

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



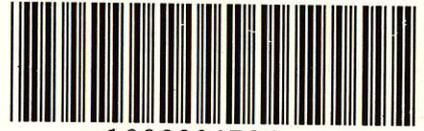
PROYECTO DE PREVENCION DE EMBARAZOS EN
ADOLESCENTES EN UNA POBLACION DE LOS
PROGRAMAS PAIDEA Y GENTE JOVEN. "NO TE LA
COMPLIQUES... EN BUEN PLAN, PLANEA TU VIDA"

PROYECTO QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA

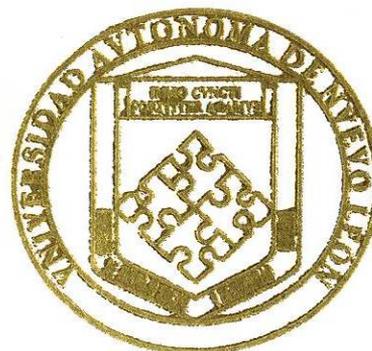
GELACIA CECILIA CHAVEZ VALERIO

MAYO 2012



1080204784

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**



**PROYECTO DE PREVENCION DE EMBARAZOS EN
ADOLESCENTES EN UNA POBLACION DE LOS
PROGRAMAS PAIDEA Y GENTE JOVEN. "NO TE LA
COMPLIQUES... EN BUEN PLAN, PLANEA TU VIDA"**

**PROYECTO QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL**

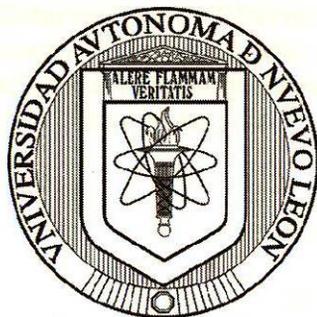
PRESENTA

GELACIA CECILIA CHAVEZ VALERIO

MAYO 2012

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



**PROYECTO DE PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN UNA
POBLACIÓN DE LOS PROGRAMAS PAIDEA Y GENTE JOVEN.
“NO TE LA COMPLIQUES...EN BUEN PLAN, PLANEA TU VIDA”**

**PROYECTO QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA**

GELACIA CECILIA CHAVEZ VALERIO

MAYO 2012



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Los suscritos miembros de la Comisión del Proyecto de Maestría de la
Lic. Gelacia Cecilia Chávez Valerio

Hacen constar que han evaluado el **Proyecto de prevención de embarazos en adolescentes en una población de los programas PAIDEA y Gente Joven. "No te la compliques...en buen plan, planea tu vida"** y han dictaminado lo siguiente:

	APROBADO	REPROBADO	
Dr. David De Jesús Reyes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MTS. Reina Hernández Hernández	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MTS. Lydia del Carmen Ávila Zárate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En vista de lo cual, hemos decidido APROBAR este proyecto y damos nuestro consentimiento para que sea sustentado en examen de grado de la Maestría en Trabajo Social con Orientación en Proyectos Sociales.

Vo.Bo.

MTS. Olga Lidia Martínez Chapa
Subdirectora de Estudios de Posgrado
Fac. de Trabajo Social y Desarrollo Humano, U.A.N.L.



San Nicolás de los Garza N.L., a 30 de Mayo de 2012



Cd. Universitaria, C.P. 66451
San Nicolás de los Garza, Nuevo León; México
Tels. y fax: (81) 8352 1309, 8376 9177

AGRADECIMIENTOS

Gracias chicas y chicos de DIF No. 15 y del CONALEP "Raúl Rangel Frías" por ser parte activa de este proyecto, por compartir la vida y sus energías, sin su entusiasmo y colaboración no hubiera podido lograr la meta.

Agradezco también al Dr. David De Jesús Reyes por brindarme de su tiempo, conocimientos y experiencia para realizar este trabajo, motivo por el cual he logrado crecer profesional y personalmente.

A la MTS. Lydia del Carmen Ávila Zarate y MTS. Reyna Hernández Hernández quienes me apoyaron como lectoras del proyecto agradezco su tiempo, orientación y dedicación.

De igual manera agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por haberme otorgado una beca para realizar mis estudios de maestría y con esto la posibilidad de llevar a cabo este proyecto.

Agradezco también a mis compañeras, compañeros, maestros y maestras por compartir conmigo sus enseñanzas y aprendizajes en el tiempo que se llevó a cabo la maestría, ya que me permitieron crecer como persona y profesionista.

Por último me gustaría reconocer y agradecer a las dos Instituciones involucradas en la implementación de este proyecto: PAIDEA del DIF, N. L. en especial a Lic. Wendy Hernández y a las Lic. Cecilia Andrade y Lic. Paloma Reyes Pérez del programa Gente Joven por las facilidades otorgadas para realizar esta intervención, pero sobre todo reconozco su preocupación por ofrecer a los adolescentes una educación sexual de calidad.

DEDICATORIA

Edgar gracias por acompañarme en este camino que hemos decidido trazar juntos, a ti te dedico este trabajo, pues has sabido creer en mí y siempre me has brindado tu apoyo incondicional, en las buenas y en las malas.

A Max, por el tiempo que no pude estar contigo, pero que juntos fuimos aprendiendo de esta etapa, en la cual ambos tuvimos la oportunidad de crecer.

A mis padres y mis hermanos por enseñarme a vivir, por mostrarme el camino para salir adelante a través del esfuerzo y la dedicación. En especial a mi madre por su amor y apoyo incondicional de toda la vida.

Alex gracias por tu amistad, tu tiempo y tu habilidad para sugerirme como mejorar este proyecto, pero sobre todo por creer en el cambio a través de la acción social, pues en este esfuerzo también van tus ideas y sugerencias.

A mis amigas Jose, Gaby y Carmen por brindarme su amistad, por escucharme y acompañarme en esta etapa que me permitió crecer en lo profesional y en la vida personal.

A ustedes chicos y chicas que con su energía y entusiasmo me contagian, pero sobre todo que a pesar de los tiempos difíciles que les toca vivir, hacen posible que siga creyendo en que ustedes son el futuro de un mundo mejor y que es necesario apostar y confiar en su habilidad para transformar y construir una vida mejor.

“Dime y olvidaré, enséñame y tal vez recuerde, involúcrame y aprenderé”
Confucio.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	01
CAPITULO 1. MARCO CONTEXTUAL Y TEÓRICO.....	03
1. Antecedentes del proyecto.....	03
2. Definición del problema a resolver.....	07
3. Fundamentación y/o justificación de la propuesta de intervención.....	10
4. Vinculación del proyecto con una política social.....	11
4.1. Contextualización internacional de las políticas sociales en salud sexual y reproductiva.....	11
4.2. Vinculación del proyecto con las políticas sociales a nivel nacional.....	12
4.3. Marco legal nacional en el que se encuentra sustentado el proyecto de intervención.....	13
4.3.1. Ley General de Educación.....	14
4.3.2. Ley General de Salud.....	14
4.3.3. Ley General de Población.....	15
4.4. Contexto estatal de la política social en salud sexual y reproductiva....	15
4.5. Marco legal estatal donde se encuentra sustentada la intervención.....	16
5. Contexto del proyecto.....	18
5.1. Marco conceptual.....	18
5.1.1. Respecto al concepto de adolescencia.....	18
5.1.2. Educación Sexual.....	19
5.1.3. Salud sexual.....	21
5.2. Marco teórico que ha sustentado las intervenciones en Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes.....	21
5.2.1. Teoría del Aprendizaje Social.....	21
5.2.2. Teoría de la Interacción Sexual.....	21
5.3. Situación actual de los jóvenes en México.....	23
5.4. Panorama actual de la salud sexual y reproductiva adolescente en México.....	24
5.4.1. Inicio de las relaciones sexuales.....	24
5.4.2. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos	25
5.4.3. La brecha entre la información que tienen los adolescentes acerca de las medidas de prevención de embarazos, así como de las ITS y el uso real de esa información para protegerse.....	25
5.4.4. Infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH-SIDA.....	26
5.4.5. Embarazo adolescente no planeado y/o no deseado.....	27
5.4.6. El contexto de pobreza y falta de oportunidades escolares como uno de los determinantes para el embarazo adolescente	28
5.4.7. La pobreza como factor que puede llevar al embarazo adolescente.....	29
5.5. Instituciones donde se implementó el proyecto.....	30
5.5.1. Institución 1.....	30

a) Conocimiento general de la institución.....	31
Localización geográfica.....	31
b) Aspectos de la organización.....	31
Antecedentes históricos.	31
Objetivo.....	32
Misión.....	32
Visión.....	32
Principios y valores.....	32
Políticas normas y reglamentos.....	32
Fase de desarrollo organizacional en la que se encuentra la institución.....	32
Marco Normativo de la Institución.....	33
Perfil del usuario.....	33
c) Departamento de Integración Social.....	34
Programa PAIDEA.....	34
Antecedentes del programa.....	35
Objetivo.....	35
Objetivos específicos.....	36
Estrategias implementadas para lograr las acciones propuestas.....	36
5.5.2. Institución 2.....	37
a) Conocimiento General de la Asociación Civil.....	37
Localización geográfica.....	37
b) Aspectos de la organización.....	37
Antecedentes históricos.....	37
Objetivo.....	39
Misión.....	39
Visión.....	39
Principios y valores.....	39
Perfil del usuario.....	39
c) Programa Gente Joven.....	39
Antecedentes del programa.....	40
Objetivo.....	40
Objetivos específicos.....	40
Estrategias implementadas para lograr las acciones propuestas.....	40

CAPITULO 2. METODOLOGÍA.....	42
1.Planeación del proyecto.....	42
1.1. Nombre del proyecto.....	42
1.2. Objetivo general.....	42
1.3. Objetivos específicos.....	42
1.4. Metas.....	42
1.5. Localización física.....	43
1.6. Población beneficiada.....	43

2. Actividades que se desarrollaron para el cumplimiento de los objetivos y las metas propuestas.....	43
2.1. Diagnóstico Social.....	43
2.2. Implementación del Proyecto.....	44
3. Enfoque del marco lógico.....	45
3.1. Análisis de los involucrados.....	46
3.2. Análisis del problema según el enfoque del Marco Lógico.	47
3.3. Análisis de objetivos según el enfoque del Marco Lógico.....	48
3.4. Matriz del Marco Lógico.....	49
4. Fases de la evaluación de la intervención	50
5. Metodología de evaluación para el Proyecto de Prevención al embarazo adolescente.....	51
5.1. Técnicas a utilizar para la etapa de evaluación.....	51
5.1.1. Etapa de diagnóstico comunitario.....	51
a) Encuesta de diagnóstico comunitario.....	51
b) Entrevista a informantes claves.....	51
5.2. Evaluación de la implementación del proyecto	
5.2.1. Ex – ante y ex - post.....	52
CAPITULO 3. RESULTADOS	54
1. Resultados de la intervención.....	54
1.1. Selección de los participantes de la intervención.....	54
1.2. Diagnóstico social de los grupos de adolescentes que participaron en el proyecto de prevención del embarazo adolescente.....	54
1.2.1. Datos socio demográficos.....	55
1.2.2. Actividades recreativas y esparcimiento.....	55
1.2.3. Consumo de tabaco, alcohol y drogas.....	56
1.2.4. Conocimientos sobre sexualidad.....	56
1.2.5. Conocimiento de ITS y VIH.....	58
1.2.6. Formas de transmisión de las ITS.....	59
1.2.7. Conocimiento de métodos anticonceptivos.....	60
1.2.8. Relaciones sexuales.....	61
2. Evaluación ex – ante y ex – post.....	63
2.1. Conocimientos sobre sexualidad.....	65
2.2. Fuentes de información sobre sexualidad para los adolescentes.....	65
2.3. Opinión de los adolescentes respecto a las relaciones sexuales prematrimoniales.....	66
2.4. Información recibida sobre sexualidad.....	67
2.5. Conocimientos sobre el ciclo menstrual de la mujer.....	67
2.6. Información recibida acerca de las ITS y VIH/SIDA	68
2.7. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.....	71
2.8. Perspectiva de vida.....	73
2.9. Aspectos importantes para los adolescentes en esta etapa de su vida..	73
2.10. Principales razones por las que consideran importante estudiar.....	75
2.11. Aspectos importantes para tener éxito en el matrimonio.....	75
2.12. Opinión sobre el abandono de estudios en caso de unión y/o tener hijos.....	76

