotas preocupantes. Entre las conductas de riesgo destacan la violencia, la drogadicción y las relaciones sexuales sin protección. Conductas sexuales que derivan en embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, incluido el contagio de virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Varios factores favorecen el comportamiento de riesgo entre jóvenes. La pobreza, el desempleo, la crisis financiera global, la migración rural/urbana, un sistema educativo débil y de baja calidad y sistemas judicial y sanitario ineficaces son factores macro que dificultan el desarrollo saludable y productivo de los jóvenes⁴³.

En las últimas décadas, el estudio y la medición de los comportamientos juveniles de riesgo han atraído el interés de académicos, especialmente desde una perspectiva epidemiológica y con un enfoque en sus consecuencias sobre la salud. Surgió así un amplio cuerpo de bibliografía que estima la prevalencia de comportamientos de riesgo en diferentes grupos poblacionales, e identifica las características de los grupos que con mayor frecuencia incurren en estas prácticas⁴³.

Identificar y comprender comportamientos de riesgo, medirlos de forma efectiva, y orientar con puntos cardinales el conocimiento para proveer mejores servicios a los jóvenes surge como fruto de la necesidad de orientar y definir una ruta crítica de acción en políticas públicas.

La correcta medición de estos comportamientos es crucial para entender la problemática de estudio y así diseñar intervenciones que impacten e inhiban los determinantes del riesgo. A la dificultad inherente de medir comportamientos en poblaciones de interés, se une la complejidad de factores y comportamientos de riesgo que interrelacionados y que responden a diferentes disciplinas de estudio. Para facilitar

instrumentos de medición y entender las múltiples relaciones paramétricas, esta guía organiza dimensiones e indicadores de riesgo a través de un enfoque multidisciplinario.

Este enfoque permitirá identificar barreras y desafíos para medir comportamientos de riesgo, así como factores de riesgo que ayuden a explicar la ruta crítica de su origen.

En el caso de los comportamientos juveniles de riesgo, incluso medir la frecuencia es un gran reto, especialmente cuando se investiga personas en una etapa de la vida tan volátil como la adolescencia. Por ejemplo, medir la frecuencia de consumo de tabaco o la actividad sexual estará determinado no solo por un conteo de número de veces del suceso, sino que las respuestas son sensibles a ser alteradas, sobre o infra reportadas por los jóvenes. Aspectos como la edad del entrevistado, el contexto social, las condiciones de privacidad de una entrevista, la estructura, contenido y lenguaje de una encuesta, el género del entrevistador, y el modo de administración inciden en la calidad de la información recolectada⁴³.

Los principales comportamientos de riesgo en adolescentes que mediremos en el estudio que nos ocupa son:

Conductas sexuales que derivan en embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Los procesos cognitivos, inherentes al entrevistado, influyen en las respuestas. La comprensión y asimilación de la pregunta, la codificación y recuperación memorística, y la búsqueda de la respuesta pertinente son etapas fundamentales a considerar en el diseño y administración de encuestas⁴³.

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA

Se muestra el cuestionario de autoestima del autor García Gómez A, ya que se consideró que ésta variable está relacionada en gran importancia y peso en las decisiones positivas o negativas que toman los jóvenes con respecto de actividades o prácticas relacionadas con su salud y su sexualidad. Anexo 2

El cuestionario para la evaluación de la autoestima consta de 19 ítems; 16 de los cuales se refieren a cualidades propias de la autoestima y 3 pertenecen a una escala de autocrítica que trata de evaluar en qué medida los alumnos están contestando o no sometidos bajo los efectos de la deseabilidad social⁴⁴.

Este cuestionario presenta una estructura factorial, en la que se pueden señalar las siguientes dimensiones de la autoestima:

- Autoestima física.
- Autoestima general.
- Autoestima de competencia académico/intelectual.
- Autoestima emocional.
- Autoestima de relaciones con los otros.

A estas dimensiones señaladas hay que añadir: un índice independiente de autocrítica; y un índice de autoconcepto total, que representa la suma de las puntuaciones de todas las dimensiones del autoconcepto. En el índice general no se toman en cuenta las puntuaciones de la escala independiente de autocrítica⁴⁴.

Veamos ahora, de forma sucinta, la descripción de cada una de las dimensiones evaluadas por el cuestionario:

*** Autoestima física**

Esta dimensión pretende evaluar el sí mismo percibido de los alumnos con relación a su apariencia física; esto es, esta dimensión pretende evaluar la opinión que tienen los alumnos respecto a su presencia corporal. Las cuestiones incluidas en esta dimensión son del tipo "Creo que tengo un buen tipo", "Soy un chico guapo", etc.

*** Autoestima general**

Esta dimensión es equivalente a lo que en el modelo elaborado en 1976 por Shavelson, Hubner y Stanton se denomina Autoconcepto General, y es también equivalente a lo que Rosenberg entiende por Autoestima. Recoge las percepciones que tienen los sujetos sobre sí mismos en términos generales, independientemente de cualquiera de las dimensiones analizadas. Esta dimensión está compuesta fundamentalmente por ítems procedentes del cuestionario de autoestima de Rosenberg, y son del tipo: "Globalmente me siento satisfecho conmigo mismo" o "Me inclino a pensar que soy un fracasado en todo", etc. Esta dimensión de la autoestima presenta una

estrecha relación con el índice de autoconcepto total, puesto que ambos índices hacen referencia a la suma de percepciones que un individuo tiene sobre sí mismo⁴⁴.

*** Autoestima de competencia académico/intelectual**

Esta dimensión la autoestima revela cuáles son las autopercepciones que tienen los alumnos con relación a su rendimiento y a sus capacidades de tipo intelectual o académico. Los alumnos deben manifestarse ante cuestiones como "Pienso que soy un/a chico/a listo/a" o "Soy bueno para las matemáticas y los cálculos", etc.

*** Autoestima emocional**

Esta dimensión hace referencia a como los alumnos se perciben con relación a determinadas situaciones que pueden provocar estrés. Esta dimensión pone de relieve en qué medida los sujetos responden de forma íntegra y con capacidad de autocontrol ante determinadas situaciones difíciles con las que se encuentran en la vida cotidiana. Los ítems que componen esta dimensión son del tipo: "Me pongo nervioso/a cuando me preguntan los profesores".

*** Autoestima de relaciones con otros significativos**

Esta dimensión la autoestima revela cuál es la percepción que tiene el alumno respecto a sus relaciones con los padres y con los profesores. Los padres y los profesores son figura de primera magnitud a la hora de aportar imágenes a los adolescentes, de forma que influyen en la génesis de sus percepciones sobre sí mismos. Los ítems que componen esta dimensión son del tipo "A menudo el profesor me llama la atención sin razón" o "Mis padres están contentos con mis notas", etc.

*** Índice de autoestima total o global**

El índice de autoestima general supone la puntuación de mayor relieve de todo el cuestionario, ya que refleja el nivel global de autoestima de los alumnos. Este índice de la puntuación total representa la suma de las puntuaciones de todas las dimensiones del autoconcepto, sin tomar en consideración las puntuaciones de la escala independiente de autocrítica. Como se ha señalado anteriormente, este índice está íntimamente relacionado con el índice de autoestima general⁴⁴.

* Escala independiente de autocrítica

Al ser una escala independiente, cuyo objetivo no consiste en medir ningún aspecto concreto de la autoestima, su puntuación no se suma a la de las restantes dimensiones para configurar el índice de autoconcepto total o global.

Las puntuaciones bajas en el índice de autocrítica denotan sujetos con fuertes defensas y hacen suponer que las puntuaciones positivas en los distintos índices del autoconcepto son artificialmente elevadas por la existencia de un abigarrado sistema defensivo. Por el contrario, las puntuaciones muy elevadas son reveladoras de alumnos con escasas defensas o, si se quiere, de sujetos patológicamente indefensos⁴⁴.

Puntuación e interpretación del cuestionario

Cada uno de los ítems del cuestionario puede recibir de 1 a 4 puntos dependiendo de las respuestas de los alumnos. La puntuación de 4 refleja que el alumno presenta un autoconcepto positivo en la conducta concreta que se le pregunta; por el contrario, una puntuación de 1, refleja que en esa conducta concreta el alumno presenta un autoconcepto negativo. La puntuación máxima que se puede obtener es de 64 puntos y la mínima de 16⁴⁴.

Es necesario señalar que el cuestionario cuenta con una escala de autocrítica para controlar la tendencia que muestran los alumnos a responder las cuestiones del cuestionario bajo los efectos de la deseabilidad social. Los ítems que componen esta escala son el 3, el 7 y el 11. Por lo tanto, las puntuaciones en esta escala podrán oscilar entre los 3 y los 12 puntos.

La puntuación de la suma total se obtiene de la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems, sin tener en cuenta la escala independiente de autocrítica. Esta puntuación es diferente y algo menor que la suma de las puntuaciones de los factores, puesto que hay factores que contiene un mismo ítem.

ITEMS CONSIDERADOS EN CADA DIMENSIÓN

Autoestima física: 4-5-14 y 15

Autoestima general: 1-4-16-18 y 19

Autoestima de competencia intelectual/académica: 10-12 y 13

Autoestima emocional: 9-14 y 17

Autoestima de relaciones con otros significativos: 2-6 y 8

Escala independiente de autocrítica: 3-7 y 11

3.6 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se construyó una base de datos en el programa Excel, el análisis estadístico y el modelo estructural, se realizó con el programa estadístico Stata®V.14. Se utilizaron las pruebas de hipótesis de X^2 (chi cuadrado) y T de Student para la comparación bivariada por sexo y por inicio de vida sexual. Las variables de ajuste utilizadas en el modelo estructural fueron: autoestima alta como variable dependiente, Inicio de Vida Sexual como variable independiente, covariables: sexo y vive con sus padres.

3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La enfermería tiene su código de ética donde fundamenta sus acciones. Los profesionales que conducen investigaciones que involucran seres humanos deben tener especial precaución con los individuos vulnerables, es decir, los que tienen acentuada incapacidad de proteger sus propios intereses. Vulnerables son aquellos individuos, comunidades o sectores de la comunidad expuestos a recibir daño o abuso debido a que su autonomía se encuentra menoscabada o disminuida⁴⁴. Como en el caso de menores de edad, y aquí se contempla a los estudiantes participantes en éste trabajo de investigación.

El consentimiento informado se elaboró para darlo a conocer y obtener la firma de autorización de los padres o tutores de los estudiantes participantes en el estudio de investigación presente, guiando nuestras acciones en los principios de:

- Beneficencia y no maleficencia
- Justicia
- Autonomía
- Confidencialidad

La Institución educativa nos solicitó la información completa del proyecto de investigación a realizar y expidió los formatos para la autorización y firmas de los padres y el formato de consentimiento informado, ya que éstas instituciones también tienen sus códigos de ética, y los entregó en la asamblea de padres de familia, donde se les informó verbalmente y se les contestaron sus dudas, a cada uno, indicándoles que la leyeran en sus casas y la enviaran al profesor asesor de grupo en los 5 días siguientes, de tal forma que tuvieron oportunidad de leer la información completa y decidir libremente si autorizaban que sus hijos participaran de manera voluntaria en el estudio de investigación. La respuesta de los estudiantes fue favorable y de interés, así como de los padres que fue de colaboración e interés por éste tipo de actividades de salud en beneficio de sus hijos. El Consentimiento Informado estuvo elaborado por 3 elementos importantes como⁴⁵:

- Información (suficiente en cantidad y calidad)
- Capacidad de comprensión (competencia)
- Voluntariedad

Se obtuvo el consentimiento informado y firmado con:

- Autorización y firma por parte de los padres de familia/o tutores. Se guardó por separado del cuestionario, la carta de consentimiento informado ya firmado y copia de su identificación de cada uno de los padres de los participantes para resguardar su identidad⁴⁵.