2.13. Opinión acerca de las oportunidades de estudio, laborales y de diversión según sexo.....	77
2.14. Plan de vida.....	78
2.15. Comunicación y desarrollo de Habilidades para la asertividad sexual.....	81
2.16. Opinión sobre el uso del condón en las relaciones sexuales.....	86
CONCLUSIONES.....	90
ALCANCES Y LIMITACIONES DEL PROYECTO.....	94
RECOMENDACIONES PARA UNA POSIBLE LÍNEA DE INTERVENCIÓN FUTURA.....	95
BIBLIOGRAFÍA.....	97

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica no. 1. Edad de los participantes.....	55
Gráfica no. 2. Actividades recreativas de mayor preferencia de los participantes.....	56
Gráfica no. 3. Edad ideal para brindar educación sexual a las personas.....	57
Gráfica no. 4. Probabilidad de embarazo en la mujer.....	58
Gráfica no. 5. Conocimiento de los participantes sobre ITS y VIH.....	59
Gráfica no. 6. Conocimientos de los adolescentes sobre transmisión de las ITS y VIH.....	59
Gráfica no. 7. Utilización de los métodos anticonceptivos.....	60
Gráfica no. 8. Porcentaje de métodos anticonceptivos conocidos por los participantes.....	61
Gráfica no. 9. Participantes que han tenido relaciones sexuales.....	61
Gráfica no. 10. Personas con las que han tenido relaciones sexuales.....	62
Gráfica no. 11. Edad de inicio de la vida sexual.....	62
Gráfica no. 12. Fuentes de información sobre sexualidad.....	65
Gráfica no. 13. Tipo de información recibida por los adolescentes.....	67
Gráfica no. 14. Información sobre tipos de ITS y VIH.....	69
Gráfica no. 15. Métodos anticonceptivos conocidos por los adolescentes.....	71
Gráfica no. 16. Capacidad de los participantes para platicar con sus amigos sobre temas de sexualidad.....	81
Gráfica no. 17. Iniciar conversación sobre uso de condón con su novio (a).....	82
Gráfica no. 18. Hablar sobre prevención de embarazo, VIH e ITS con amigos.....	83
Gráfica no. 19. No podría negarme a tener relaciones sexuales si no puedo utilizar el condón.....	85
Gráfica no. 20. No podría negarme a tener relaciones sexuales si mi pareja no quisiera usar condón.....	86
Gráfica no. 20. Puede molestarte tener que detenerme antes del coito para ponerme un condón.....	87
Gráfica no. 21. Opinión acerca de la incomodidad del condón durante la relación sexual.....	88
Gráfica no. 22. Las relaciones sexuales se disfrutaban más si se planifican.....	88
Gráfica no. 23. Puedo cambiar lo que sucede mañana dependiendo de lo que haga hoy.....	89

INDICE DE TABLAS

Tabla no. 1. Beneficios de la educación sexual.....	20
Tabla no. 2. Análisis de los involucrados.....	47
Tabla no. 3. Matriz del Marco Lógico del proyecto.....	50
Tabla no. 4. Grado de escolaridad que actualmente cursan los encuestados.....	55
Tabla no. 5. Personas que proporcionaron información sobre sexualidad.....	57
Tabla no. 6. Niveles de confiabilidad según alpha de Cronbach obtenido.....	64
Tabla no. 7. Opinión de los participantes respecto a las relaciones sexuales.....	66
Tabla no. 8. Información recibida sobre ITS y VIH/SIDA.....	68
Tabla no. 9. Formas de transmisión que los adolescentes mencionaron para evitar las ITS y el VIH.....	69
Tabla no. 10. Fuentes de obtención de información de ITS y VIH/SIDA.....	70
Tabla no. 11. Conocimiento sobre el uso del condón.....	72
Tabla no. 12. Aspectos que los adolescentes consideran importantes en este momento de su vida.....	74
Tabla no. 13. Razón principal por la que estudian.....	75
Tabla no. 14. Aspectos importantes para que un matrimonio tenga éxito.....	76
Tabla no. 15. Opinión acerca de las oportunidades que tienen los adolescentes en diferentes aspectos de la vida.....	77
Tabla no. 16. Opinión acerca del plan de vida.....	78
Tabla no. 17. Aspectos que los adolescentes consideran importantes para planear la vida por adelantado.....	79
Tabla no. 18. Opinión acerca de los aspectos que los participantes consideran importantes en el futuro.....	80
Tabla no. 19. Habilidades para la asertividad sexual.....	84

INTRODUCCIÓN

INDICE DE FIGURAS

Figura no. 1. Organigrama del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nuevo León).....	34
Figura no. 2. Organigrama del programa PAIDEA, DIF N. L.....	37
Figura no. 3. Mapa del Área Metropolitana de Monterrey, N. L., ubicación geográfica donde se implementó el proyecto.....	43
Figura no. 4. Análisis de los involucrados.....	46
Figura no. 5. Árbol del problema según el enfoque del Marco Lógico.....	48
Figura no. 6. Árbol de objetivos según el Marco Lógico.....	49

INTRODUCCIÓN

Este proyecto estuvo dirigido a adolescentes entre 12 y 19 años de edad, de las comunidades urbano-marginadas del Área Metropolitana de Monterrey que son usuarios del programa PAIDEA¹ del DIF² Nuevo León y del Programa Gente Joven de la Asociación Civil Supera.

A través de estrategias planeadas, se ofertó un proyecto de intervención social que mediante una propuesta metodológica integral y participativa, que promoviera el desarrollo integral y la salud sexual de la población adolescente que pertenecen a los grupos participantes.

El propósito de la intervención fue contribuir al favorecimiento en la calidad de vida que los adolescentes requieren para vivir una sexualidad más informada y responsable, que les permita evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.

Dentro de la planeación se tomaron en consideración aspectos culturales, sociales y psicológicos que caracterizan a los adolescentes, las diferencias de género que van condicionando la salud sexual y que originan a su vez desigualdades en las condiciones de vida y diferencias en las relaciones de poder entre los sexos.

La implementación del proyecto se llevó a cabo en dos grupos de adolescentes que pertenecen a las instituciones mencionadas anteriormente, esta intervención se efectuó mediante talleres ofrecidos a la población seleccionada. En el grupo del DIF No. 15, se implementó por un período de tres meses distribuidos en 12 sesiones semanales y en el grupo de SUPERA se trabajó en un período de un mes y se aplicó durante 7 sesiones.

Al finalizar la intervención se pudieron observar cambios en los conocimientos que los adolescentes tenían sobre los temas de sexualidad, cuidado de la salud sexual, además de que también se notó un cambio en las habilidades para la asertividad sexual con respecto a lo que mostraban al inicio de la intervención, esto se puede identificar gracias a los instrumentos aplicados durante la intervención y que permitieron el análisis de la propuesta.

El presente documento se encuentra organizado en tres partes. La primera parte hace referencia de los antecedentes del proyecto donde se define la problemática a resolver así como la vinculación de ésta con las políticas sociales enmarcada desde lo internacional, nacional y estatal. En la segunda parte del documento, se desarrollan los aspectos sociales del problema, las diversas teorías desde las cuales se sustenta la problemática abordada y finalmente los datos de la institución donde se llevará a cabo el proyecto. En un tercer apartado se aborda la metodología a implementar, fundamentación, objetivo general y específicos del proyecto, las metas y actividades requeridas, el enfoque que ayudará a la esquematización y sistematización de la metodología a seguir mediante el enfoque del marco lógico además de la propuesta de evaluación del mismo. Con respecto a la cuarta parte se mencionan los resultados obtenidos de la intervención, se indican las áreas donde

¹ Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes.

² Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

hubo un incremento de los conocimientos adquiridos por los participantes gracias a las estrategias utilizadas. En una parte final se habla sobre las recomendaciones sugeridas para una mejor implementación del proyecto, así como los alcances y limitaciones que surgieron en la intervención realizada.

CAPÍTULO DEL MARCO CONTEXTUAL Y TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo tiene como propósito presentar el contexto de la investigación y el marco teórico que sustenta el estudio. Se describe el problema de investigación y se justifican los objetivos y la importancia del estudio.

El estudio se realizó en un contexto de alta complejidad, donde se buscó comprender los factores que influyen en el comportamiento de los participantes. Se utilizó un enfoque cualitativo para explorar las experiencias y percepciones de los sujetos.

El marco teórico se fundamenta en los conceptos de la psicología social y la teoría del aprendizaje. Se exploran los modelos de cambio de actitud y los factores que facilitan o dificultan el aprendizaje en contextos grupales.

La investigación se enmarca en el paradigma de la investigación acción, que busca generar conocimiento a través de la reflexión y la práctica. Se describen los procedimientos metodológicos utilizados para recolectar y analizar los datos.

Finalmente, se presentan las conclusiones del estudio y se ofrecen recomendaciones para la implementación de intervenciones similares en contextos educativos o laborales.

CAPITULO 1. MARCO CONTEXTUAL Y TEÓRICO

1. Antecedentes del proyecto

Dentro de la sociedad en la que actualmente se vive, la transición de la niñez a la edad adulta está marcada por un periodo conocido como adolescencia. En general este periodo está comprendido desde los 11 o 12 años a los 19, rodeado de grandes cambios que están relacionados con las áreas del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial (Papalia, *et al*, 2004).

Según la Secretaría de Salud es en este periodo de la adolescencia donde se experimentan una gran cantidad de cambios físicos y psicológicos, manifestándose en diferentes planos de la vida; entre ellos se puede mencionar que se alcanza la madurez física y la capacidad reproductiva; se desarrolla la capacidad de elaborar juicios críticos y pensamientos abstractos, también aumenta la responsabilidad social puesto que hay menor vigilancia paterna. Finalmente esta serie de cambios que influyen en su vida puede llevarlos a buscar una autonomía e independencia económica en la siguiente etapa de su vida, así mismo los adolescentes van consolidando su identidad al observar el desempeño de sus grupos de pares y los adultos que los rodean; en el ámbito de la sexualidad va surgiendo la atracción y respuesta sexual hacia otros, se define la preferencia sexual y se marca el inicio de la búsqueda de la pareja (SSA, 2002).