3.8 LIMITACIONES

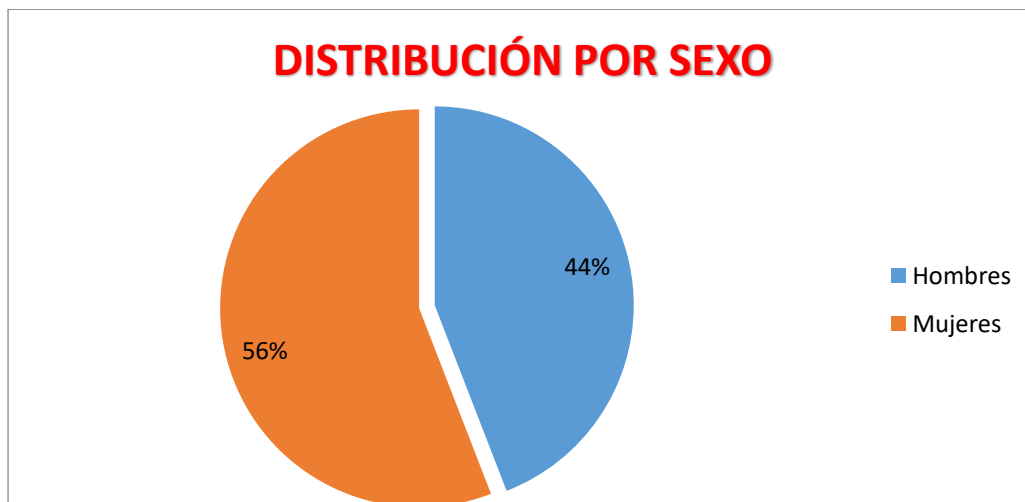
Se debe tener en consideración para la interpretación de los resultados de este estudio, que el cuestionario fue auto aplicado, es decir, los participantes leían y respondían el cuestionario así que las respuestas fueron de acuerdo con la interpretación personal de cada uno. Esta situación resultó en que algunas variables no tuvieron respuestas consistentes.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Descripción general de la información

Se aplicaron los cuestionarios a 68 estudiantes de secundaria del tercer año del turno matutino, grupos D y F de la secundaria “2 de abril” del poblado de Acatlipa en el municipio de Temixco, Morelos. Los estudiantes participantes tuvieron entre 14 (51%) y 15 (49%) años de edad. Con una edad promedio de 14.4 años y una desviación estándar de .50.

Gráfica 1 Distribución de los adolescentes por sexo



Fuente: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria en Temixco Morelos. (2016)

Como se puede observar en la Gráfica 1, del total de participantes, 44% fueron del sexo masculino y predominó el sexo femenino con el 56%.

El 57% del total de la muestra vive con ambos padres, siendo mayor el porcentaje de mujeres con esta característica. El porcentaje de estudiantes que viven solo con su madre es mayor también en el sexo femenino. Del total de la muestra, 19% manifestó haber iniciado su vida sexual al momento de la encuesta, ninguna de estas variables se relacionó con el sexo del estudiante (valor $p > 0.05$). La comparación por sexos muestra un mayor porcentaje de inicio de vida sexual en el sexo masculino (26.7%), como podemos ver en la Tabla 1. Sin embargo, la edad de inicio de vida sexual fue en general en promedio a los 14 años (DE=.76). En los hombres, la edad promedio fue a los 14.3

(DE=0.9) años, mientras en las mujeres, la edad promedio fue a los 13.8 (DE=0.4) años (valor $p=0.0305$). (TABLA No. 2)

TABLA No. 1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

VARIABLE/CATEGORÍA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	30 (44.12%)		38 (55.88%)		68 (100%)	
	n	%	n	%	n	%
Edad						
14	15	50.0	20	52.6	35	51.0
15	15	50.0	18	47.4	33	49.0
Vive con						
Ambos padres	19	63.0	20	52.6	39	57.0
Solo con madre	6	20.0	14	36.8	20	29.5
Solo con padre	1	3.0	0	0	1	1.5
Abuelos	3	10.0	3	8.0	6	9.0
Otros	1	3.0	1	2.6	2	3.0
Inicio de Vida sexual						
Si	8	26.7	5	13.16	13	19.0
No	22	73.3	33	86.84	55	81.0
Edad de Inicio de vida sexual						
	2	25.00	1	20.00	3	23.0
13 años	2	25.00	4	80.00	6	46.2
14 años	4	50.00	0	00.00	4	30.8
15 años						

Fuente: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria en Temixco Morelos. (2016)

4.2 Información sobre sexualidad

En la Tabla 2 podemos ver que la edad de las parejas sexuales al IVS, fue en su mayoría de 15 y 16 años de edad.

Tabla 2. Descripción de variables sobre sexualidad (n=68)

VARIABLE/CATEGORIA	N	%
Edad de tu primera pareja sexual (n=13)		
12 años	1	7.7
14 años	2	15.3
15 años	3	23.1
16 años	3	23.1
17 años	1	7.7
18 años	1	7.7
22 años	1	7.7
No sabe	1	7.7
Frecuencia de Uso de Condón (n=13)		
Todas las veces	8	61.5
Algunas veces	4	30.8
No contesta	1	7.7

Fuente: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria en Temixco Morelos (2016)



Fuente: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria en Temixco Morelos (2016)

Gráfica 2. Nos muestra el porcentaje de adolescentes que han utilizado el condón en su 1ª relación sexual o IVS, el 77% manifestó haber utilizado preservativo en la primera relación sexual. El 100% de las mujeres reportó el uso de preservativo en la primera relación sexual, mientras en los hombres, solo fue reportado por el 62.50%.

La tabla 3 nos muestra el análisis del conocimiento sobre métodos anticonceptivos mostró que el 91% ha escuchado sobre métodos anticonceptivos. Este porcentaje es mayor entre el sexo femenino (92.3%) que en el masculino (90.3%).

Los estudiantes consideran como método anticonceptivo idóneo durante la adolescencia al preservativo (66%) y el coito interrumpido (15%). Este último es mencionado en mayor proporción por las mujeres (6=16%) que por los hombres (13%). Ningún estudiante mencionó el Dispositivo intrauterino (Tabla 3).

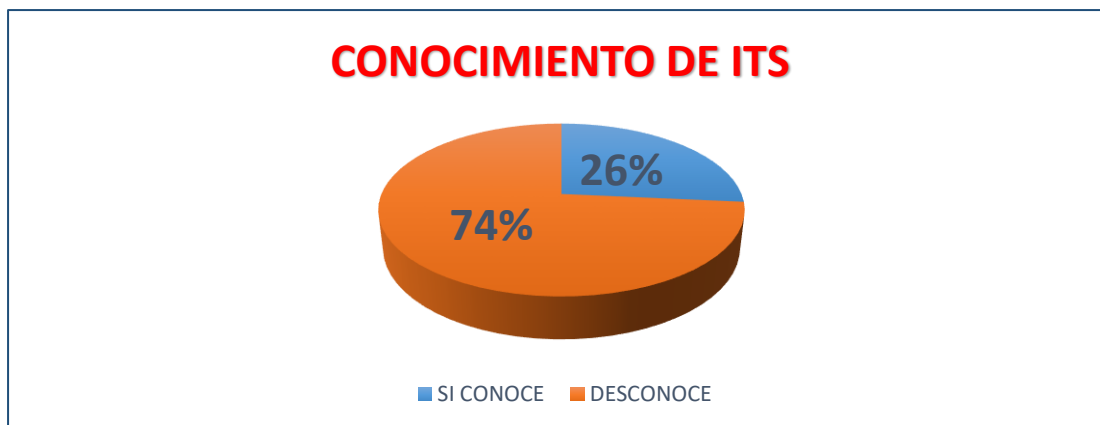
La información sobre sexualidad que reciben los adolescentes el 53% proviene en su mayoría de la madre, con diferencia entre sexos mujeres (48.7%), hombres (38.7%). La segunda fuente de información para ambos sexos está representada por los maestros y la tercera es para los hombres su papá y para las mujeres otro familiar. Por lo que la información se debe ampliar hacia los padres o tutores y maestros también y no solo a estudiantes (Tabla 3).

Con relación al conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual, el porcentaje es alto, 74% los que desconocen las ITS, esto es preocupante ya que genera que estén en un alto riesgo de contraer una de ellas. Las enfermedades más mencionadas fueron: SIDA, Gonorrea y Sífilis. Los resultados aquí obtenidos se asemejan con los resultados de estudios con similitudes al que aquí exponemos, uno de ellos es un estudio realizado con estudiantes adolescentes en Chile en 2011, lo cual nos muestra que sigue habiendo hoy en día la necesidad de proponer estrategias innovadoras por parte del profesional de enfermería para obtener mejores resultados en la salud de los jóvenes.

Tabla 3. Conocimientos y opiniones sobre sexualidad (n=68)

VARIABLE/CATEGORIA	N	%
Proponer uso de condón		
Proponerlo	37	54.4
Que lo proponga mi pareja	5	7.4
No sabe	26	38.2
¿Conoces algún método anticonceptivo?		
Si	62	91.0
No	6	9.0
¿Cuál método consideras que es mejor?		
Condón	45	66.0
Ritmo	2	3.0
Píldoras	7	10.0
DIU	0	0.0
No sabe	4	6.0
Coito Interruptus	10	15.0
¿Qué enfermedades se adquieren mediante las relaciones sexuales?		
Sabe	18	26.0
No sabe	50	74.0
¿De quién has recibido información sobre sexualidad?		
Madre o padre	36	53.0
Libros o internet	4	6.0
Profesores, amigos, médicos	27	40.0
No sabe	1	1.0
¿A qué edad te gustaría iniciar vida sexual?		
Después del matrimonio	16	24.0
No lo sé	44	65.0
14	1	1.4
16	1	1.4
18	1	1.4
19	3	4.0
20	1	1.4
22	1	1.4

Fuente: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria en Temixco Morelos (2016)



Fuente: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria en Temixco Morelos (2016)

Gráfica 3. Muestra como es el conocimiento de los adolescentes encuestados referente a las ITS.

La tabla 4 nos muestra que el 95% de las adolescentes encuestadas contestaron que no desean un embarazo en ésta etapa de su vida. Mientras que el 3% si ha estado embarazada, el 3% ha tenido un aborto y el 11% contestó que ha usado la píldora de emergencia.

Tabla 4. Actitudes sobre sexualidad por género, mujeres (n=38)

VARIABLE/CATEGORIA	N	%
¿Te gustaría quedar embarazada en esta etapa de tu vida?		
Definitivamente NO	36	95.0
No saben	2	5.0
¿Has estado embarazada?		
No	37	97.0
Si	1	3.0
¿Has tenido aborto?		
Si	1	3.0
No	37	97.0
¿Ha utilizado píldora de emergencia?		
Si	4	11.0
No	29	76.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria en Temixco Morelos. (2016)

En la siguiente tabla 5 podemos apreciar que el 94% contestó que no le gustaría que su pareja se embarazara y el 93% contestó que su pareja no ha estado embarazada, el 3% su pareja ha tenido un aborto y el 17% su pareja ha utilizado la píldora de emergencia.

Tabla 5 Actitudes sobre sexualidad por género, hombres (n=30)

VARIABLE/CATEGORÍA	N	%
¿Te gustaría que tu pareja se embarazara?		
Definitivamente NO	28	94.0
Probablemente no	1	3.0
No sabe	1	3.0
¿Tu pareja ha estado embarazada?		
No	28	93.0
¿Tu pareja ha tenido un aborto?		
Si	1	3.0
¿Tu pareja ha utilizado la píldora de emergencia?		
Si	5	17.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria en Temixco Morelos. (2016)

La tabla 6 nos muestra que el 75% son heterosexuales, el 20.5% no sabe, el 16% tienen tatuaje o perforación, el 22% su pareja tiene tatuajes y el 4% dice tener flujo vaginal. Mientras que el 43% opina que para evitar el embarazo en los adolescentes se necesita mayor acceso a los jóvenes en educación sexual y el 26% que se debe fomentar la comunicación entre padres e hijos/as. El 44% pertenece a los adolescentes que opinan que la causa de los embarazos en la adolescencia es el mal uso de métodos anticonceptivos, seguido del 16.2% por falta o distorsión de la información y el 16.2% no usan métodos anticonceptivos.

Tabla 6 Riesgos adicionales a la sexualidad

VARIABLE/CATEGORÍA	N	%
Identidad sexual		
Heterosexual	51	75.0
Homosexual	1	1.5
Bisexual	1	1.5
Otro	1	1.5
No sabe	14	20.5
Tienes algún tatuaje o perforación		
Si	11	16.2
No	56	82.3
¿Tu pareja o novio tiene tatuajes?		
Si	15	22.0
No	45	66.0
¿Has tenido algún síntoma?		
Picazón en vagina o área genital	2	3.0
Flujo Vaginal	3	4.0
Ninguno de los anteriores	55	81.0
No sabe	8	12.0
¿Cuál crees que es la mejor opción para disminuir los embarazos en la adolescencia?		
Mayor acceso de los jóvenes a la educación sexual	29	43.0
Fomentar la comunicación entre padres e hijos	18	26.4
Mayor participación de los medios de comunicación en educación sexual	5	7.3
No es un problema que tenga que resolverse	1	1.0
Confianza en hijos	7	10.3
No sabe	8	12.0
¿Porque crees que ocurren embarazos en adolescentes?		
Mal uso de métodos anticonceptivos	30	44.0
Falta o distorsión de la información	11	16.2
El alcohol y las drogas	5	7.4
Por curiosidad	3	4.4
Por estatus social	1	1.5
No usan métodos anticonceptivos	11	16.2
No sabe	7	10.3

Fuente: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria en Temixco Morelos. (2016)

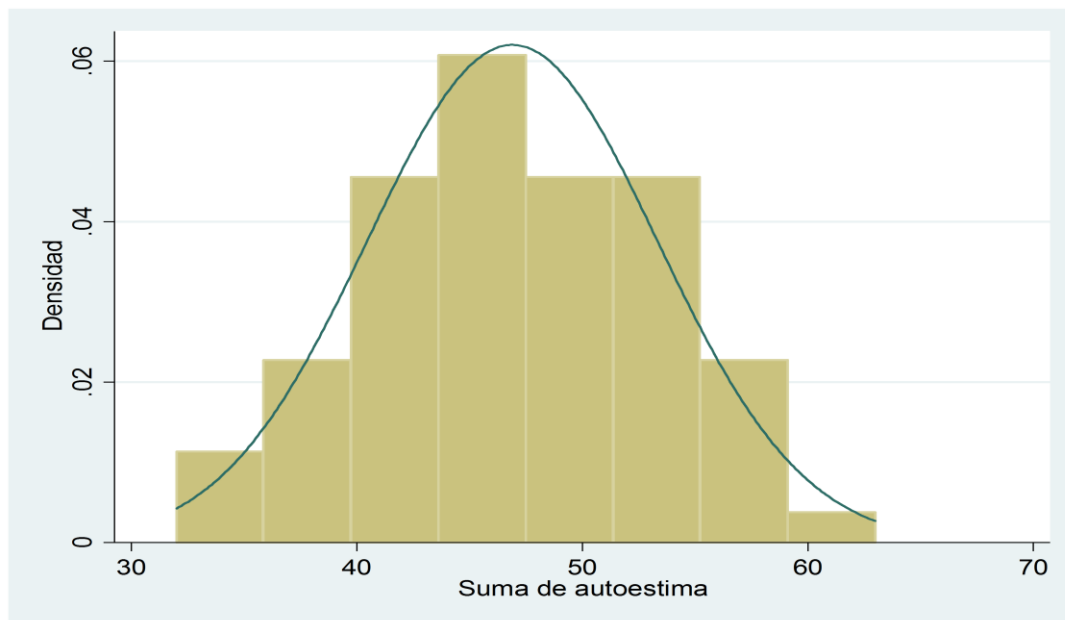
4.3 Autoestima

De la escala de autoestima aplicada de García-Gómez, se obtuvo una escala de fiabilidad con la prueba estadística de alpha de Cronbach, que mide la confiabilidad de respuesta del instrumento ($\alpha=0.84$). De las cuales se obtuvieron los promedios y distribución que se indican en la tabla 7.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de los indicadores de autoestima (n=68)

Dimensión	Media	Desv. Std.	Mínimo	Máximo
Autoestima total	46.9	6.4	32	63
Autoestima Física	11.4	2.8	4	16
Autoestima General	14.9	3.2	7	20
Autoestima Académico/Intelectual	8.0	2.1	3	12
Autoestima Emocional	7.5	2.5	3	12
Autoestima Relaciones con los otros	8.3	1.5	5	12
Autocritica	8.5	1.8	5	12

Fuente: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria en Temixco Morelos. (2016)

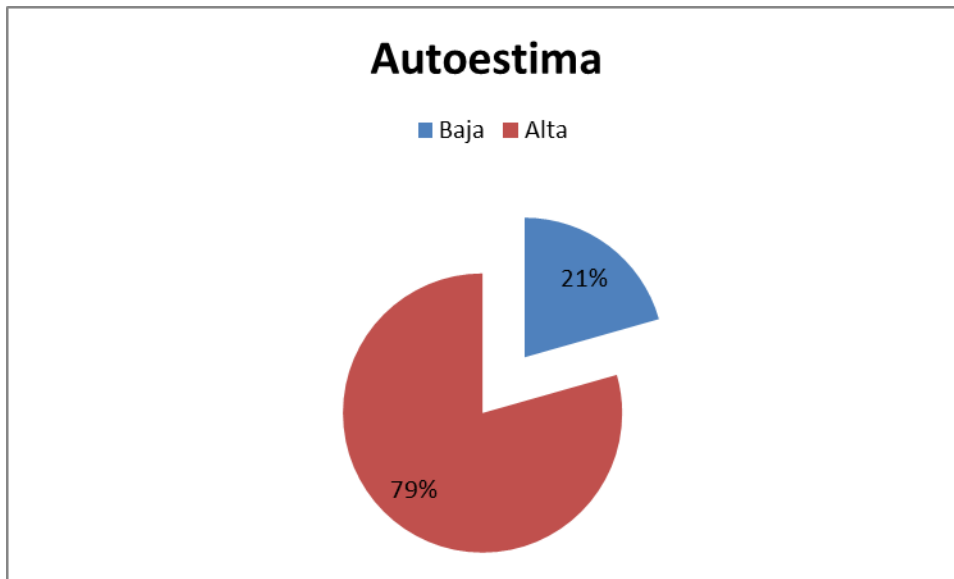


Fuente: Cuestionarios aplicados a los adolescentes de secundaria en Temixco (2016)

Gráfica 4. Distribución de frecuencias de la suma de autoestima. Se observa que la variable conformada por la suma de los puntajes totales de autoestima tiene una distribución de probabilidad normal (prueba de identidad con $p=0.747$ y Shapiro-Wilk $z=-0.94$, $p=0.829$).

Para coincidir con otros estudios donde se ha estudiado la autoestima se construyó una variable para evaluar la autoestima alta o baja, se generaron las variables dicotómicas tomando como punto de corte para la categoría alta la media más 1 desviación estándar, debido a que todas las sumatorias se distribuyeron normalmente de acuerdo con la prueba de Shapiro-Wilk, quedando distribuida como se observa en la gráfica 5.

Gráfica 5 Distribución de autoestima alta y baja (n=68)



Fuente: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria en Temixco 2016

Gráfica 5. Muestra que el porcentaje obtenido de autoestima baja fue de 21%

4.4 Distribución de la autoestima por inicio de vida sexual (IVS) y sexo

Para determinar si existe relación entre el inicio de vida sexual, el sexo y los niveles de autoestima, se realizaron pruebas de hipótesis no paramétricas; para evaluar la suma de autoestima total con inicio de vida sexual y sexo, se realizó análisis bivariado con la prueba de U de Mann-Whitney a dos colas, resultando significativa para la comparación con sexo y no significativa para la relación con el IVS como se muestra en la tabla 8.

Tabla 8 Comparación de la suma de autoestima por sexo e inicio de vida sexual

Variable	n	Chi2	Valor p
Sexo			
Hombre	30	0.473	0.4918
Mujer	38		
IVS		6.163	0.0130*
No	55		
Si	13		

*valor p<0.05

Fuente: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria en Temixco Morelos. (2016)

De igual manera se hizo la comparación de las dimensiones de autoestima evaluadas, quedando distribuidas como se indica en la tabla 9.

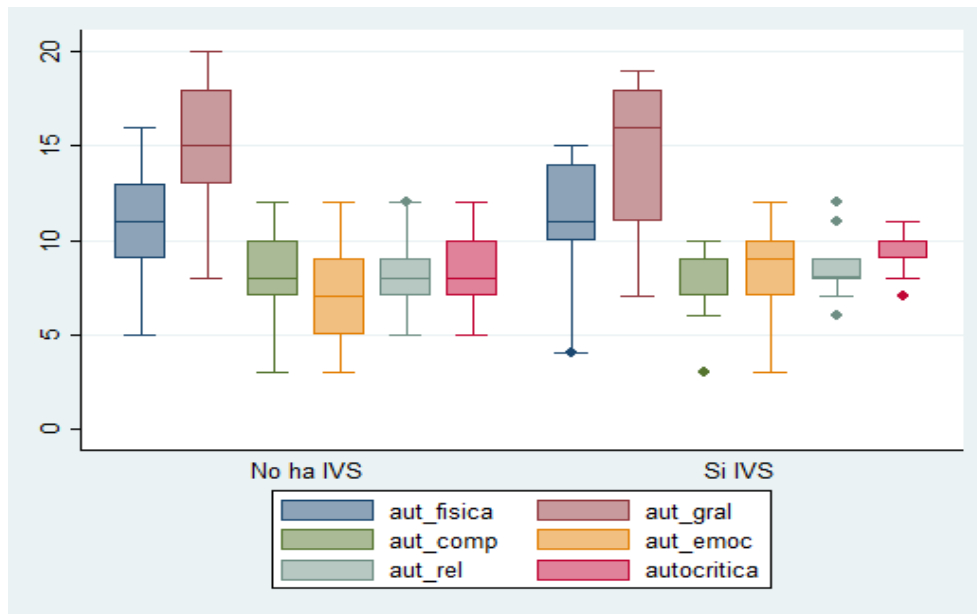
Tabla 9 Promedio (DE) de autoestima y sus dimensiones por sexo e IVS (n=68)

Dimensión	Sexo		T de Student	IVS		T de Student
	Hombre (n=38)	Mujer (n=30)	t	No (n=55)	Si (n=13)	t
Autoestima total	46.5(6.8)	42.3(6.6)	-2.54**	44.2(6.8)	44.2(7.8)	.01
Autoestima Física	12.6(2.6)	10.5(2.7)	-3.26**	11.5(2.7)	11.0(3.4)	0.54
Autoestima General	15.4(2.9)	14.5(3.4)	-1.10	15.0(3.0)	14.2(4.1)	0.81
Autoestima Académico/Intelectual	8.3(2.2)	7.8(2.0)	-0.89	8.1(2.2)	7.8(1.9)	0.37
Autoestima Emocional	8.7(2.2)	6.7(2.3)	-3.58**	4.3(2.4)	8.4(2.6)	-1.42
Autoestima Relaciones con otros significativos	8.3(1.4)	8.3(1.6)	0.06	8.2(1.5)	8.5(1.6)	-0.48
Autocrítica	8.2(1.5)	8.8(2.1)	1.24	8.3(1.9)	9.5(1.2)	-2.05*
	*valor p <0.05 **valor p <0.01					

Fuente: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria en Temixco Morelos. (2016)

De acuerdo con los resultados que se presentan en la tabla 9, los valores de autoestima se relacionan con el IVS, cuando se evalúa la autoestima total, física y emocional; así como con la autocrítica.