En varios países de América Latina, la salud de la población adolescente es considerada un elemento clave para el progreso social, económico y político. Sin embargo, frecuentemente las necesidades sentidas y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003). Los programas y servicios que se han llevado a cabo para satisfacer las demandas de la población no cumplen con las necesidades. Uno de los factores que contribuye a esta realidad es que los adolescentes, sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas, aunque muchas de las enfermedades presentadas en la vida adulta, tienen su origen en los hábitos adquiridos durante la etapa de la adolescencia. Por esto se considera importante que se desarrollen acciones de prevención para tener un estilo de vida saludable en la adultez y no programas destinados solamente a la atención paliativa del problema (Maddaleno, Morello e Infante-Espínola, 2003).

Es importante que los programas destinados al trabajo con adolescentes no sean implementados cuando ya se exhiben los comportamientos indeseados, es decir, deben de estar enfocados a la prevención de la conducta y no para la atención del problema como equivocadamente se llevan a cabo; es imperativo trabajar con un panorama más amplio desde la promoción de la salud y el fortalecimiento de habilidades para un mejor desarrollo

humano, entendiendo el desarrollo humano como un proceso continuo a través del cual se satisfacen sus necesidades y desarrollan competencias, habilidades y redes sociales para el sano crecimiento físico y emocional del adolescente (Maddaleno, Morello e Infante-Espínola, 2003).

En la actualidad los adolescentes viven dentro de una sociedad compleja, encontrando dificultades para integrar la sexualidad de manera adecuada en su persona, dificultades que provienen entre otras cosas, del incumplimiento de sus derechos sexuales, donde el estado es quien tiene la obligación de garantizar el acceso a la información, la educación sexual, además de ofrecer espacios adecuados y accesibles para la promoción de la salud integral, incluidas la salud sexual y reproductivas que favorezcan el cumplimiento de estos derechos (Mesa, *et al*, 2005); pero en la realidad la población adolescente deja de ser una prioridad en las políticas de salud sexual y reproductiva puesto que la mayoría de las veces estos programas son pensados y planeados para la población en general y no se implementa de forma focalizada (Mejía, 1996; Stern, 2008). Por esta razón es necesario que se realicen acciones que se enfoquen a una educación sexual y promoción de la salud sexual y reproductiva adecuada que les ayude a tomar decisiones responsables y conscientes que les permitan adquirir estilos de vida saludable (Nirenberg, 2006; Villaseñor, 2008; Stern, 2008).

Partiendo de la necesidad de que se realicen acciones encaminadas a la promoción de la educación y la salud sexual se encontró que en México esta tarea ha sido llevada a cabo desde hace tiempo por diferentes instancias gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil (OSC) (Pérez, 1999; Beltrán, 2008). El Estado aún cuando ha tenido participación con diferentes estrategias sigue teniendo un papel aislado, siendo las OSC quienes le han entrado a desempeñar un papel que el Estado ha dejado de lado.

En el desarrollo de este proceso han sido varias las instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil que han trabajado a nivel nacional en la implementación de programas y proyectos relacionados en la educación sexual, la promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, entre los cuales se encuentran las siguientes: la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES) y el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), Afluentes y Supera (en coordinación con MEXFAM).

Entre las primeras organizaciones que han trabajado la promoción de la educación y salud sexual se encuentra la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM). Esta organización ha centrado sus estrategias en dos líneas: la prevención y la intervención. Su campo de acción se ha centrado en difundir una cultura de la salud sexual entre los jóvenes, potenciar a la mujer como elemento indispensable en la creación de una nueva relación de pareja, y prevenir el embarazo no deseado entre los sectores marginados de las poblaciones rural y urbana. Para el cumplimiento de sus objetivos ha manejado distintos programas entre ellos los consultorios comunitarios y el programa Gente Joven donde se educa a los adolescentes y jóvenes sobre la comunicación, pubertad, sexualidad, infecciones de transmisión sexual, embarazo precoz y anticoncepción (Pérez, 1999). MEXFAM ha establecido vínculos con otras instituciones públicas y privadas entre ellas se encuentran el

Instituto Mexicano del Seguro Social, el DIF³, CONASIDA⁴, Secretaría de Salud y CONAPO⁵.

Otra de las organizaciones que ha trabajado en el campo de la educación sexual es la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES). La asociación ha contribuido a generar en el país una mayor apertura hacia el estudio de la sexualidad mejorando el conocimiento de los fenómenos que intervienen en ella. Para la AMES la educación sexual es concebida en un marco de integralidad e interdisciplinariedad. Proporciona exclusivamente educación sexual; dejando de lado el brindar servicios de anticoncepción, aunque la demanda de estos la canaliza a otras instituciones. Otra de las funciones que desarrolla es la investigación pero actualmente no es su fuerte; sin embargo ha realizado investigación operativa con grupos focales sobre el embarazo adolescente (Pérez, 1999).

Además de las organizaciones anteriormente mencionadas también se encuentra el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA). Esta organización que surge en 1978, se creó con el objetivo principal de establecer un sistema de orientación, enseñanza y estudios que promoviese el desarrollo integral de los adolescentes, proporcionando apoyo médico, psicológico y social a esta población. En este proyecto se dio especial importancia a la formación de animadores juveniles para informar y motivar a otros adolescentes en materia sexual mediante actividades recreativas, culturales y artísticas, así como también se brindaba capacitación a maestros y otros profesionales relacionados con el trabajo con adolescentes. Entre los programas que ha desarrollado se encuentran: el Proyecto de Multiservicios y Brigadas Juveniles, su propósito es ofrecer información respecto a la salud integral con énfasis en la salud sexual y reproductiva; el Programa Educativo para Madres Adolescentes que ofrece servicios médicos, de anticoncepción y psicológicos cuyo objetivo es reducir la frecuencia de embarazos en mujeres menores de 18 años; así como los Módulos Informativos (S. O. S. Juvenil), donde su objetivo es proveer información respecto a la salud reproductiva, métodos anticonceptivos y ITS (Pérez, 1999).

El CORA ha tenido presencia en el Distrito Federal, y en los estados de Veracruz, Jalisco, Tlaxcala se ha adoptado el modelo de CORA. Así como también ha dado capacitación al Programa de Desarrollo Integral del Adolescente (DIA) y el Programa de Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (PAIDEA).

Otra de las Asociaciones que hace algunos años se sumó al trabajo en el área de la salud sexual es Afluentes S. C⁶. Esta organización fue creada en 1998, con el propósito de producir, sistematizar y difundir información, conocimientos y técnicas metodológicas en el campo de la salud sexual y reproductiva para que éstos se apliquen a distintos niveles de decisión y ejecución, favoreciendo esfuerzos conjuntos entre instituciones educativas, de salud y académicas, así como con organizaciones civiles y medios de comunicación.

Tiene entre sus objetivos los siguientes: promover vínculos entre instituciones educativas, de salud y académicas, así como con organizaciones civiles y medios de comunicación, que

³ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

⁴ Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA)

⁵ Consejo Nacional de Población (CONAPO)

⁶ Fuente: Página web de la Asociación Afluentes <http://www.afluentes.org/>

favorezcan la sinergia de los esfuerzos de aplicación de la salud sexual y reproductiva, dar valor agregado a los resultados de investigaciones, a la información técnica y a las experiencias operativas en el campo para traducirlas y aplicarlas a las prácticas de los diferentes públicos, y otorgar servicios técnicos para el diseño, desarrollo y evaluación de actividades, proyectos y programas.

Los proyectos que se han elaborado en torno a las investigaciones realizadas por esta asociación civil se destacan los siguientes: los caminos de la vida (manual de capacitación para el trabajo con adolescentes), videos e historietas de capacitación dirigido a adolescentes y jóvenes de comunidades rurales para que los educadores y el personal de salud puedan promover una cultura preventiva de la salud sexual en colaboración con el IMMS CARA-Oportunidades; así como la elaboración de publicaciones que contienen información sobre derechos sexuales y reproductivos; manuales, libros y campañas sobre la prevención del embarazo para los adolescentes y jóvenes de la ciudad de México en colaboración con el Gobierno del Distrito Federal.

En el contexto local, el trabajo que se ha desarrollado a nivel estatal por las instancias gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil en materia de educación y salud sexual a los adolescentes son las siguientes:

Una de las organizaciones que ha trabajado en la promoción de la educación y salud sexual es la asociación civil Supera⁷ que fue fundada en 1979, por la Sra. Yolanda Santos de Hoyos, ofrece servicios en materia de salud sexual y reproductiva, planificación y educación para la vida familiar. Su misión es favorecer la calidad de vida de las familias más desprotegidas, a través de la prestación de los servicios de salud reproductiva, educación y superación personal. Su objetivo como asociación consiste en contribuir a elevar el bienestar y la calidad de vida de las comunidades en condiciones de vulnerabilidad, a través de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, educación sexual y superación personal mediante el fomento de una cultura de la planeación de la vida personal y familiar.

Entre los programas que ha establecido Supera se encuentran los servicios médicos, salud reproductiva comunitaria, gente joven, educación y capacitación en materia de sexualidad, entre otros. Dentro de los programas que maneja la Asociación y que tiene como población objetivo a los adolescentes y jóvenes se encuentra el programa Gente Joven, implementado en colaboración con MEXFAM, implementado a partir de 1985, este llega directamente a adolescentes y jóvenes, cuyo propósito consiste en proporcionar a los y las adolescentes herramientas que les permitan mejorar sus condiciones de vida en las áreas de la salud sexual, reproductiva y superación personal, buscando con esto contribuir significativamente a disminuir el número de embarazos tempranos y no deseados mediante la difusión de información, educación y servicios médicos de salud sexual entre los jóvenes mexicanos. Los servicios que se ofrecen dentro de este programa son el acceso a los servicios de salud reproductiva, planificación familiar, de orientación, capacitación a profesionales de la salud y educación en la temática de salud sexual, así como pláticas y

⁷ Fuente: Página web oficial de Supera A. C. <http://www.supera.org.mx/variables.php?frVariable=2>

talleres para jóvenes, padres y madres de familia y actualmente el proyecto para la prevención del VIH denominado "Dance 4 Life".

Otra de las acciones para la prevención del embarazo adolescente implementadas a nivel estatal ha sido desarrollada por el DIF Estatal a través de su programa PAIDEA desde el año de 1997, teniendo como población objetivo a adolescentes hombres y mujeres de 12 a 20 años que acuden a las escuelas secundarias y colonias que pertenecen al estado de Nuevo León. Este programa brinda orientación sobre los riesgos y consecuencias del embarazo precoz, información necesaria para que los adolescentes puedan ejercer su sexualidad con responsabilidad y puedan tomar decisiones acordes a su plan de vida, además de brindar información sobre los cuidados que deben tener las adolescentes embarazadas en la etapa de gestación. PAIDEA trabaja desde dos vertientes: de prevención y de atención (Avila, 2010).

2. Definición del problema a resolver

La adolescencia es considerada como uno de los períodos críticos del ser humano, pues representa el momento donde la persona se prepara para asumir la responsabilidad de la etapa adulta (Aguilar, 1996). Es en este período marcado de cambios físicos, psicológicos y socioculturales donde además se manifiesta de forma más intensa la dimensión de la sexualidad. Es debido a estos acontecimientos que en que en los adolescentes el ejercicio de la sexualidad y la reproducción deberían ser actos informados, deseados y planeados, sabiendo de antemano las consecuencias de este ejercicio (Aguilar y Mayén, 1996), pero muchas de las veces no es así, debido en parte a los patrones culturales, la controversia que despierta el tema de la educación sexual, los tabúes y la falta de servicios de salud sexual adecuados para los adolescentes (Rodríguez, 1996; López, 1996). Como consecuencia de ello se dan las infecciones de transmisión sexual, conductas sexuales de riesgo y los embarazos no planeados (Langer, 2002).