Gráfica 6. Comparación de las dimensiones de autoestima (suma de puntaje) por inicio de vida sexual



4.5 Factores asociados al IVS en los adolescentes

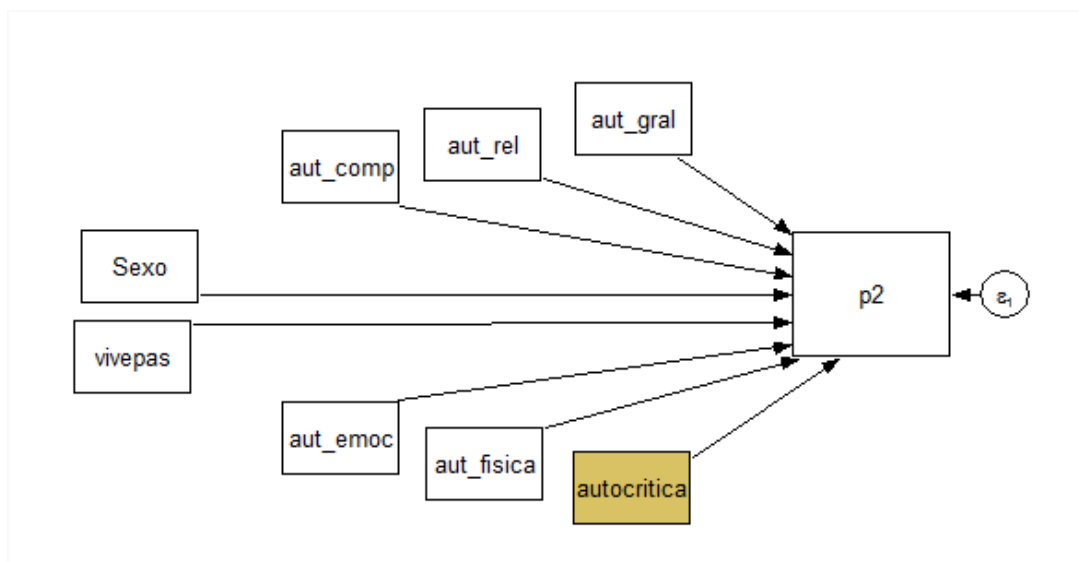
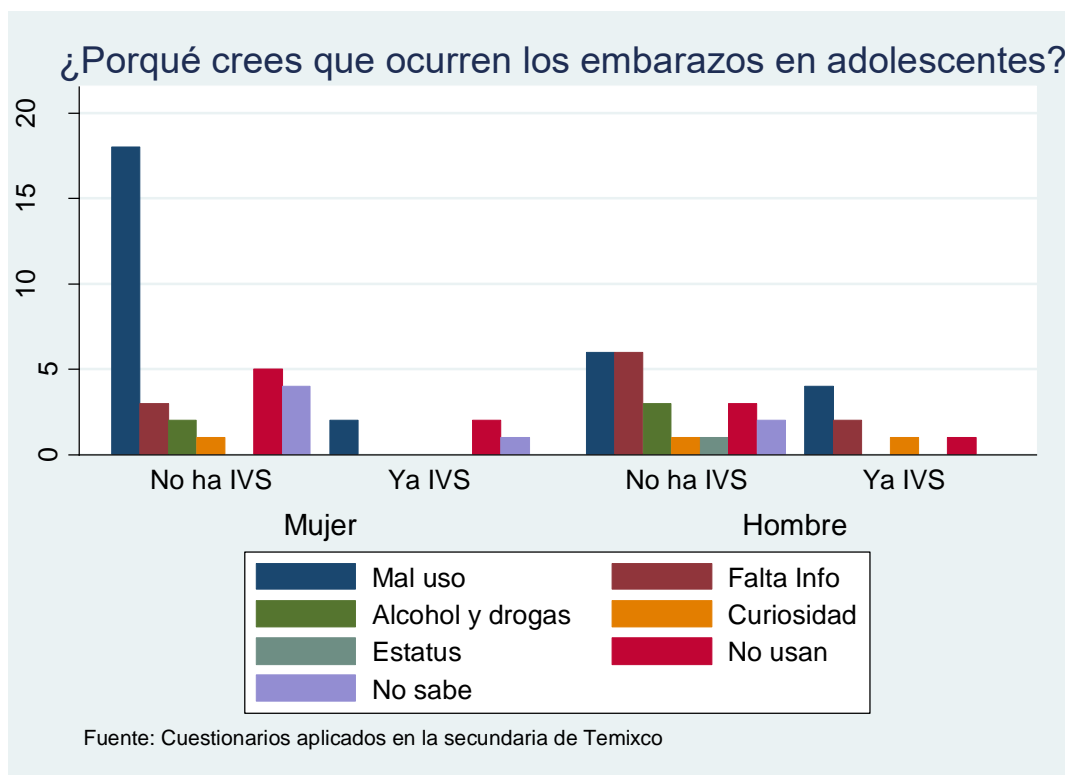


Figura 1. Modelo estructural del inicio de vida sexual en adolescentes de secundaria. Fuente: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria en Temixco Morelos. (2016)

Al analizar el modelo estructural, utilizamos como factores de ajuste las variables sexo y vivir con sus padres; la escala de autocrítica fue la única que se relacionó con el inicio de vida sexual (valor $p=0.022$), sin embargo, al analizar la covarianza (grado de variación conjunta de dos variables aleatorias, ayuda a determinar si existe una dependencia entre ambas variables) (33), se encontró una relación significativa entre el sexo y la autoestima emocional (valor $p=0.002$), sexo y autoestima física (valor $p=0.004$), autoestima de académico/intelectual con autoestima de relaciones con los otros (valor $p=0.043$), autoestima de académico/intelectual con autoestima general (valor $p=0.007$), autoestima de académico/intelectual con autoestima física (valor $p=0.020$), autoestima general con autoestima emocional (valor $p=0.020$), autoestima general con autoestima física (valor $p=0.020$), autoestima general con autocrítica (valor $p=0.020$), autoestima emocional con autoestima física (valor $p=0.020$) y esta última con autocrítica (valor $p=0.020$).



Gráfica 7. Frecuencia de opiniones de los adolescentes sobre ¿por qué ocurren los embarazos en la adolescencia?

En la gráfica 7. Se observan las opiniones de los participantes sobre porque creen que ocurren los embarazos en la adolescencia, diferenciado entre aquellos que ya iniciaron

vida sexual y por sexo. En el caso de las mujeres que no han IVS, opina la mayoría, que se debe al *Mal Uso* de los métodos, que *No los Usan* y otro porcentaje menor, expresaron que No Saben porque ocurren. Las mujeres que ya IVS opinaron que *No Usan* y *el resto que No Sabe porque ocurren los embarazos*. En el caso de los hombres que ya IVS, la mayoría cree que se debe al *Mal Uso* y a *Falta de Información*, y coinciden los que aún no han tenido relaciones sexuales, opinan que se debe al Mal Uso y a la Falta de Información. En los dos casos y en ambos sexos, pudimos identificar un déficit en el conocimiento e información que presentan los adolescentes acerca del uso de métodos de protección y del riesgo de un embarazo no planeado por ésta razón. Lo cual nos enfoca y motiva al diseño de nuestra propuesta de Intervención educativa integral, como estrategia para dar cobertura y respuesta a las necesidades de los problemas de los adolescentes.

CAPITULO V. CONCLUSIONES

Los resultados del estudio que llevamos a cabo en ésta tesis, nos muestran áreas de oportunidad para la promoción de la salud que pueden ser identificados con los instrumentos utilizados en esta y en otras poblaciones similares.

Se puede concluir que los adolescentes necesitan orientación e información antes de IVS, como medida prioritaria, incrementar sus conocimientos en el uso adecuado de métodos anticonceptivos, embarazo no planeado o deseado, hincapié en las ITS por representar un riesgo potencial a su salud al adquirir cualquiera de ellas, desde las menos graves hasta las letales, lo que contribuirá a hacer más conscientes de la responsabilidad que tienen en el cuidado de su salud, ya que como hemos visto en los resultados el porcentaje de jóvenes con deficiencia de conocimientos al respecto, es alto (74%).

Preferentemente las intervenciones educativas deben ser recibidas en sus espacios educativos, ya que se ha visto que es mayor el número de jóvenes que no se acercan por sí solos a los servicios de salud, por distintas causas, a pedir consejería en salud sexual y reproductiva quedando fuera de la cobertura de los programas actuales desarrollados exclusivamente para ellos, a pesar de los beneficios que ofertan y la eficacia de los mismos. Aún hay brechas que eliminar, como lograr obtener la confianza

de los adolescentes en las Instituciones de salud y sus profesionales como médicos, enfermeras, psicólogos y otros, así como la instrucción de padres o tutores para obtener una mejor comunicación con los adolescentes.

Se encontró que de las categorías de autoestima, la autocrítica se relaciona con el inicio de vida sexual, y que se manifiesta de diferente manera entre los hombres y mujeres, por lo que las estrategias de intervención educativa deben incluir y entender las diferencias y deben enfocarse en una atención integral en el adolescente. En éste sentido nos parece interesante identificar la relación del IVS con la autocrítica, ya que ésta tiene influencia al momento de elegir y tomar decisiones trascendentales para su presente y futuro.

Si se identificó una relación significativa entre el sexo y la autoestima emocional (valor $p=0.002$), sexo y autoestima física (valor $p=0.004$), de igual forma el resultado nos dice que es más alta en los hombres que en las mujeres.