En algunos de los casos el embarazo ocurre como consecuencia de los primeros encuentros sexuales no planeados. Diversos autores (Pantelides, 2003; Langer, 2002 y Colomer, 2003) mencionan que el embarazo en los adolescentes, como consecuencia del inicio de la vida sexual no planeada e informada, representa grandes obstáculos en la vida de la pareja y en especial para la mujer; su impacto se ve afectado por el contexto social y cultural en el que la mujer y su familia viven. Desde este punto de vista, se toma al embarazo adolescente como un problema social.

Se han desarrollado algunas investigaciones que permiten identificar al embarazo no planeado no solo como un problema, sino también como un tema que presenta múltiples dificultades. Los embarazos en mujeres menores de 20 años se han llegado a considerar no deseados por algunos gobiernos e instituciones, debido a los efectos negativos que provoca en las adolescentes, resaltando en gran medida que la adolescente que se embaraza incrementa las posibilidades de afectar su salud física y su educación; y tendrá menores probabilidades de ingresar al mercado laboral y de crear una nueva familia (Buvunic, 1998; Sánchez, 2003; Shiavon, 2008).

Se afirma que el mayor porcentaje de los embarazos que se producen en la adolescencia son no planeados y no deseados, aunque esto varía según las características del grupo social, y otro porcentaje de embarazos no planificados pero sí deseados conscientemente, esto debido a que pueden suponer un cambio en el estatus afectivo (sentirse querido y aceptado) y/o social pues la adolescente puede sentir que logra independencia social y económica de la familia paterna. Las consecuencias en estas situaciones no suelen ser tan negativas como las de los no deseados y no planeados, aunque bastantes son comunes (Colomer, 2003).

La Organización Mundial de la Salud afirma que alrededor de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz, representando aproximadamente el 11% de niños nacidos en el mundo, la mayoría de alumbramientos adolescentes se registra en países en vías de desarrollo. Los países en desarrollo además de contar con una amplia población de adolescentes, se caracterizan por uniones y embarazos tempranos. Los embarazos de mujeres adolescentes no repercuten únicamente a nivel individual, afectan también el comportamiento demográfico y la situación económica del país (Shiavon, 2008).

Las tasas de embarazo en adolescentes varían enormemente entre países y al interior de ellos. En México la tasa de embarazos en mujeres de 12 a 19 años de edad es de 79 por cada 1,000 y se calcula que entre el 30 y 60% de estos embarazos terminan en abortos inducidos (SSA, 2007). El indicador que a la fecha refleja mejor la magnitud de este problema en nuestro país es el porcentaje de partos en menores de 20 años en las instituciones públicas de salud. En el 2005 se registraron 1, 174, 209 partos en estas instituciones 21% de los cuales correspondieron a mujeres menores de 20 años (SSA, 2007). Este porcentaje contrasta con el 4% de los países ricos pero también con el 50% de algunos países del continente africano. Dentro de las cifras ofrecidas por la SSA en el 2007 cabe destacar que 7,289 de esos partos ocurrieron en niñas de 10 a 14 años.

A nivel nacional los porcentajes más altos de atención a embarazos en adolescentes se presentan en los Servicios Estatales de Salud (SESA) (26.5%) y el IMSS-Oportunidades (24.5%), y los más bajos en el IMSS (10.1%) e ISSSTE (5.3%). Estas cifras revelan la consistencia en los resultados de estudios que han demostrado una relación entre la frecuencia de estos embarazos y el nivel de ingreso y educación de las familias de las adolescentes (SSA, 2007). Esto apoya los estudios que han documentado que las altas tasas de fecundidad adolescente se presentan con más frecuencia en las mujeres que viven en condiciones sociales y económicas más desfavorables (Menkes y Serrano, 2010).

En algunas investigaciones se reportó que hay una mayor tendencia en el riesgo de embarazo de las adolescentes iniciadas sexualmente, según los niveles de escolaridad alcanzados y el estrato socioeconómico del hogar al que pertenecen (Palma y González, 2010). Aunque se recalca con mayor énfasis que el nivel socioeconómico también ejerce una influencia directa en el riesgo de embarazo, independientemente del nivel de escolaridad alcanzado por las adolescentes. Mencionan la probabilidad que pueda estar relacionado con el acceso a métodos de regulación natal diferenciado en los distintos estratos socio-económicos, así como a las relaciones de género distintas en cada grupo social (Stern, 2007; De Jesús, 2011).

Otra de las relaciones que se establecen entre el embarazo adolescente y el bajo nivel educativo es la influencia del género y la condición socio-económica (Pantelides, 2003; Stern, 2007). En algunos de los sectores de la sociedad, la carencia de recursos económicos dificulta sostener la educación de las hijas, aunado a la creencia de que el estudio y la educación en las mujeres son deseables, pero no indispensables para cumplir con una función maternal y en base a esta creencia no se pone el interés necesario en que las adolescentes terminen la escuela e incrementen su nivel educativo.

Es en base a esta serie de factores antes mencionados que se disminuyen las posibilidades de incrementar la calidad de vida en los adolescentes, por lo que el embarazo en adolescentes es considerado como una prioridad de atención dentro de las políticas de salud del Gobierno Mexicano dado que el porcentaje de embarazos en menores de 20 años se ha mantenido sin cambio en los últimos quince años en comparación con otros rangos de edad (SSA, 2008). Otro de los factores que influye para que se considere prioridad es el impacto social y de salud que el embarazo a esta edad trae como consecuencia. Es por este motivo que los servicios de salud se han propuesto desarrollar acciones de manera prioritaria a la población adolescente en el diseño de sus políticas de salud reproductiva (SEGOB, 2007).

Además debe tomarse en cuenta que el estudio de la sexualidad en la población joven se ha realizado principalmente a partir de la relación con los fenómenos de la reproducción biológica en gran medida por su asociación al inicio de la pubertad; es decir se ha abordado la sexualidad desde una visión reducida, afectando con esto la forma de implementar las estrategias de acción adecuadas a este sector poblacional, aún cuando el abordaje de la sexualidad no es fácil debido a la complejidad que implica separarla de creencias erróneas, desinformación, valores morales éticos y religiosos que muchas veces quedan de lado, mucho menos se toman en cuenta los contextos en los que se desenvuelven los adolescentes (Román y Valdez y Cubillas, 2004).

Revisando más a profundidad la problemática, se puede decir que el embarazo no planeado se da como consecuencia de un incumplimiento en los derechos sexuales y reproductivos del adolescente; y aunque se cuente con algunos servicios brindados directamente a los adolescentes, estos programas, no siempre son adecuados a las expectativas y necesidades reales, menos aun tomando en cuenta las diferencias que existen en el interior de la población, diferencias no solo de edad, sino sociales, culturales y de género (Nirenberg, 2006).

Uno de los aspectos importantes a destacar, es que dentro de los derechos fundamentales del ser humano se encuentra la salud; siendo la salud sexual y reproductiva un componente integral de la salud en general. Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes está considerada dentro de los derechos humanos, que a su vez promueven el derecho a la integridad sexual, a la privacidad, a la igualdad, al derecho a elegir, a la educación sexual y al acceso a los servicios de salud sexual sin discriminación por su condición de adolescentes en las instituciones que lo brindan (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

Aun cuando se promueve el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la SSA en su programa de acción establece que los servicios de salud sexual y reproductiva que

brindan no han cubierto las necesidades de los adolescentes en este aspecto sexuales, pues se han enfocado primordialmente a mujeres unidas, marginando de la atención a mujeres y hombres solteros dejando de lado un importante sector de la población (SSA, 2008). Conjuntamente con la falta de atención a los adolescentes, se da el desconocimiento por parte de ellos sobre el derecho a tener una información adecuada sobre sexualidad y métodos anticonceptivos debido a la escasa difusión de los servicios de salud sexual y reproductiva brindados por las instituciones de gobierno.

Además de la falta del cumplimiento de estos derechos antes expuestos se suman a la problemática las actitudes de algunos profesionales de la salud y maestros escolares que no despiertan la confianza de los adolescentes, alejándoles aún más de fuentes de información o acceso a los servicios de salud formales, agrandándose aún más la problemática en los derechos sexuales y reproductivos de la población (Nirenberg, 2006).

3. Fundamentación y/o justificación de la propuesta de intervención.

El creciente reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población que se ha desarrollado a partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo, en 1994, ha permitido, que se hagan visibles las dificultades que experimenta la población adolescente para ejercer ambos derechos, en particular en los países en desarrollo donde, la sexualidad y la reproducción tienden a concentrarse en estas fases de la vida (CONAPO, 2010).

Los obstáculos que se dan para el correcto ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, tienen que ver con la complejidad histórica que experimenta la sociedad para asumir la sexualidad como un componente fundamental del desarrollo de los individuos y que toma particular importancia en la adolescencia (CONAPO, 2010).

Que el adolescente tenga conocimiento de su sexualidad y goce de un bienestar sexual forma parte de los componentes integrales de su salud y desarrollo. Las personas son intrínsecamente sexuales y el desarrollo sexual se va dando desde la infancia, acentuándose todavía más en la adolescencia, sentando las bases para la salud sexual del adulto. El que el adolescente se adapte a los cambios sexuales y proteja su salud, incluyendo su salud sexual, debería de ser un factor clave para el desarrollo personal del adolescente. Por lo tanto el periodo de la adolescencia es un momento oportuno para abordar la salud sexual y las inquietudes sobre la sexualidad con el fin de que lograr el desarrollo integral de su persona (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

El desarrollo integral de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social, donde es indispensable la inclusión de proyectos encaminados a la promoción de la educación sexual, desarrollo de habilidades para la vida, consejería orientada a la mejora en conocimientos sobre la sexualidad y salud sexual y reproductiva, sin faltar la promoción constante de los derechos sexuales.

Es por estas razones mencionadas anteriormente que con este proyecto se desea contribuir al desarrollo de una mejor calidad de vida en los participantes a través de un espacio

formativo y grupal donde se puedan adquirir conocimientos sobre educación y salud sexual, además de la orientación a través de la consejería individual. Se busca la participación de este sector de la población pues se considera que la etapa de la adolescencia es la más adecuada para abordar el tema de la sexualidad.

4. Vinculación del proyecto con una política social.

Las políticas públicas son aquellas que se definen como un conjunto de objetivos, decisiones y acciones llevadas a cabo por un gobierno para solucionar los problemas que en un determinado momento los ciudadanos y el estado consideran prioritarios (Nirenberg, 2006), por lo tanto se insertan dentro de las políticas públicas, siendo éstas el subconjunto de acciones públicas relacionadas con la distribución de los recursos en la sociedad; su finalidad es proveer bienestar individual y colectivo a una población determinada, por lo cual es necesario tomarse en cuenta las políticas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes (Nirenberg, 2006).

A continuación se describen las políticas sociales en materia de salud sexual y reproductiva de la población objetivo a nivel internacional, nacional y estatal en las cuales se sustenta el proyecto de prevención al embarazo en adolescentes:

4.1. Contextualización internacional de las políticas sociales en salud sexual y reproductiva

A nivel internacional los tratados y conferencias internacionales como lo son la Convención sobre los Derechos del Niño, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo y la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, entre otras tantas, reconocen que todas las personas tienen derecho a una gozar de una vida digna en condiciones de igualdad. Por lo tanto el derecho a la vida se da como consecuencia del disfrute de otros derechos, como los sexuales, a la salud sexual y reproductiva; acceso a una educación e información sobre sexualidad, prevención de ITS y embarazo no planeado (Mesa, 2008).

En la convención sobre los Derechos del Niño realizada en 1989, se implementó un sistema de protección integral, para el acceso a la educación, salud, y en general a los bienes y servicios públicos, así como en la participación, sin distinción de género y edad. Además en el artículo 2.2, es obligación del Estado otorgar protección a la igualdad de derechos de niños, niñas y adolescentes contra toda discriminación, al considerar el interés superior del niño ante los derechos que se contraponen, y fundamenta que sus derechos sexuales no deberán ser discriminados por su edad (Nirenberg, 2006; Mesa, 2008).

Así mismo siguiendo con el tema de la protección a los menores de edad por parte del Estado, en el caso de los adolescentes también se garantiza el derecho a la vida, con la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo, Egipto (1994). En la cual se hace referencia a la población adolescente y se planteó que los servicios de salud reproductiva brindados por los gobiernos, han descuidado en gran parte las necesidades de este grupo. Además de que se les debe facilitar a los adolescentes información y servicios que les ayuden a comprender su sexualidad y a protegerse de los

embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y a disminuir el riesgo probable de infecundidad.

Dentro de esta conferencia se plantearon los siguientes objetivos: afrontar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en especial los embarazos no deseados, aborto en malas condiciones y las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, mediante el fomento de un ejercicio sexual responsable y sano, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados para esta población.

Siguiendo con el tema a nivel internacional en septiembre de 2000, 189 países entre ellos México, firmaron la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas; se comprometieron a respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad, en especial de los más vulnerables y, en particular, los niños y adolescentes del mundo. Estos objetivos son entendidos como la obligación que tiene el Estado hacia los ciudadanos. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio se han convertido en un marco básico para la elaboración de estrategias de desarrollo. Para fines del problema que se está abordando se destacan los siguientes objetivos: erradicar la pobreza extrema en sus diferentes dimensiones, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA.

En lo que concierne a la población adolescente dentro de la Declaración del Milenio, con la implementación de este proyecto se busca incidir en la disminución las tasas de natalidad entre las adolescentes (esto dentro del punto de mortalidad materna), así como combatir el VIH/SIDA y que la población de 12 a 19 años tenga conocimientos amplios y correctos sobre la salud sexual y reproductiva.

En todos aquellos acuerdos internacionales donde México ha participado (acuerdos, tratados y conferencias), se compromete a formular e implementar políticas públicas para cumplir con ellos y de esta forma garantizar el cumplimiento de las condiciones indispensables para que las personas tengan una vida digna. Por lo tanto es deber del Presidente enunciar estrategias para el bienestar individual y colectivo de los mexicanos.

4.2. Vinculación del proyecto con las políticas de salud sexual y reproductiva a nivel nacional

En México se han desarrollado políticas de población de manera explícita a partir del siglo XX. (Palma, 2004). Así mismo las acciones que se han diseñado en materia de salud sexual y reproductiva dirigidas a la población adolescente se respaldan en un marco jurídico nacional. Estas políticas se encuentran respaldadas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (específicamente en su artículo 4o), además de un conjunto de tratados, convenciones y acuerdos internacionales mencionados anteriormente (SSA, 2008). A continuación se mencionan algunas de las acciones y estrategias que se plantean dentro del contexto nacional.

Las acciones y estrategias que se dirigen a la atención de la población adolescente tienen su fundamento en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 del actual gobierno. Este plan

establece en su eje 3 relacionado con la igualdad de oportunidades que cada mexicano (en este caso específico la población adolescente), sin importar su lugar de origen y el ingreso de sus padres, debe tener acceso a genuinas oportunidades de formación y de realización. Entendiéndose esto como la esencia de la igualdad de oportunidades y sólo mediante ella puede darse la ampliación de capacidades y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población que más lo requiere (SEGOB, 2007).

Una de las piezas fundamentales para que se dé la igualdad de oportunidades entre los adolescentes involucrados, es mediante la vinculación de políticas públicas transversales que promuevan el desarrollo integral de los adolescentes. Es necesario que se desarrollen estrategias para mejorar la calidad educativa, de salud, oportunidades laborales, servicios básicos que promuevan una vida digna, recreación y aquellos servicios que promuevan el bienestar del adolescente (SEGOB, 2007).

Es por esto que dentro del Plan Nacional de Desarrollo se menciona dentro del eje de igualdad de oportunidades en su objetivo número seis la importancia de reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables. Teniendo como su principal propósito abatir los rezagos en la atención a la salud de la población en condiciones de pobreza, así como prevenir las enfermedades y superar los principales obstáculos para una vida sana, con acciones dirigidas a los lugares donde más se necesitan (SSA, 2008).

Una de las estrategias para lograr el anterior propósito es la siguiente: promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la población. En esta estrategia se promueven acciones integrales que identifiquen los grupos con mayor rezago, asegurando que haya servicios de calidad en cuanto la prestación de servicios de salud en planificación familiar y anticoncepción, además de brindar educación a cada segmento de la población. Todo esto contando con mecanismos de supervisión y evaluación sistemática que instrumente un modelo interinstitucional de atención básica en salud sexual y reproductiva para la población adolescente (SEGOB, 2007; SSA, 2008).

4.3. Marco legal nacional en el que se encuentra sustentado el proyecto de intervención

Además de las estrategias planteadas en el Plan Nacional en México existen leyes y acuerdos que protegen el acceso de los y las adolescentes a la información, educación, orientación a consejería y servicios de salud, entre ellos se encuentran la Ley General de Educación, la Ley General de Salud y la Ley General de Población. Por lo tanto la educación sexual se encuentra insertada dentro del ámbito educativo nacional en las leyes arriba mencionadas. Favoreciendo con su proceso formativo el empoderamiento de los adolescentes en el ejercicio de sus derechos sexuales y en el acceso a los servicios de educación. Entre los beneficios de brindar educación sexual a los adolescentes es que se permitirán crear las bases para el ejercicio de una sexualidad saludable y plena, una de las condiciones indispensables para la autonomía y el desarrollo personal de cada individuo. (Mesa, 2005).

Para sustentar a la educación sexual dentro del marco legal se mencionan a continuación algunos artículos específicos de la Ley General de Educación, la Ley General de Salud y la Ley General de Población.

4.3.1. Ley General de Educación (última reforma enero del 2011)⁸

Según esta Ley en su artículo segundo se hace referencia a que toda persona tiene derecho a recibir educación, contribuyendo con ello a un mejor desarrollo individual y social de la persona, entendiéndose que dentro de la educación general se incluye la educación para la salud sexual y reproductiva.

En su artículo 7 se establece que tendrá además de los fines educativos establecidos, desarrollar actitudes solidarias en los individuos, para crear conciencia sobre la preservación de la salud, incluida la salud sexual, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias para el desenvolvimiento integral de individuo y la sociedad.

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes ha adquirido especial relevancia en los años recientes en la medida en que se tiene evidencia del impacto que tiene en la salud en general y en las condiciones de vida (SSA, 2008). Es por este motivo que se han desarrollado estrategias que impulsan una mejora en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, tal como se establece en la siguiente ley.

4.3.2. Ley General de Salud (última reforma abril 2010)⁹

Los beneficios en salud sexual que pueden obtener los adolescentes al tener acceso a los servicios de salud brindados por el estado se orientan al acceso a la atención médica en aquellos asuntos relacionados con su vida sexual y reproductiva. Es importante tener acceso a la información y los medios necesarios para que las personas reciban atención adecuada y de calidad por parte de los proveedores de servicios de salud. Es por esto que se mencionan los artículos 67 y 68 en la Ley General de Salud.

En el artículo 67 se establece que la planificación familiar tiene carácter prioritario. En las actividades a realizar se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en materia de salud sexual y reproductiva constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

⁸ Fuente: pagina web de la Cámara de Diputados <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/137.pdf>

⁹ Fuente: pagina web de la Cámara de Diputados <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

Según lo establecido en esta Ley es deber del Estado brindar información veraz y oportuna para que la población adolescente pueda tomar decisiones con responsabilidad y respeto a su persona, así como también se busca garantizar que los servicios de salud sean accesibles, con calidad y adecuados a su edad y condición, justificando con esto el propósito de apoyar con información y educación al respecto sobre el tema de salud sexual y reproductiva.

Además en el artículo 68 se menciona que los servicios de planificación familiar comprenden entre otras actividades: la promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población.

4.3.3. Ley General de Población (última reforma publicada 02 de junio 2010)¹⁰

En la Ley General de Población en su Artículo 3 párrafo II se menciona la importancia de realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias.

Asimismo en su párrafo IV del mismo artículo también se establece que el estado tiene el deber de influir en la dinámica de la población a través de los sistemas educativos, de salud pública, de capacitación profesional y técnica, y de protección a la infancia, y obtener la participación de la colectividad en la solución de los problemas que la afectan.

En base a lo establecido por esta Ley es importante resaltar la importancia que tiene el Estado para influir en materia de salud sexual y reproductiva tanto en los sistemas educativos y de salud mediante acciones transversales para un mayor impacto y eficiencia en las estrategias dirigidas a la población adolescente.

4.4. Contexto estatal de la política social en salud sexual y reproductiva

El Plan Estatal de Desarrollo 2010-2015 se encuentra vinculado específicamente en el eje de desarrollo social y calidad de vida. Esta estrategia consiste básicamente en propiciar que todos los miembros de la sociedad tengan similares oportunidades de desarrollar sus capacidades, como un medio para que puedan realizar su potencial de progreso. Es el acceso universal a la educación y a la salud, entre otros aspectos, que otorga a cada quien la posibilidad de lograr un desarrollo personal integral y con esto se busca el incremento en la calidad de vida. (PED, 2010).

En el PED 2010 se menciona la necesidad de que las políticas sociales se traduzcan en acciones que contengan, de manera intrínseca, la corresponsabilidad, la autogestión, la

¹⁰ Fuente: página web de la Cámara de Diputados <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf>

participación y el desarrollo comunitario, y que amplíen sus alcances para proteger a los grupos más vulnerables, atendiendo entre otros problemas el embarazo en adolescentes.

Dentro de los objetivos planteados en este eje se menciona la importancia de apoyar el desarrollo integral de los niños y jóvenes en situaciones de riesgo, a través de la sensibilización y concientización sobre salud reproductiva a los adolescentes. Es por este motivo que se resalta la importancia de apoyar estrategias de acción que estén enfocadas en mejorar la salud sexual y reproductiva en este grupo poblacional.

Entre otras líneas de acción se establece como prioridad generar condiciones para que los jóvenes puedan desarrollarse en el marco de las actuales condiciones económicas y sociales, a través del establecimiento de una política transversal de atención a las necesidades de los jóvenes (desde diversos ámbitos entre ellos la salud reproductiva). Solo cuando se promueven acciones desde las diferentes instituciones y organizaciones involucradas en el ámbito de la salud y la educación se pueden generar las condiciones económicas, sociales y culturales para el mejor desarrollo de los adolescentes.