Cuando se analizó el resultado de autoestima en ésta investigación, encontramos y pudimos comprobar también con resultados similares en otros estudios que se han hecho con anterioridad, (mencionados en el marco referencial), con distintas poblaciones, en diversos escenarios, que en efecto la autoestima, el autoconcepto y la autocrítica están presentes en el desarrollo intelectual, emocional y psicológico durante la adolescencia, lo que demuestra su influencia y relación en la toma de decisiones acertadas o no respecto al cuidado de la salud, el desarrollo de la sexualidad y al IVS. Lo que nos motiva a concluir que es prioritario el fortalecimiento de la atención y la educación sexual integral para los adolescentes, a través de la propuesta de Intervención explicada en el apartado de Recomendaciones, por parte de las Instituciones de salud y educativas que forman recurso humano en salud, con la finalidad de alcanzar estándares de bienestar y salud sexual y reproductiva, favoreciendo entornos y conductas saludables, garantizando que impacten de manera positiva en las condiciones de la calidad de vida presente y futura de los adolescentes, así como en la disminución de las tasas de Morbi-mortalidad materna-fetal, abandono de infantes, deserción escolar, embarazos no planeados, ITS, entre otros.

CAPITULO VI. DISCUSIÓN

El modelo de promoción de Nola Pender, está diseñado para que el individuo fomente conductas promotoras de salud, como lo mencionamos anteriormente, el profesional de enfermería es quien aplica en mayor proporción éste modelo a través de la enseñanza y orientación para lograr en la población un aprendizaje significativo y que adopte estilos de vida saludables.

La teoría de la promoción y la prevención de Nola J. Pender, nos habla del trabajo que se realiza para prevenir diferentes causas de enfermedad o riesgos y promocionar estilos de vida saludables en la población, lo cual es de gran utilidad en la promoción y prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados o deseados por los adolescentes de nivel secundaria antes de IVS.

En el estudio que aquí nos ocupa, participaron un total de 68 estudiantes de tercer año de enseñanza secundaria. Con una edad promedio de 14.4 años Del total de participantes, 44.29% fueron del sexo masculino.

En la hipótesis nos planteamos que la autoestima es un factor determinante en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, de tal manera que el inicio de vida sexual, se relaciona con el nivel de autoestima, lo cual ocurre de manera diferente en los hombres y en las mujeres. Los resultados de éste estudio de investigación coinciden con otros estudios que confirmaron esta hipótesis.

El 69.2% de los estudiantes que ya iniciaron VS, vive con ambos padres, sin embargo no se encontró diferencia significativa o relación con IVS, si viven solo con uno de ellos o con otro familiar. Lo cual es similar al resultado de otros estudios realizados anteriores a éste.

El porcentaje de estudiantes que viven solo con su madre es mayor en el sexo femenino. Del total de la muestra, 19% manifestó haber iniciado su vida sexual al momento de la encuesta. La comparación por sexos muestra un mayor porcentaje de inicio de vida sexual en el sexo masculino (26.67%). La edad de inicio de vida sexual fue en general en promedio a los 14 años. En los hombres, la edad promedio fue a los 14.2 años, mientras en las mujeres, la edad promedio fue a los 13.8 años. (Tabla No. 1)

El análisis del conocimiento sobre métodos anticonceptivos mostró que el 91.18% ha escuchado sobre métodos anticonceptivos. Este porcentaje es mayor entre el sexo femenino (92.11%) que en el masculino (90%). Sin embargo, de manera verbal manifestó la mayoría no saber el uso adecuado del condón. Lo anterior pone ante nosotros una realidad percibida de un riesgo potencial de adquirir ITS y/o embarazo no deseado o planeado. Es aquí donde el Modelo de Promoción para la Salud de Nola Pender destaca la importancia en la educación para fomentar conductas saludables en los jóvenes interactuando con su entorno, su aspecto cognoscitivo y perceptual, en donde el profesional de enfermería tiene un amplio campo de acción.

Al interrogar con las preguntas del cuestionario a los estudiantes acerca de que método anticonceptivo es el idóneo durante la adolescencia, contestaron: al preservativo (67.7%) y el coito interrumpido (15%). Este último es mencionado en mayor proporción por las mujeres (16%) que por los hombres (13%), el resultado nos muestra que hace falta mayor consejería hacia los jóvenes que están iniciando su vida sexual.

Con relación al conocimiento sobre ITS, cabe resaltar que en el 73.3% se identificó una deficiencia en conocimiento de ITS, lo cual nos muestra un alto riesgo para los jóvenes de contraer dichas infecciones. La información sobre sexualidad que reciben los adolescentes proviene en su mayoría de la madre, con diferencia entre sexos mujeres (52.6%), hombres (36.7%). La segunda fuente de información para ambos sexos está representada por los maestros y la tercera es para los hombres su papá y para las mujeres los amigos. Esto nos hace reflexionar en que la intervención educativa debe ampliarse a padres y/o tutores de los estudiantes en cuestión, y así ellos cuenten con la información correcta para que a su vez puedan transmitirla a sus hijos, alumnos o tutorados que la soliciten.

En el Comportamiento sexual, de los estudiantes que refirieron haber iniciado vida sexual activa, el 77% manifestó haber utilizado preservativo en la primera relación sexual. El 100% de las mujeres reportó el uso de preservativo en la primera relación sexual, mientras en los hombres, solo fue reportado por el 62.5%.

Uno de nuestros objetivos fue el identificar necesidades de conocimiento en los adolescentes acerca de métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual,

del método más idóneo de usar para los adolescentes y de la fuente de información que reciben los jóvenes con respecto a temas de salud sexual y reproductiva. Parra-Villarroel y Pérez-Villegas, nos dicen que la sexualidad y las conductas saludables no pueden lograrse sin una comprensión del proceso de desarrollo psicosocial que influye en la conducta sexual del adolescente. Mientras que los cambios biológicos y cognitivos ocurren de forma involuntaria, el desarrollo psicosocial se rige por la percepción que cada uno tiene de sí mismo en relación al medio social y ambiental que le rodea. Los cambios cognitivos también se manifiestan a través de ciertas conductas psicosociales que son comunes en la mayoría de los adolescentes. Su conducta varía de acuerdo al nivel de capacidad física, psicológica y social del individuo. Las influencias más importantes en el desarrollo psicosocial incluyen el desarrollo de la identidad sexual, moral, ética y espiritual del individuo y las luchas por la independencia/ dependencia entre sus pares y la influencia de sus padres²⁴.

Díaz-Monsalve, menciona como el adolescente tiene el derecho a ser educado y a tener acceso a la información oportuna y confiable en temas como el cuerpo, la sexualidad, la reproducción y las infecciones de transmisión sexual, de tal manera que esté en capacidad de tomar decisiones libres e informadas⁴⁶. De manera similar, en su estudio encontraron que 47.2% de los estudiantes vivía con ambos padres, mientras que nuestros participantes refieren 57.1%. Lo cual apoya la necesidad de informar de manera oportuna, antes del IVS como lo estamos proponiendo en éste trabajo.

Compartimos el mismo criterio con UNFPA, al afirmar que para que la educación sexual sea completa, debe tener un enfoque adecuado a la edad y a la cultura, y enseñar sobre la sexualidad y las relaciones ofreciendo información científicamente precisa, realista y sin prejuicios. La educación sexual ofrece oportunidades de explorar los propios valores y actitudes y de desarrollar habilidades comunicativas y para tomar decisiones y reducir los riesgos¹⁶.

Estamos totalmente de acuerdo con Moreno-Gómez y cols., que “El personal de la salud que trata con adolescentes debe estar capacitado y actualizado en temas de salud sexual, comunicación y psicología en la adolescencia para poder llevar a cabo una adecuada educación³¹.

En un estudio realizado con anterioridad en Chile por León, Minassian, Borgoño y Bustamante, obtuvieron resultados similares a los que aquí se encontraron en relación a que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo al IVS. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos⁴⁷.

Los datos de ENADID 2014 nos muestran como se ha incrementado la actividad en adolescentes mujeres del 2009 con el 17.7% al 2014 con un 32.2%¹¹, y tomando en cuenta que en nuestro estudio realizado, encontramos que las mujeres optan en mayor proporción que los varones en utilizar como método de protección el “Coitus Interruptus” exponiéndose a mayor riesgo de contagio de ETS, lo que confirma la importancia y el impacto que tiene el llevar a cabo el programa educativo, recomendado en éste trabajo de Investigación.

Estamos en total acuerdo con Ayala-Castellanos y cols., en cuanto a que “La primera relación sexual en edades tempranas, produce un patrón de desarrollo sexual en los adolescentes que no va aparejado con la maduración psicológica. Esto condiciona un manejo inadecuado de la sexualidad, lo que expone a los jóvenes a riesgos de salud ya mencionados²⁶.

Compartimos el mismo criterio y enfoque con Díaz y Reyes, para llevar a cabo “Las acciones de promoción de salud que favorezcan la conducta sexual responsable, que pretendan disminuir el embarazo y el aborto en la adolescencia requieren responsabilidades y esfuerzos compartidos entre individuos, familias, organizaciones sociales, sistema de salud y sistema educacional. Los programas de promoción de salud deben promover cambios a nivel individual, grupal y social. Todos son componentes de un sistema de factores determinantes de la salud, y no tener en cuenta este aspecto conduce a soluciones parciales, o a dejar el problema en similares condiciones”³⁸.

En concordancia con el artículo publicado por el INSP en que puntualiza que la educación sexual debe ser integral, y que ésta educación integral es una responsabilidad que atañe a familias, escuelas, las y los profesionales de los servicios de salud, organizaciones religiosas, instituciones de salud y medios de comunicación y que es

obligación del Estado garantizar el derecho a la educación integral en sexualidad, por ser parte de un derecho humano más amplio: el derecho a la educación, tal y como se expresa en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en diferentes acuerdos internacionales¹¹.

Es importante resaltar que concordamos totalmente con el estudio de Montero, al mencionar que el acceso a la salud y educación constituyen un derecho humano irrenunciable, al proporcionarnos la oportunidad para lograr nuestros objetivos vitales, debe ser requerido como una cuestión de justicia y equidad, que involucra a la sociedad en su conjunto y que es un imperativo ético la necesidad de evitar toda forma de enjuiciamiento o discriminación hacia la sexualidad, pues de lo contrario puede traducirse en un grave abuso hacia los derechos fundamentales de los/las adolescentes, con el consiguiente menoscabo en la salud de esta población, y que los/las educadores y profesionales de la salud que participamos en la atención integral de adolescentes somos agentes replicadores del modelo educativo, por lo que debemos estar debidamente motivados y capacitados como una manera de contribuir al desarrollo propio de la adolescencia, entregando información objetiva, actualizada, completa y veraz, que permita la toma de decisiones de manera libre e informada de los/las adolescentes en aspectos que les atañen directamente⁴⁸.

Compartimos el mismo juicio con García y Cañadas, al aseverar que las estrategias sanitarias, en especial en relación con la sexualidad, deben dirigirse a los y las adolescentes en un contexto diferente al del centro de salud y de acuerdo a sus necesidades, y que la información sobre sexualidad debe centrarse en combatir algunas creencias erróneas o mitos, muy arraigados, y focalizar estas actuaciones no sólo en mejorar conocimientos y actitudes, sino en generar cambios de conducta⁴⁹.

El estudio que realizamos aquí, nos hizo comprobar y estar de acuerdo con Bendezú y cols., cuando afirma que el embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía; recién después de 5 años de la menarquía, la joven alcanza su madurez reproductiva. Por esta razón, los embarazos que se inician en los primeros 5 años de la menarquía adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan⁵⁰.

El análisis de varios estudios y el que aquí presentamos, nos llevó a coincidir con Cansino y Valencia, cuando dice que, se ha señalado que los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, y con menor autoestima y asertividad tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a utilizar menos los anticonceptivos y, en el caso de las jóvenes, a quedarse embarazadas, con el riesgo de llegar al aborto por la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una decisión mejor⁵¹.