En este Plan Estatal se menciona la importancia de que las acciones puedan ayudar a un mejor desarrollo integral, en especial se busca proteger y atender a los grupos más vulnerables entre ellos a la población adolescente. Es a través del establecimiento de políticas transversales relacionadas con la salud sexual y reproductiva que se busca atender las necesidades de los adolescentes y jóvenes. Con esto se resalta la importancia de acciones que contribuyan a que esta población reciba educación sobre sexualidad y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para garantizar un trato justo e igualitario que lleven al cumplimiento de sus derechos.

En el Programa Sectorial de Desarrollo Social 2010-2015 que se implementa en el estado de Nuevo León se menciona que en base a las recomendaciones hechas por la Organización Iberoamericana de la Juventud, las políticas públicas deben orientarse entre otros objetivos a propiciar e impulsar los esfuerzos dirigidos a mejorar la calidad de vida de los jóvenes.

Por lo tanto se determina en el objetivo estratégico 9 la importancia de apoyar el desarrollo integral de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situaciones de riesgo, ampliando las oportunidades de su ingreso y permanencia a programas sociales de protección. Esto se buscará a través las acciones siguientes: brindar a adolescentes y jóvenes que viven en riesgo de exclusión social programas que incidan en un desarrollo positivo en su vida y la de su comunidad, así como también se buscará sensibilizar y concientizar a los adolescentes sobre su salud reproductiva y adicciones. Con este tipo de acciones se busca que los programas sobre salud sexual y reproductiva tengan como finalidad influir en un mejor desarrollo integral del adolescente.

4.5. Marco legal estatal donde se encuentra sustentada la intervención

En el marco legal estatal se encuentra la Ley de Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes para el Estado de Nuevo León donde se establece en el capítulo segundo, artículo 11 que a fin de procurar en la población adolescente el ejercicio igualitario de todos sus derechos es fundamental poner en marcha programas que

favorezcan las condiciones de igualdad con los demás. Dichos programas deben de asegurar que reciban atención especializada en todas las áreas, particularmente en las de salud, educación y preparación para el trabajo, para que de esta manera logren un mejor desarrollo personal.

Además con el análisis de la ley anteriormente mencionada se establece en el artículo 53 que la población adolescente tienen derecho a disfrutar en el mayor grado posible de buena salud física y mental. Las autoridades estatales y municipales deberán coordinarse a fin de procurar el establecimiento de programas de prevención y atención de enfermedades y de educación para la salud, poniendo especial cuidado en ofrecer la información adecuada para la prevención y atención de embarazos de adolescentes.

Siguiendo con el estudio de esta Ley se puede mencionar la importancia que tiene que se pongan en marcha estrategias que aseguren la atención en las áreas de salud y educación, estableciendo con ello la importancia de que también se pueda brindar una educación en la sexualidad adecuada y que se otorguen servicios especializados en el área de la salud sexual y reproductiva a la población adolescente.

En la revisión de las políticas anteriormente expuestas se puede establecer que el proyecto de "Prevención del Embarazo en Adolescentes" se encuentra inserto en estas leyes y políticas revisadas, llegando a la conclusión de que el objetivo del proyecto va de acuerdo con cada una de las líneas y estrategias planteadas dentro de las políticas sociales dirigidas a la población adolescente. Lo anterior se establece debido a que en las acciones recomendadas se sugiere que para el mejor desarrollo individual y social de los adolescentes se necesitan de estrategias de acción que ayuden a este objetivo. Dentro de los objetivos planteados de este proyecto se busca que a través de las acciones que se llevaron a cabo se pueda contribuir a la mejora en la calidad de vida de los adolescentes involucrados en este proyecto. Las actividades desarrolladas dentro de este proyecto brindan a los adolescentes el conocimiento y las habilidades para la toma de decisiones adecuadas para la mejor toma de decisiones en el área de la salud sexual y reproductiva.

Por lo antes revisado dentro de los contextos internacionales, nacionales y estatales se considera que este proyecto de intervención busca coadyuvar al logro de los compromisos descritos, leyes y pronunciamientos a favor de la educación sexual, la salud sexual y reproductiva; así como también en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos contribuyendo de esta forma al crecimiento y desarrollo integral de la población adolescente.

5. CONTEXTO DEL PROYECTO.

5.1. Marco conceptual.

5.1.1. Respecto al concepto de adolescencia

La adolescencia puede ser definida como la etapa de la vida comprendida entre los 10 y los 19 años de edad, en la que se experimentan procesos críticos de transición que se asocian a cambios físicos y emocionales, a modificaciones en los roles familiares y sociales, así como la progresiva adquisición de la autonomía económica, profesional y personal (Schiavon, 2008).

Existen muchos criterios de aproximación a la definición de adolescencia (cronológico, jurídico, social, etc.), en el ámbito de la salud uno de los más aceptados es el de la Organización Mundial de la Salud, que la define como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. Fija sus límites entre los 10 y 19 años.

Una de las definiciones ofrecida por la SSA (2002), establece a la adolescencia como el periodo en el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual. El desarrollo físico llamado pubertad, se presenta independientemente de que el/la joven lo desee o no, en cambio, el desarrollo psicosocial se dará en un contexto social y personal. Las modificaciones sexuales se inician alrededor de los 10 a 12 años y la culminación del crecimiento es aproximadamente a los 20 años de edad.

Esta etapa es considerada como un periodo vital en el que las personas van tomando un rumbo en su desarrollo, alcanzan la madurez sexual, basándose en sus recursos psicológicos y sociales obtenidos desde el crecimiento previo, con los cuales siguen construyendo su identidad y planteándose un proyecto de vida propio (SSA, 2002).

Una buena parte de las transformaciones que se dan en el tránsito de la niñez a la adolescencia tienen que ver con la sexualidad, como lo son los aspectos fisiológicos, la conformación de la identidad y las relaciones sociales construidas alrededor de la experiencia sexual. Esta serie de cambios en la persona tiende a consolidarse en el inicio de la adultez, en los cuales, además, el aspecto de la reproducción cobra un sentido particularmente relevante (CONAPO, 2010).

Para fines del proyecto que se implementó se tomó el concepto de adolescencia que maneja Shiavon donde establece esta etapa dentro de la edad comprendida entre los 10 y 19 años, donde los adolescentes experimentan cambios tanto físicos y emocionales, además de modificaciones en los roles familiares y sociales, además de que se va adquiriendo una autonomía tanto personal y económica. Dentro del proyecto los participantes involucrados se encuentran dentro del rango de edad establecido anteriormente y muestran características ya señaladas por la autora.

5.1.2. Educación Sexual

Dentro de los temas que giran en torno a la sexualidad se encuentra la educación sexual, siendo este un elemento importante en la vida de la persona para lograr una sexualidad sana, placentera, segura, libre de culpa y vergüenza, incluyendo valores como la libertad, responsabilidad, la aceptación y tolerancia a la diversidad (Villaseñor, 2008).

En México este tema ha despertado diferentes posturas, por una parte un gran interés por saber más, pero cierta resistencia para hablar directamente del tema. Esta actitud en parte se debe al desconocimiento sobre los beneficios que brinda la educación sexual y de cierta forma propiciada por el miedo de sentir que existe la posibilidad de caer en situaciones que no se puedan manejar (Rodríguez, 2010).

La discusión que se da actualmente sobre los programas de educación sexual dirigidos a los adolescentes se basa primordialmente en juicios y creencias erróneas que algunos grupos de la sociedad tienen sobre la sexualidad, por ello es cada vez más indispensable que las acciones y estrategias se enfoquen en brindar una educación de la sexualidad basada en información científica e interpretada de forma adecuada a la población adolescente. Según las investigaciones revisadas se ha comprobado que cuando a los adolescentes se les proporciona una educación sexual tienden a iniciar la vida sexual a mayor edad y no como comúnmente se piensa que al brindarles información sobre sexualidad se les propicia a tener relaciones sexuales a temprana edad (Gayet y Solís, 2007).

La educación sexual es un aspecto de gran importancia para la formación integral de los adolescentes, porque más allá de conocer el aspecto biológico, también implica que se expliquen los procesos trascendentales en el desarrollo de la persona, así como la construcción de la identidad de género o las relaciones afectivas en el ámbito en el que se desenvuelve el adolescente (Barragán, 1995).

La formación referente a la educación sexual que se les brinda a los adolescentes no es una tarea exclusiva de la familia, también es importante considerar el papel que juegan las instituciones escolares y los proveedores de los programas de salud; responsabilidad que la sociedad en conjunto debe aceptar y que esta tarea se pueda llevar a cabo exitosamente para lograr el pleno desarrollo de la población adolescente obteniendo a largo plazo ciudadanos saludables y responsables del ejercicio de su sexualidad (Barragán, 1995; Mesa et al, 2005).

Brindar educación sexual, información y servicios para el cuidado de la salud sexual y reproductiva a los adolescentes es parte de sus derechos sexuales y reproductivos. Con el ejercicio de este derecho se busca impulsar la igualdad de oportunidades para la población y el acceso al empleo, las actitudes no sexistas ni racistas, la responsabilidad en la reproducción, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Asimismo, se busca promover de forma consciente e informada también la toma de decisiones en la vida familiar, el comportamiento sexual y reproductivo. Toda esta información brindada deberá ser científica, rigurosa y objetiva (Mesa et al, 2005).

Gracias a algunas investigaciones (Rodríguez, 2010; Monroy, 2002) se ha demostrado que los adolescentes que han recibido formación en educación sexual logran mejorar en aspectos como la comunicación a nivel familiar y de pareja, aclaran sus valores personales

y religiosos respecto a la relación de pareja, contribuyendo de esta forma con la equidad de género en sus relaciones para con su familia y su grupo de pares. Tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla no. 1. Beneficios de la educación sexual

Comunicación familiar	Valores	Equidad de género
<p>*Mejora la comunicación sobre sexualidad con madres de familia.</p> <p>*Reconocen el apoyo y la solidaridad familiar.</p>	<p>*Aclaran el tipo de pareja que buscan.</p> <p>*Mantienen sus creencias religiosas y las distinguen de sus actitudes hacia la sexualidad.</p> <p>*Entre novios hablan más de su relación y de sus sentimientos.</p>	<p>*Las mujeres mejoran la comunicación sobre el cuerpo y las decisiones sexuales.</p> <p>*Los hombres toman conciencia sobre el cuidado de su cuerpo y la responsabilidad en la vida sexual.</p> <p>*Las mujeres mejoran la autoestima y el respeto al propio cuerpo.</p>

Fuente: Rodríguez (2010).

Según lo que se muestra en el anterior cuadro se observó que además este tipo de educación influyó en el aspecto de la comunicación, los adolescentes mejoraron en la forma de llevar su relación de noviazgo, aclararon el tipo de pareja que les gustaría tener, además de distinguir sus actitudes hacia la sexualidad.

En referencia a los datos descritos en la tabla anterior se encontró que las mujeres adolescentes mejoraron en su autoestima y su actitud respecto al cuidado de su cuerpo aumentó. En los varones también se encontró que tomaron conciencia sobre el cuidado del cuerpo y pudieron hacerse responsables sobre su vida sexual. Entre otros beneficios encontrados en el cuadro (ver tabla no. 1) con la implementación de cursos y pláticas sobre educación sexual se dice que los adolescentes adquieren mayor responsabilidad en el manejo de su sexualidad, donde los adolescentes que no habían iniciado su vida sexual retrasaron el inicio de las relaciones sexuales. En quienes ya llevaban una vida sexual activa se reduce el número de parejas sexuales, logrando negociar el uso de condón y de otros anticonceptivos, presentando a su vez menor número de embarazos no deseados y menor prevalencia de ITS y el VIH-SIDA (Rodríguez, 2010).