El mayor interés que tenemos es que se lleve a cabo la Intervención educativa que se sugiere en el presente trabajo, ya que concordamos con Borja-González y Del Pozo-Serrano, en que al reconocer la importancia de la salud para la vida surgen propuestas positivas de diversas disciplinas que buscan mejorar no solo la vida, sino la calidad de la misma mediante la promoción de estilos de vida saludables o la prevención de daños y de riesgos. Para esto se requiere optimizar las conductas del individuo dentro de la sociedad llena de factores desfavorables, siendo la promoción la estrategia de intervención para la salud.

Por otra parte el informe de las intervenciones biomédicas tienen poco impacto en el estado de salud de las poblaciones y solo las intervenciones de naturaleza promocional, preventiva y ambiental que afectan el entorno y estilo de vida producen cambios significativos en esas condiciones de salud. La EpS supone una interacción necesaria, en la que se involucran los comportamientos y las acciones humanas de los educadores y los educandos, en un proceso de formación permanente que implica interactuar para aprender los significados; dado que representa la mejor estrategia para que los usuarios reciban una atención basada y centrada en su estilo de vida y no en sus problemas de salud. El contexto latinoamericano sigue la misma métrica dada por la reaparición de la Atención Primaria de Salud como eje central de los sistemas de salud⁴⁰.

Cabe mencionar un dato de interés que encontramos en los resultados del estudio de Vega, que es señalar que los hombres han referido una mayor presión del grupo de iguales, y las mujeres han sido persuadidas por sus parejas para tener relaciones sexuales sin preservativo. Lo cual también sería de interés contemplarlo en los programas educativos, dotando a ellos de habilidades necesarias para actuar bajo la

presión del grupo y a ellas de estrategias para decidir por sí mismas, no dejándose llevar en ambos casos por estereotipos de género⁵².

Agregaríamos, en nuestra opinión, un componente más que forme parte de aquel profesional de salud, en un deseo ideal que sería *el sentir Genuino interés por mejorar las condiciones de vida en éste sector de la población* en lugar de señalarlos o criticarlos cuando han tomado una decisión equívoca, y recordar que en Enfermería estamos para *Cuidar y apoyar no así para discriminar y censurar*, tener siempre muy presente que la problemática que viven los y las adolescentes es Multifactorial, y que no en todos los determinantes de la salud podemos incidir o influir de manera directa para cambiar o mejorar la situación actual del o de la Adolescente, un ejemplo de ello, es la pobreza extrema y el abandono por parte de los padres, las adicciones entre otros, en el área del conocimiento y autocuidado a través de la promoción y la prevención para la salud, si podemos y debemos esforzarnos por hacerlo de manera oportuna, con calidad y humanismo.

CAPITULO VII. RECOMENDACIONES

Los programas de Salud que están dirigidos a una mejor calidad de vida de los adolescentes están enfocados de manera prioritaria a la prevención de embarazo precoz y de ITS. Sin embargo los factores que afectan a los y las adolescentes son aún más complejos, de tal forma que el aspecto Psicológico de cada uno de ellos se ve afectado propiciando complicaciones que pueden ser prevenibles de ser atendidas con oportunidad y adecuadamente, y solo una minoría recibe atención en ésta área debido a diferentes factores y barreras. Confiamos en que esta tesis de grado con sus resultados, se convierta en un material de insumos y reflexión para fortalecer con intervenciones innovadoras y certeras la educación integral en salud sexual y reproductiva para los adolescentes en sus propios espacios educativos y a temprana edad, favoreciendo la calidad de vida y desarrollo saludable en cada individuo, familia o comunidad.

Por lo antes expuesto se recomienda para el logro del objetivo general, llevar a cabo:

- *La propuesta de Intervención Educativa diseñada en éste trabajo.*
- *Abordar al adolescente al inicio de la pubertad para proporcionarle información adecuada acerca de los métodos anticonceptivos, y prevención de riesgos.*
- *Realizar campañas permanentes en las escuelas Secundarias logrando un trabajo en equipo con el personal docente donde se abordará a los adolescentes antes del inicio de su vida sexual reproductiva para facilitarle conocimientos que les sean útiles a la hora de decidir iniciar relaciones sexuales con sus parejas, y lo hagan con mayor conciencia y responsabilidad.*
- *Hacer extensiva la intervención a padres, tutores y docentes, para fomentar y motivar la participación activa de estos en la prevención y promoción para la salud.*

La sugerencia es que el estudiante de Licenciatura en Enfermería, Posgrado o Maestría, haga una evaluación retrospectiva en cuanto a su actuar y qué tanto de lo aprendido está aplicando de manera práctica, y que tanto es real el logro de sus objetivos en los trabajos que realiza en las distintas materias que lleva a lo largo de su formación académica.

Las prácticas comunitarias y de salud pública son una gran oportunidad para desarrollar investigaciones y hacer diagnósticos individuales, grupales, del medio ambiente, en comunidades o familias, y aplicar respuestas de solución reales en la población, obteniendo un beneficio mutuo entre el estudiante, la facultad, el individuo y la comunidad. Reconociendo un ámbito en el que se pueden aplicar las distintas teorías en enfermería, según sea el caso, como la Teoría de Nola Pender, Dorothea Orem, Madeleine Leininger, entre otras.

7.1. Propuesta de Intervención

Los adolescentes, a menudo carecen de acceso a anticonceptivos y de información acerca de su uso. Las barreras incluyen la falta de conocimiento acerca de dónde obtenerlos, el miedo de ser rechazados por los proveedores de servicios de salud,

la oposición de una pareja masculina, el estigma de la comunidad acerca de la anticoncepción o la sexualidad en adolescentes, ubicaciones u horarios de la clínica incómodos, los costos y las preocupaciones acerca de la privacidad y la confidencialidad.

Como ya se había comentado, se diseñó una propuesta de intervención educativa como estrategia para coadyuvar con otros programas de salud en la solución de la problemática que se presenta en los jóvenes en nuestro Estado, además de acercarlos en su ambiente estudiantil, intervenciones de prevención y promoción enfocadas a la salud sexual y reproductiva y fortalecer su autoestima.

Consideramos que es importante que el adolescente tenga a temprana edad los conocimientos suficientes acerca de cómo cuidar su salud sexual y reproductiva e incrementar así su capacidad de prevenir riesgos y situaciones que no favorecen un óptimo crecimiento y desarrollo sano físico, emocional y psicológico.

Objetivo General de la intervención

Facilitar y acercar a los adolescentes en su espacio escolar, el conocimiento en salud sexual y reproductiva y fomentar el desarrollo de su autoestima así como de sus capacidades para tomar las mejores decisiones en pro de su salud.

Objetivos particulares de la intervención:

1. Brindar una intervención de educación integral en salud sexual y reproductiva a los alumnos de secundaria en sus mismos planteles educativos.
2. Programar sesiones en los espacios de dichas Instituciones educativas, con temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y autoestima, impartidas principalmente por profesionales de enfermería y con invitación a otros profesionales de la salud con competencias relacionadas con el tema central (equipo multidisciplinar, Nutriólogos, Psicólogos, etc.)
3. Fomentar la confianza del o la adolescente hacia el profesional de salud.

El llevar a cabo dicha intervención como estrategia nos permitirá hablar de la disminución en la incidencia de embarazo no planeado, ITS, complicaciones gestacionales, deserción escolar, entre otras consecuencias que ponen en riesgo la salud y bienestar integral de las y los adolescentes, así como contribuir a evitar la coartación

de sus proyectos de vida a futuro, permitiendo que los adolescentes puedan tener una estabilidad económica a través de una mejor preparación académica, oportunidades con igualdad de género y de independencia, entre otros beneficios que les traería el no embarazarse a temprana edad, proteger su salud y su bienestar.

Los talleres que se sugieren dar en la intervención son:

ADOLESCENCIA	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
AUTOESTIMA	ITS
COMUNICACIÓN EFECTIVA PADRES E HIJOS Y/O TUTORES.	EMBARAZO ADOLESCENTE E IMPACTO FÍSICO, PSICOSOCIAL Y ECONÓMICO
VIOLENCIA FAMILIAR Y BOOLING	NUTRICIÓN EN LA ADOLESCENCIA
EJERCICIO Y DESCANSO	GÉNERO Y DERECHOS DE LAS MUJERES
INDEPENDENCIA ECONÓMICA	ADICCIONES Y DELINCUENCIA

Finalizaremos puntualizando nuestras recomendaciones con lo que creemos que es importante como es:

El Incidir en el bienestar de los y las adolescentes de Morelos debe ser prioritario para las universidades que forman recursos humanos en salud, así como las Instituciones de salud y educativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Williamson N. El Estado de la Población Mundial 2013. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2013. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
2. INEGI. Número de Habitantes Morelos. Cuentamé INEGI. Al 2015. <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mor/poblacion/49>.
3. Secretaría de Gobernación. Diagnóstico integral, 2016. Morelos. Municipio de Temixco. Programa Nacional para la prevención social de la violencia y la delincuencia. Disponible en: https://www.hacienda.morelos.gob.mx/images/docu_planeacion/planea_estrategica/diagnosticos_tematicos/Diagnostico_Morelos-Temixco.pdf
4. Flores, María del Carmen Reina; Delgado, Alfredo Oliva; Jiménez, Agueda Parra. Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society & Education*, 2010, vol. 2, no 1, p. 55-69.
5. Cataño Toro, David, et al. Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala. *Investigaciones Andina*, 2008, vol. 10, no 16.
6. Rosabal-García E, et al. Conductas de riesgo en los adolescentes. CUBA: Revista Cubana de Medicina Militar. [Internet] 2015. 4 (2): 218-229. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572015000200010
7. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
8. Estimaciones de la SG CONAPO con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 ENSANUT. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328094/Informe_Ejecutivo_2017_ENA_PEA.pdf

9. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de pobreza y evaluación en el estado de Morelos 2012. México, D.F. CONEVAL., 2012. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/SiteAssets/Paginas/Morelos/monyeval/Informe%20de%20pobreza%20y%20evaluación%202012_Morelos.pdf
10. Estadísticas HGT 2013-2014. Embarazadas atendidas en Módulo Materno. Temixco, Morelos: Estadísticas Internas del Hospital de SSM de Temixco.
11. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Morelos. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: encuestas.insp.mx
12. INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 ENADID Marco de referencia. 2016. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825080327.pdf
13. Menéndez Guerrero, Gilberto Enrique, et al. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 2012, vol. 38, no 3, p. 333-342.
14. Castro Espín M, Rivero Pino R, Guerrero Borrego N, Vázquez Seijido M, Díaz Figueroa Y. La salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe—Mirada con catalejo de Cairo + 20. *Revista Sexología y Sociedad* [revista en Internet]. 2014 [citado 2018 Oct 28];20(1):[aprox. 0 p.]. Disponible
15. Comité Promotor. Cartilla de Derechos sexuales y Reproductivos de Adolescentes y Jóvenes. Segunda edición. México 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/cartilla-de-derechos-sexuales-de-adolescentes-y-jovenes?idiom=es>
16. Campo Arias, Adalberto, Silva Durán, José Leonardo, Meneses Moreno, Mariluz, Castillo Suárez, Melany, Navarrete Hernández, Paola Andrea. Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia *Revista Colombiana de Psiquiatría* [en línea] 2004, XXXIII .