Estos beneficios encontrados en investigaciones realizadas llevan a determinar las ventajas de brindar educación sexual veraz y científica, libre de prejuicios y creencias erróneas que a su vez permiten al adolescente que pueda tomar decisiones informadas y conscientes sobre su sexualidad y de esta forma ser responsables y futuros ciudadanos comprometidos.

Si se pretende construir una sociedad en la que las personas puedan convivir en igualdad y sin discriminaciones, es imprescindible proporcionar a los adolescentes una educación sexual de calidad, pues brindar educación sexual no sólo influirá en la prevención de ITS y VIH-SIDA, embarazos no deseados, prevención de prácticas sexuales de riesgo, etc., sino que también se busca transformar las bases sociales para favorecer la construcción una sociedad más participativa y activa. No se puede olvidar que si bien la sexualidad humana está íntimamente ligada a lo privado también está regulada social y culturalmente (Barragán, 1995; Rodríguez, 2010).

5.1.3. Salud sexual

La salud sexual no se refiere solamente a la ausencia de alguna enfermedad o disfunción sexual. Tiene relación con la expresión libre y responsable de las capacidades sexuales que fomentan el bienestar personal y social y que enriquecen la vida individual y social. Definida como tal, la salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, el reconocimiento de los derechos sexuales y la fuerte influencia de las características psicológicas del individuo, entre ellos, su autoestima y bienestar emocional y mental. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es importante que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de la población adolescente. (OPS/WAS, 2000, 2001. OMS, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud sexual como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, sociales y culturales del ser sexual, que enriquecen positivamente y fortalecen la personalidad, la comunicación y el amor. Se compone de tres elementos básicos: la capacidad de disfrutar y controlar el comportamiento sexual de acuerdo a una ética social, y personal; estar libre del miedo, vergüenza, culpabilidad, falsas creencias que inhiben la respuesta sexual y perjudican las relaciones sexuales; así como estar libre de problemas orgánicos, enfermedades y dificultades que interfieran con las funciones sexuales.

Cuando se habla de salud sexual implica apreciar y comprender el propio cuerpo. Durante el periodo de la adolescencia esto puede ser un poco complicado pues durante esta etapa se dan cambios físicos profundos. Por lo tanto es importante que los adolescentes asimilen que su cuerpo está cambiando y vayan aceptando que están en proceso de crecimiento y madurez (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

Según recomendaciones de la OMS la salud sexual debe de estar encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no simplemente al asesoramiento y la atención en el área de la reproducción y de infecciones de transmisión sexual.

5.2. Marco Teórico que ha sustentado las intervenciones en Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes.

5.2.1. Teoría del Aprendizaje Social

En la teoría del aprendizaje social, Bandura enfatiza el proceso de aprendizaje por observación en el cual el comportamiento de la persona cambia como resultado de la observación de nuevos comportamientos y de las consecuencias producidas. Se identifican diversos factores que determinan si la observación de un modelo puede producir el cambio

de la conducta o el cambio cognitivo (Vega, Maddaleno y Mazin, 2005). En esta teoría desarrollada por Bandura, se hace gran hincapié en la importancia que tiene observar y modelar las conductas, actitudes y reacciones emocionales de los otros para el proceso de aprendizaje de los individuos (Cordero, 2005). Según los principios de esta teoría el comportamiento del adolescente se adquiere fundamentalmente en el entorno social mediante un aprendizaje por observación (López y Moral, 2009).

Uno de los factores fundamentales que se retoma es el concepto de autoeficacia, que juega un rol importante, haciendo referencia a las creencias que el adolescente tiene respecto a sus propias habilidades y capacidades para realizar el comportamiento que ha observado.

Esta teoría parte de la premisa central que afirma que las personas más eficaces son aquellas que van construyendo su conocimiento por medio de la fijación de metas, tareas de análisis, estrategias de planeamiento y por el monitoreo de su comprensión sobre los temas aprendidos.

Fundamentar la intervención desde esta teoría permite que desde la intervención se pueda ayudar al adolescente a formular y alcanzar metas concretas que sean realistas y alcanzables y que provean el espacio para el manejo de los sentimientos y emociones que acompañan el cambio de lo conocido, a la adopción de comportamientos nuevos.

Dentro de esta teoría se desarrolla el término auto-eficacia que también ha sido utilizado para explicar conductas que están relacionadas con la salud. La salud no depende exclusivamente de los aspectos biológicos, sino que también está afectada, por los hábitos y estilos de vida del adolescente, por lo que no solamente basta con querer practicar conductas saludables para la mejora de estas conductas, además se necesita desarrollar capacidades auto-reguladoras, lo cual según Bandura (citado por Cordero, 2005): "exige tanto la inculcación del sentido de eficacia, así como también el desarrollo de habilidades sociales para la toma de decisiones adecuadas dentro de la salud sexual.

Para que el proyecto de prevención del embarazo pueda dar mejores resultados y sus estrategias puedan impactar de forma real es importante partir de algunos componentes de esta teoría, pues solamente al trabajar las habilidades sociales en los adolescentes para la toma de decisiones y que a su vez puedan tener la facilidad para cambiar sus comportamientos de riesgo por conductas de prevención.

5.2.2. Teoría de la Interacción Sexual

Esta teoría se deriva del modelo de creencias en salud, aunque consigue darle un giro importante para el estudio del comportamiento sexual. Sus orígenes se dan con las aportaciones de Rademaker, Luijckx, Zessen y Zijlmans en 1992. Los teóricos que desarrollan esta perspectiva retoman las aportaciones teóricas de la teoría de sistemas, la psicología cognitiva social y la teoría de las redes sociales.

Desde este enfoque se propone resaltar la dimensión social del adolescente e incorpora el proceso de interacción entre los sujetos. Argumenta que en el estudio de la conducta sexual y reproductiva el objeto de interés no es la toma de decisiones individuales, sino la interacción con otros sujetos. Cómo los jóvenes interaccionan con diversos planes, deseos o

expectativas, éstos deben de ser tomados en cuenta plenamente porque pueden afectar el curso de la interacción, lo que determina en cierta medida el comportamiento sexual y reproductivo del individuo pues este se encuentra fuertemente influenciado en la formación y reforzamiento de las creencias que determinan una conducta debido a la interacción constante con otras personas (López y Moral, 2010).

Es importante que también se tome en cuenta este enfoque para la intervención, pues se destaca la importancia de la dimensión social de los adolescentes y las formas en que estos interactúan con sus pares y de cómo la decisión que toman están determinada en base a las relaciones que se dan entre el adolescente y su pareja, además del apoyo de las redes sociales con que cuenta la persona en el momento de tomar la decisión.

5.3. Situación actual de los adolescentes en México.

La generación de adolescentes en este país es actualmente la más numerosa, esto se debe principalmente a que este sector de la población representa el bono demográfico¹¹ (UNICEF, 2010). Según investigaciones realizadas por la CONAPO en el 2010, se puede decir que México puede considerarse un país joven en pleno tránsito a la adultez. Aun cuando el efecto de la transición demográfica tiende al envejecimiento en el largo plazo actualmente el país cuenta con una gran cantidad de población entre 15 y 24 años de edad.

Actualmente en México residen 20.2 millones de jóvenes entre 15 y 24 años de edad, de los cuales 10.4 millones son adolescentes (15 a 19 años) y 9.8 son adultos jóvenes (20 a 24 años). Representando en total cerca de la quinta parte de la población total del país, la cual ascendió a 108.4 millones en el 2010 (CONAPO, 2010).

La situación de los adolescentes con respecto a las oportunidades de desarrollo a las cuales tienen acceso varían de acuerdo a diversos factores, entre estos se encuentra el sexo, si son indígenas o no indígenas, si viven en el contexto urbano o rural, reflejando con esto la diversidad cultural, geográfica y social del país, pero sobre todo resaltando también la desigualdad existente.

En este momento la situación económica actual que se está viviendo afecta en general a la población, pero quienes se ven afectados de forma más particular son los jóvenes, resintiendo directamente la falta de oportunidades para obtener un empleo bien remunerado, la falta de acceso a una educación de calidad, falta de espacios de convivencia y recreación, acceso a servicios de salud adecuados y enfocados a la población que repercute en una ausencia de un proyecto de vida a futuro.

Según una encuesta¹² realizada en México (INEGI, 2008), se encontró que la población juvenil es de 1 000 000 de jóvenes. Además de los jóvenes que se encontraban laborando en el 2008 solo el 40% contaba con un contrato formal que pudiera ofrecerle prestaciones sociales, mientras que seis de cada diez jóvenes lo hizo en condiciones precarias, sin

¹¹ Se habla del bono demográfico cuando los grupos de población de niños y adultos mayores son proporcionalmente reducidos. Esta situación se ha dado debido a la reducción de la tasa de crecimiento demográfico, desde la década de los 70's, lo que coloca al grupo población de los adolescentes como la mayor registrada en la historia de México.

¹² Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del INEGI.

prestaciones ni contrato laboral, lo que difícilmente les permite trazar una trayectoria laboral y personal (Valdez, 2010).

En cuanto a la educación se encontró a nivel general que el promedio escolar se encuentra en los 10 años cursados pero la realidad es que los índices de mayor deserción se encuentran en la juventud. Según cifras ofrecidas por CONAPO en el 2009, se encontró que ocho de cada diez adolescentes de 15 años continúan en el sistema escolar, pero solo cuatro de cada diez jóvenes de 20 años asisten a la escuela. Observando con esto que debido a una escolaridad trunca el joven tiene pocas posibilidades de insertarse laboralmente en un empleo bien remunerado y por lo tanto forjarse un futuro económicamente estable.

5.4. Panorama actual de la salud sexual y reproductiva adolescente en México

El estudio de la sexualidad y del comportamiento reproductivo es un tema que se ha estudiado en torno a problemáticas diversas, estas problemáticas varían dependiendo del contexto, nivel socioeconómico, grupo poblacional, condiciones de salud, entre otros (Silva, González y otros, 2008).

El comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes ha sido considerado uno de los problemas sociales y de salud pública más importantes en diversos países por las problemáticas que giran en torno a la sexualidad (UNFPA, 2005), dentro de las que se encuentran la edad de inicio de la vida sexual sin protección, las prácticas sexuales riesgosas, los embarazos en adolescentes, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre otros (Palma, 2008).

5.4.1. Inicio de las relaciones sexuales

Se considera que la edad de inicio de la vida sexual de los adolescentes conlleva a un riesgo si se presenta de manera desprotegida, ya que las implicaciones que se derivan de ello pueden repercutir en su vida adulta. La edad de inicio de la primera relación sexual es un tema importante en relación a las problemáticas a las que se puedan exponer los adolescentes y está totalmente relacionada al que se presente un embarazo en esta etapa de la vida (CONAPO, 2010).