- 17.** Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Todas las mujeres, todos los niños 2015. NEW YORK, NY. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/en: http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologia_y_sociedad/article/view/461
- 18.** CONAPO, 2013. Proyecciones de la población de México, 2015-2050. CONAPO, 2014
- 19.** Informe sobre Uniones Tempranas en México 2017. Instituto de Investigación en Salud y Demografía INSAD, enero, 2018. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328094/Informe Ejecutivo 2017 ENA PEA.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328094/Informe_Ejecutivo_2017_ENA_PEA.pdf)
- 20.** Guía para la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en las Entidades Federativas, mayo 2017. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/233399/Gu a ENAPEA Versi n Final Mayo 2017](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/233399/Gu_a_ENAPEA_Versi_n_Final_Mayo_2017)
- 21.** García R, Cortés A, Villa L, Hernández M, Mesquia A, Comportamiento sexual y uso de preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr 2006;22(1). Acceso:13-12-2015 Disponible en: [bvs.sld.cu/revistas magi/vol22_1_06mgi03106.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/magi/vol22_1_06mgi03106.pdf)
- 22.** Mendoza Tascón, Luis Alfonso; Claros Benítez, Diana Isabel; Peñaranda Ospina, Claudia Bibiana. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 2016, vol. 81, no 3, p. 243-253.
- 23.** Montes González, IT, Escudero Ramírez, V, Martínez, JW. Nivel de autoestima de adolescentes escolarizados en zona rural de Pereira, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2012;41(3):485-495. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80625021011>
- 24.** Parra-Villarroel J, Pérez Villegas R. Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. *Medigraphic*, [Internet] 2010; 24(1): 7-19. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101b.pdf>

- 25.** Ramírez-Durán G, Barrientos-García M. *Salud sexual y reproductiva*. Revista Cubana de Enfermería, [Internet] 2015. 31(1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/409/110>
- 26.** Ayala-Castellano M, Vizmanos-Lamotte B, Portillo-Dávalos R. *Salud sexual y reproductiva en adolescentes de una secundaria de Guadalajara*. Jalisco, México: [Internet] 2011; 79(2): 86-92. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom112d.pdf>
- 27.** Páramo María de los Ángeles. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Ter Psicol* [online]. 2011, vol.29, n.1 [citado 2018-11-01], pp.85-95. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082011000100009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-4808.
- 28.** Secretaría de Salud Morelos. Logros de la Secretaría de Salud. Poder ejecutivo del Estado de Morelos, 2014. Disponible en: <http://morelos.gob.mx/?q=visionmorelos/secretaria-de-salud>
- 29.** Zamora, B. *Conceptos básicos sobre sexualidad humana*. . [Presentación online]. s.n., 2011. Publicado 18 de marzo de 2011. Disponible en:
- 30.** UNFPA, SAVE THE CHILDREN AND. *Herramientas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en contextos humanitarios*. New York, USA. s.n., Publicado septiembre de 2009. Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_espanol.pdf
- 31.** Schutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, DC: OPS; 2003. Disponible en: http://saludxmi.cnpss.gob.mx/inpsiquiatria/portal/saludxmi/biblioteca/sexualidad/m3_Factores_desarrollo_saludsexual_adolescentes.pdf
- 32.** Castañeda-Sandoval LA, Moreno-Gómez MT. *Intervención educativa sobre sexualidad y autocuidado en adolescentes de secundaria en Tijuana*. TIJUANA, MÉXICO: Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010; 18(2): 93-98.

- 33.** Güemes-Hidalgo M.; Ceñal González-Fierro M.; Hidalgo Vicario M. Pubertad y adolescencia. *Adolescere*, 2017, vol. 5, no 1, p. 7-22. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>
- 34.** Moreno-Gómez, Lucia Antonieta Castañeda-Sandoval y Mireya Teresa *Intervención educativa sobre sexualidad y autocuidado en adolescentes de secundaria en Tijuana*. No. 2, Tijuana: Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc, 2010, Vol. Vol. 18.
- 35.** Ruiz-Canela M, López-del Burgo C, Carlos S, Calatrava M, Osorio A, de Irala J. Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;31(1):54–61.
- 36.** Vázquez, Aida Rodríguez Cabrera y Luisa Álvarez *Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes*. 1, Cuba: Rev Cubana Salud Pública, La Habana, Vol. 32. Rodríguez Cabrera, Aida;
- 37.** Naranjo, Rodríguez MDC; González, Antonio Caño. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2012, vol. 12, no 3, p. 389-404.
- 38.** Silva-Escorcía, I, Mejía-Pérez, O. Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare* [Internet]. 2015;19(1):241-256. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194132805013>
- 39.** Díaz, Libertad Martín Alfonso y Zunilda Reyes *Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud*. No. 2, Cuba: Rev. Cubana Salud Pública, 2003, Vol. 29.
- 40.** Borja González, J, del Pozo Serrano, FJ. Educación para la salud con adolescentes: un enfoque desde la pedagogía social en contextos y situaciones de vulnerabilidad. *Salud Uninorte* [Internet]. 2017;33(2):213-223. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81753189014>

- 41.** Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey. Modelos y Teorías en enfermería. 7ª Edición 2011, 816 pág. Elsevier España.
- 42.** Aristizábal Hoyos Gladis Patricia, Blanco Borjas Dolly Marlene, Sánchez Ramos Araceli, Ostiguín Meléndez Rosa María. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2011 Dic 8(4): 16-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es.
- 43.** Sigrid Vivo, Drina Sarič, Rodrigo Muñoz, Sandra McCoy, Paula López-Peña y Sergio Bautista-Arredondo. Guía para medir Comportamientos de Riesgo en Jóvenes. ed. Sigrid Vivo, Drina Sarič 2013.BID.Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/3756/esp%20GUIA%20MEDICION%20COMPORTAMIENTOS%20JOVENES.pdf>
- 44.** García-Gómez A. Programa para la mejora de las habilidades sociales y la autoestima. Premios Joaquín Sama a la Innovación Educativa. Junta de Extremadura, España; 1998. Disponible en: [http://bam.educarex.es/gestion_contenidos/ficheros/139\]Sama98t2.pdf](http://bam.educarex.es/gestion_contenidos/ficheros/139]Sama98t2.pdf)
- 45.** Cañete Roberto, Guilhem Dirce, Brito Katia. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. Acta bioeth. [Internet]. 2012 Jun [citado 2018 Sep 19]; 18 (1): 121-127. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000100011&lng=es.
- 46.** Díaz Monsalve L, Torrente Posada M, Gómez E. Perfil epidemiológico de la salud sexual y reproductiva de un grupo de adolescentes escolarizados: una perspectiva desde los derechos. Bello - Colombia. 2005 -2008. Medunab [serial on the Internet]. (2011, Apr), [cited August 21, 2017]; 14(1): 15-25.
- 47.** León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Revista Pediatría Electrónica, Chile, 2008; 5. Volumen 5(1):
- 48.** Montero V Adela. Sex education as a cornerstone for a healthy teenage sexuality. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Oct [citado 2018 Oct 30]; 139(10): 1249-1252.

Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001000001&lng=es.

49. García G María A, Cañadas-De la Fuente Guillermo A, González-Jiménez Emilio, Fernández Castillo Rafael, García-García Inmaculada. Educar en conductas sexuales saludables: una innovación docente en promoción de la salud. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2011 Oct [citado 2018 Oct 30] ; 139(10): 1269-1275. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001000004&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001000004.58>.

50. Bendezú Guido, Espinoza Daisy, Bendezú-Quispe Guido, Torres-Román Junior Smith, Huamán-Gutiérrez Roberto M. Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2016 Ene[citado 2018 Oct 29]; 62 (1):13-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002&lng=es.

51. Cancino, AM Mora; Valencia, M. Hernández. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 2015, vol. 29, no 2, p. 76-82.

52. Vega, Elena García, et al. Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International journal of psychological research*, 2012, vol. 5, no 1, p. 79-87. Disponible en: file:///C:/Users/acer/Downloads/Dialnet-SexualidadAnticoncepcion_Y_ConductaSexualDeRiesgoEnA-5134684.pdf

ANEXOS

ANEXO I. CUESTIONARIO

CUESTIONARIO PARA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

Éste cuestionario se realiza para conocer los principales problemas de salud que se presentan en los estudiantes de secundaria, con el fin de realizar una intervención que ayude a la solución de dichos problemas. La sinceridad con que respondas a las preguntas será de gran utilidad, la información que proporciones será estrictamente confidencial y anónima (no aparecerá tu nombre) y solo se manejarán resultados globales, la participación es voluntaria, por lo que agradecemos tu colaboración.

Fecha _____ Edad _____ Sexo _____ Nivel Secundaria Grado 3er
año

INSTRUCCIONES: Lee cuidadosamente cada una de las preguntas y subraya la respuesta que consideres que es correcta.

1. Personas con las que vives:

1) Con ambos padres 2) Solo con la madre 3) Solo con el padre 4)
Abuelos_ 5) Otras _____

Las siguientes preguntas son sobre tus relaciones sexuales y tu sexualidad. Algunas de ellas pueden hacerte sentir incómod@. Recuerda que nadie más que tú conoce estas preguntas, y que tus respuestas son completamente confidenciales y anónimas y no las conocerá nadie fuera del grupo de investigadoras.

2. ¿Cuándo iniciaste tus relaciones coitales? (es decir, relaciones sexuales con penetración)

1) Las inicié a los _____ años de edad 2) No las he iniciado

3.- ¿Cuántos años tenía la persona con quien tuviste relaciones sexuales por primera vez?

Edad en años _____

4. ¿Usaste condón en tu primera relación sexual?

1) Sí 2) No

5. ¿Prefieres proponer el uso del condón, o que lo proponga tu pareja, cuando tienes una relación sexual?

1) Proponerlo 2) Que lo proponga mi pareja

6. En los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has utilizado condón o lo has exigido cuando tienes relaciones coitales con una pareja ocasional? (Marca una X según fue tu caso).

1) Todas las veces 2) Algunas veces 3) Nunca

7. ¿Conoces algún método anticonceptivo?

1) Sí 2) No 3) ¿Cuál o cuáles? _____

8. ¿Cuál de estos métodos anticonceptivos consideras que es el idóneo en la adolescencia?

1) Condón 2) Método de ritmo 3) Píldoras 4) DIU (T de cobre) 5) Coito interruptus 6) Otros _____

9.- ¿Qué enfermedades pueden ser adquiridas mediante las relaciones sexuales? _____

10.- ¿Si aún no has iniciado tu vida sexual activa, a qué edad te gustaría iniciarla?

1) A los _____ 2) Después del matrimonio 3) No lo sé

11. La información que tienes sobre temas de sexualidad la recibiste de:

1) La madre 2) El padre 3) Otro familiar 4) Profesores 5) Amigos
6) Médico 7) Libros 8) TV 9) Internet 10) Otros _____

12. ¿Cuál de las siguientes palabras describe mejor tu identidad sexual?

1) Heterosexual. (Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto)
2) Homosexual (relaciones sexuales con persona del mismo sexo).
3) Bisexual (relaciones sexuales con hombres y mujeres)
4) Otra 12.1 ¿Cuál? _____

13. ¿Alguna vez te has realizado un tatuaje o perforación?

1) Sí 2) No

14. ¿Tu pareja o ex parejas han tenido tatuajes o perforaciones?

1) Sí 2) No

15. En los últimos 12 meses, ¿Has tenido alguno de los siguientes síntomas?

- 1) Dolores o ampollas en los órganos genitales
- 2) Verrugas en los órganos genitales
- 3) Picazón en la vagina o área genital
- 4) Flujo vaginal
- 5) No, ninguno de los anteriores

16. ¿Qué edad tenías la primera vez que tuviste relaciones sexuales? _____ años.

***SI ERES MUJER CONTESTA DE LA PREGUNTA 17 A LA 25.*SI ERES HOMBRE CONTESTA DE LA PREGUNTA 26 A LA PREGUNTA 31.**

17. ¿Te gustaría quedar embarazada en esta etapa de tu vida?

- 1) Definitivamente no
- 2) Probablemente no
- 3) Probablemente sí
- 4) Definitivamente sí
- 5) Actualmente estoy embarazada.

18. ¿Alguna vez has estado embarazada?

- 1) Sí
- 2) No

19. ¿Has tenido un aborto involuntario?

- 1) Sí
- 2) No

20. ¿Te has provocado un aborto?

- 1) Sí
- 2) No

21. ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?

- 1) Ninguna vez
- 2) Diario
- 3) Dos a tres veces a la semana
- 4) Alrededor de una vez por semana
- 5) Un par de veces al mes
- 6) Alrededor de una vez al mes
- 7) Menos de una vez al mes

22. ¿Esta persona te da dinero o regalos u otra clase de aportes por tener relaciones sexuales?

- 1) Sí
- 2) No

23. ¿Qué edad tiene tu pareja actual? _____ años.

24. ¿Has tenido un parto o una cesárea?

- 1) Sí
- 2) No

25. ¿Has utilizado la píldora de emergencia o día siguiente para no quedar embarazada?
1) Sí 2) No 25.1 ¿Cuántas veces? _____

SI ERES HOMBRE CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

26. ¿Te gustaría que tu pareja quedara embarazada en esta etapa de tu vida?

- 1) Definitivamente no
- 2) Probablemente no
- 3) Probablemente sí
- 4) Definitivamente sí
- 5) Actualmente está embarazada.

27. ¿Alguna vez tu pareja ha estado embarazada?

- 1) Sí 2) No

28. ¿Tu pareja alguna vez ha tenido un aborto involuntario?

- 1) Sí 2) No

29. ¿Tu pareja alguna vez se ha provocado un aborto?

- 1) Sí 2) No

30. ¿Tu pareja ha tenido un parto o una cesárea?

- 1) Sí 2) No

31. ¿Tu pareja ha utilizado la píldora de emergencia o día siguiente para no quedar embarazada?

- 1) Sí 31.1 ¿Cuántas veces? _____
- 2) No 3) No sé

CONTINUA CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

32. En los últimos 12 meses, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?_____.

33. Según la experiencia de la primera relación sexual, ¿Podrías decirme cuál de las siguientes opciones describe mejor tu experiencia?

- 1) Tenía ganas
- 2) Estaba bajo efectos de alcohol o droga
- 3) Me engañaron
- 4) Me forzaron
- 5) Me violaron
- 6) Me obligaron (recibí dinero, comida, ropa, regalos)
- 7) Se esperaba que lo hiciera como parte de mi trabajo

8) No recuerdo como fue

9) Otra 33.1 ¿Cuál? _____

34. En los últimos 6 meses, ¿Cuáles de los siguientes métodos has utilizado para evitar un embarazo o prevenir una infección de transmisión sexual? *Marca todos los métodos que has utilizado con una x.*

MÉTODO	Otras parejas	Pareja actual
34.1 Condón o preservativo masculino		
34.2 Retiro o eyaculación fuera de la vagina		
34.3 Condón femenino		
34.4 Implantes		
34.5 Pastillas o píldoras		
34.6 Diu o dispositivo intrauterino.		
34.7 Inyección		
34.8 Anticonceptivo de emergencia o píldora del día siguiente		
34.9 Ritmo, ovulación o abstinencia periódica		
34.10 Algún otro método anticonceptivo		
34.11 Ningún método		

35.- ¿Cual crees que es la mejor opción para disminuir los embarazos en la adolescencia? Marca todas las que consideres.

35.1) Mayor acceso de los jóvenes y adolescentes a la educación sexual integral

35.2) Fomentar la comunicación entre padres e hijos

35.3) Mayor participación de los medios de comunicación en la Educación sexual.

35.4) No hay necesidad de disminuirlas

35.5) No es un problema que tenga que resolverse

35.6) Confianza en hijos

35.7) Otro ¿Cuál? _____

36. ¿Por qué crees que ocurren los embarazos en adolescentes? Marca todas las que consideres.

36.1) Mal uso de métodos anticonceptivos

36.2) Falta o distorsión de la información

36.3) Bajo nivel económico

35.4) El alcohol y las drogas

36.5) Por curiosidad

36.6) Que tengan una familia disfuncional

36.7) Por ser la mejor edad

36.8) Por estatus social

36.9) No usan métodos anticonceptivos

36.10) Otra ¿Cuál? _____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON SOBRE TUS EXPERIENCIAS SEXUALES EN EL PASADO.

37. ¿Alguna vez le has pagado a alguien para tener relaciones sexuales?

1) Sí 2) No → *PASE A LA PREGUNTA 40*

38. ¿En cuántas ocasiones has pagado dinero para tener relaciones sexuales? _____ veces.

39. ¿La última vez que pagaste dinero por sexo utilizaste condón?

1) Sí 2) No

40. ¿En alguna ocasión has tenido relaciones sexuales con alguien que te haya pagado dinero o te haya dado regalos o drogas a cambio de sexo?

1) Sí 2) No

41. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales con alguien que consuma drogas?

1) Sí 2) No 3) No sé

42. La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿Habías bebido alcohol o consumido drogas?

- 1) Había bebido alcohol solamente
- 2) Había consumido drogas solamente
- 3) Había bebido alcohol y drogas
- 4) No había bebido alcohol ni drogas
- 5) No recuerdo

43. ¿Alguna vez has estado sin hogar o has vivido en la calle?

1) Sí 2) No

ANEXO 2. Cuestionario de evaluación de la autoestima para alumnos de enseñanza secundaria de García Gómez

Las siguientes preguntas son sobre tu estado de ánimo, tal vez te hagan sentir incómodo, pero recuerda que esta información es confidencial y solo las investigadoras las conocerán y no afectará en tus calificaciones.

INSTRUCCIONES: Lee cuidadosamente cada una de las preguntas y marca X la respuesta que consideres que te describe mejor.

No.	PREGUNTAS	Muy en acuerdo	Algo en acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Hago muchas cosas mal				
2	A menudo el profesor me llama la atención sin razón				
3	Me enoja algunas veces				
4	Me siento satisfecha/o conmigo mismo				
5	Soy un chico/a guapo/a				
6	Mis padres están contentos con mis calificaciones				
7	Me gusta toda la gente que conozco				
8	Mis padres me exigen demasiado en los estudios				
9	Me pongo nervioso/a cuando tenemos examen				
10	Pienso que soy un chico/a listo/a				
11	A veces tengo ganas de decir groserías				
12	Creo que tengo un buen número de buenas cualidades				
13	Soy bueno/a para las matemáticas y los cálculos				
14	Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo				
15	Creo que tengo un buen físico				
16	Muchos de mis compañeros dicen que soy torpe para los estudios				
17	Me pongo nervioso/a cuando me pregunta el profesor				
18	Me siento inclinado/a pensar que soy un fracasado/a en todo				
19	Normalmente olvido lo que aprendo				

Revisa tus respuestas antes de entregar y comprueba que lo hayas llenado todo y contestado todas las preguntas.

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
POR LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA**

LAS TUTORAS DE GRUPO DIERON LA INFORMACIÓN DEL PROYECTO A LOS PADRES Y A LOS ALUMNOS PREVIO A OBTENER LA AUTORIZACIÓN.
LAS FIRMAS Y LOS NOMBRES EN EL DOCUMENTO SE PROTEGIERON POR OBVIAS RAZONES.

Acatlipa, Mor., a 22 de Febrero de 2016.

C. [REDACTED]
PADRE DE FAMILIA.
P R E S E N T E.

TEMIXCO, MOR. A 22 DE FEBRERO 2016.

POR ESTE CONDUCTO ME PERMITO INFORMAR A USTED QUE DOY MI AUTORIZACIÓN, PARA QUE MI HIJO (A) [REDACTED] DEL 3 GRADO, GRUPO [REDACTED] DE SU INSTITUCIÓN, PARTICIPE EN EL PROYECTO "PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA", QUE SE LLEVARÁ A CABO TODOS LOS JUEVES A PARTIR DEL 25 DE FEBRERO AL JUEVES 12 DE MAYO DE 2016, RESPONSABLE DEL PROYECTO LA LIC. EN ENF. MARTHA ROSA LOPEZ RODRIGUEZ, DEPENDENCIA U.A.E.M., CABE MENCIONAR QUE LAS ACTIVIDADES SE REALIZARÁ DENTRO DE LA HORA DE TUTORIA Y EN ESTA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.

DADA LA NATURALEZA DE ESTE TIPO DE ACTIVIDADES, ESTOY CONSCIENTE, COMO PADRE DE FAMILIA, DEL RIESGO QUE REPRESENTA Y ASUMO LA RESPONSABILIDAD QUE ME CORRESPONDA. LA PERSONA A CARGO DE DICHA ACTIVIDAD ASUMIRÁ LA SUYA CON LA ÉTICA QUE LE CARACTERIZA.

A T E N T E M E N T E,
INSTITUTO DE LA EDUCACIÓN

AUTORIZÓ
C. [REDACTED]
PADRE DE FAMILIA.

A petición de la subdirección y apegándose a sus lineamientos y políticas de la Institución educativa, se utilizó el formato para el consentimiento informado con que cuenta dicha Institución para actividades como ésta que se llevó a cabo en éste plantel..

En el formato se ocultaron los nombres y firmas por razones obvias. El consentimiento informado fue entregado por los asesores de grupo a cada padre de familia, previa información de lo que se trataba el estudio a los alumnos, dejándoles en libertad de decidir si participaban o no, de tal manera que ellos tuvieron la oportunidad de manifestar a sus tutores tal decisión y regresaron el consentimiento con la firma de autorización del padre, madre o tutor, acompañado de una copia de su credencial de elector, que por cuestiones éticas no se muestran aquí.

ANEXO 4. VOTOS APROBATORIOS



FACULTAD DE ENFERMERIA

Jefatura de Posgrado



Cuernavaca Mor., a 19 de Diciembre del 2018

DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ
JEFE DE POSGRADO
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: **INICIO DE VIDA SEXUAL Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA EN TEMIXCO, MORELOS**, trabajo que presenta la **C. MARTILA ROSA LÓPEZ RODRÍGUEZ**, quien cursó el **POSGRADO: MAESTRÍA EN ENFERMERÍA** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SI RECHAZA*
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIMÉ	<i>[Handwritten signature]</i>		
M.S.C. MIRIAM TAPIA DOMÍNGUEZ	<i>[Handwritten signature]</i>		
DRA. MARÍA ALEJANDRA TERRAZAS MERAZ	<i>[Handwritten signature]</i>		
DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ	<i>[Handwritten signature]</i>		
M. EN C. PAOLA ADANARI ORTEGA CEBALLOS	<i>[Handwritten signature]</i>		

*En estos casos deberá escribir el número de papeles dentro del cual deberá presentar las modificaciones a la tesis investigada (no mayor a 33 folios).

Piso de Orizaba # 2 Col. Los Volcanes C.P. 62350. Cuernavaca, Morelos, México.
 Correo electrónico: enfermeria@uam.mx Web: www.uam.mx/enfermeria

**UA
EM**

Una universidad de excelencia

LECTURA
2017-2023