El inicio de la vida sexual a edades tempranas se considera como uno de los hechos, que relacionados con otros aspectos de tipo económico, cultural y social está influyendo de manera importante para que se produzca un mayor número de embarazos adolescentes, según datos presentados por la SEGOB se calcula que anualmente en el mundo el 90 % de los embarazos en mujeres adolescentes se presentan en países en vías de desarrollo (SEGOB, 2007).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Juventud (2005), en México el 48.7% de la población de adolescentes entrevistados ha tenido su primera relación sexual antes de los 20 años, encontrándose los mayores porcentajes de la edad de inicio entre los 15 y los 19 años, el inicio de la vida sexual de los adolescentes es un tema de suma importancia ya que se considera como uno de los factores que condicionan el embarazo adolescente, esto debido a las circunstancias en las que este evento se lleva a cabo (ENJUVE, 2005).

5.4.2. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

Diversas investigaciones (Palma, 2008; Welti, 2003; Shiavon, 2008) han mostrado interés respecto al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos que se tiene dentro de la población, pues es esta una de las principales medidas que puede tomar un adolescente para la prevención de embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. El uso de métodos anticonceptivos se ha considerado un tema de gran interés debido a las evidencias que presentan un porcentaje elevado de adolescentes que los conoce. Las cifras ofrecidas por la ENADID 2006 (Citado por SSA, 2008) mencionan que cerca del 95.2% de las jóvenes encuestadas tiene un alto nivel de conocimientos mas sin embargo también se presenta un porcentaje alto que no los utiliza, pues nueve de cada diez mujeres que refirieron haber tenido su primera relación sexual en la adolescencia no utilizaron protección aun cuando el 66% de ellas no tenían la intención de embarazarse en ese momento de la vida.

La proporción de mujeres que conocen al menos un método anticonceptivo ha aumentado de manera sistemática, especialmente entre los grupos de mujeres cuya atención en materia anticonceptiva podría considerarse prioritaria. Dentro de las diferentes encuestas (ENSAR, 2003; CONAPO, 2010), los resultados en cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos los adolescentes han mostrado resultados favorables por lo menos en las últimas tres décadas, pues en año de 1987 el 89.7% conocía al menos un método anticonceptivo mientras que para el 2009 se encontró que el 97% de las adolescentes conocía sobre métodos (CONAPO, 2010). Los métodos anticonceptivos han tenido gran difusión dentro del área escolar, así como en campañas publicitarias de televisión y sin embargo, no deja de mencionarse su uso limitado.

Encuestas como la ENSAR (2003) y la de CONAPO (2010) permiten obtener una aproximación general sobre el conocimiento que tiene la población joven sobre los métodos de anticoncepción, pues han mostrado el conocimiento que éstos tienen de la existencia de los medios de control de natalidad, por lo que no se puede tener un dato exacto, porque la medición de los conocimientos de los métodos incluyen una gran variedad de grados de conocimiento para poder seleccionar y usar un método anticonceptivo; por ello se pueden realizar hipótesis sobre el grado de desconocimiento de los diferentes métodos, su forma de uso, o el lugar de su obtención ya que no hay garantía de que los métodos sean utilizados, lo que puede traer como consecuencia un aumento en los embarazos adolescentes y en las ITS (Sánchez, 2002).

5.4.3. La brecha entre la información que tienen los adolescentes acerca de las medidas de prevención de embarazos, así como de las ITS y el uso real de esa información para protegerse

En México y en algunos países de Latinoamérica diversos estudios socio demográficos y epidemiológicos han señalado insistentemente la existencia de una brecha entre la información que tienen las personas sobre las medidas preventivas para evitar los embarazos no deseados o la adquisición de ITS, ocasionando con esto que a pesar del conocimiento adquirido por los adolescentes no se haga un uso eficiente de la información que se les proporciona (Lerner, 2008).

En este país, las encuestas señalan que la población joven tiene un gran conocimiento en cuanto a métodos anticonceptivos, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Juventud (2005) 9 de cada 10 jóvenes conocen al menos un método, encontrándose que al menos 66% por ciento de los hombre jóvenes utilizo algún método en su primera relación sexual, pero en las mujeres jóvenes este avance no es similar pues solo 3 de cada 10 utilizaron algún método en su primera relación sexual. Como consecuencia de ello, se ven implicaciones importantes, como los embarazos no deseados, las ITS y el VIH; lo que se ve como un problema complejo que requiere ser estudiado y tratado por las consecuencias y problemáticas diversas que afectan a los adolescentes y a las personas involucradas alrededor de ellos (Lerner, 2008).

Pese a que en el país el uso de métodos anticonceptivos para regular la fecundidad se ha extendido notablemente, continúan observándose importantes diferencias en estas prácticas entre los distintos grupos de la población. Así, el uso de anticonceptivos es menor entre las mujeres adolescentes que viven en comunidades rurales (92% contra 98% de las jóvenes de comunidades urbanas) , las que tienen menor escolaridad (61.9% entre jóvenes sin escolaridad contra 99.1% con estudios de secundaria o más) , así como entre la población joven hablante de lengua indígena (79.7% contra 98.3% de las jóvenes no hablantes de lengua indígena; de la misma manera, para adolescentes del medio urbano, el uso de métodos anticonceptivos es limitado debido a la falta de acceso a ellos y la falta de información (Gómez de León y Hernández 2002; CONAPO, 2010).

5.4.4. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre ellas el VIH-SIDA

Las infecciones de transmisión sexual son consideradas entre algunos otros padecimientos como uno de los problemas de salud pública más importantes que se dan a partir de las prácticas sexuales de riesgo, pues no solo afectan la salud física del individuo, sino que también repercuten a nivel psicológico y social, el número de casos de ITS ha estado aumentando en la última década. Lo mismo ocurre en el caso del VIH-SIDA que sigue incrementando el número de personas infectadas (CONAPO, 2000).

Las ITS y particularmente la infección por el VIH ha sido considerada como un problema creciente de salud pública a nivel mundial por varias razones, entre ellas que tienen altas tasas de prevalencia e incidencia; que pueden generar serias complicaciones y secuelas en la salud sexual de la población, teniendo a su vez consecuencias en lo social y económico. Este tipo de padecimientos afecta especialmente entre la población adolescente y adulta joven, pues en el 2001 la UNICEF estimó que más de 100 millones de las ITS (excluyendo el VIH) se presentaban en población menor de 25 años. Además por razones socioculturales y fisiológicas las mujeres son más susceptibles a enfermedades que los hombres y padecen consecuencias más graves, como el cáncer cervical y la infecundidad (Caballero, 2006). De este tipo de infecciones, tres cuartas partes son el resultado de la transmisión sexual entre hombres y mujeres y de los nuevos casos curables registrados cada año, una tercera parte corresponde a adolescentes y jóvenes menores entre 15 y 25 años (UNFPA, 2005).

En México las infecciones de transmisión sexual representan una de las diez primeras causas de morbilidad y afectan de manera importante a los adolescentes, es por este motivo que este tipo de padecimiento se considera un importante problema de salud pública para la población adolescente y joven; frecuentemente en este tipo de infecciones no se tiene un

conocimiento sobre el total de casos, pues se cree que no son reportados a las instituciones de salud. Los casos que sí han sido reportados son de los primeros motivos de consulta médica para esta población. Entre las infecciones más frecuentes se encuentran la candidiasis urogenital, la tricomoniasis urovaginal y las infecciones por virus de papiloma humano (VPH), por lo que respecta al VIH, cada año 11 mil personas lo adquieren, lo que representa alrededor de 30 personas por día, de las cuales más de 50% son jóvenes menores de 25 años (Caballero, 2006; SSA, 2008).

5.4.5. Embarazo adolescente no planeado y/o no deseado

El surgimiento del embarazo adolescente se entiende como problema cuando éste no es planeado o deseado, algunos estudios indican que se define como un problema social cuando las consecuencias afectan en el plan de vida de los adolescentes (Colomer, 2003; Cliement, 2003).

La definición de esta clase de embarazo sucedió cuando el fenómeno comenzó a definirse como un problema por los diversos cambios sociales que se han venido dando, como lo son la creciente inserción de la mujer al proceso de escolarización y al mercado del trabajo; asimismo, se han venido modificando las normas sociales en el ámbito de la reproducción, de tal manera que ahora se pretende definir como socialmente indeseables a los embarazos y nacimientos que ocurren en esta etapa de la vida llamada adolescencia, que ahora se supone debería responder con una época dedicada al estudio y a la preparación para la adultez (Stern, 2001). Desde esta perspectiva, se puede observar que a partir de las investigaciones que se han realizado por diversos autores que toman en cuenta los efectos negativos del embarazo en adolescentes, se ha llegado a un punto de exacerbar la información en cuanto al incremento de los embarazos, los riesgos en la salud, deserción escolar, pobreza y mayor número de hijos.

Para el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo en la adolescencia puede tener repercusiones negativas limitando el desarrollo personal de la madre y el padre adolescente, así como su plan de vida pues el resultado del embarazo en la adolescencia está asociado a la falta de acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, lo que les permitiría decidir cuándo y cuántos hijos tener. Los patrones de fecundidad temprana incrementan los efectos a corto, mediano y largo plazo para la inercia de la demografía y favorecen la transmisión intergeneracional de la pobreza (CONAPO, 2010).

Desde 1985 el embarazo adolescente se empezó a definir como un problema y ha sido considerado como tal por casi todos los sectores sociales, además en algunas investigaciones científicas también se hace referencia a este evento como un problema (Rodríguez, 1996). Desde esta perspectiva del embarazo adolescente, se enfatizan diferentes consecuencias tales como un pobre desempeño escolar, la poca probabilidad que se tiene de entrar nuevamente al sistema escolarizado, sus menores oportunidades de ingresar al mercado laboral, los riesgos elevados para la salud de la madre cuando es menor de 15 años, e incluso la menor oportunidad de formar una nueva familia (Rodríguez, 1996; Román, 2000).

En este punto de análisis se da una visión negativa al embarazo en la adolescencia desde que se le llama embarazo no planeado, no deseado, de alto riesgo debido a que se le considera que este fenómeno abarca dimensiones médicas, socioculturales, psicológicas y económicas (Rodríguez, 1996). Desde esta visión, el embarazo durante esta etapa es un suceso indeseable para la joven porque está considerado que, salvo algunas excepciones, el embarazo tiene un claro carácter de no intencional, aunque la mayor parte de las veces, desde el ámbito familiar de la adolescente, el futuro niño o niña viene a considerarse un acontecimiento bienvenido (Langer, 2002).

En diversas investigaciones realizadas sobre el embarazo adolescente (Buvinic, 1998; Rodríguez, 1996; Stern, 2007) también se ha considerado que la pobreza, la escolaridad y el nivel sociocultural en el que desenvuelven las adolescentes son factores que influyen de forma importante para que se dé el embarazo adolescente.

5.4.6. El contexto de pobreza y falta de oportunidades escolares como uno de los determinantes para el embarazo adolescente

Durante la adolescencia, entre las características principales se encuentra que los individuos comienzan a elaborar sus proyectos de vida, donde una serie de aspectos como el socioeconómico y la sexualidad juegan un papel determinante, así también como se considera que estudiar en esta etapa de la vida es uno de los proyectos más importantes que ayuda a la formación de un plan de vida (Franco, et al, 2006); sin embargo, se ha encontrado que la inclusión en el sistema educativo es significativamente menor entre las mujeres adolescentes pobres que las de mejores ingresos, ya que varía dependiendo del ingreso de las familias y el contexto sociocultural donde se desenvuelven (Cliement, 2003).

Diversos autores coinciden (Buvinic, 1998; Jellin, 1994; Silva, *et al*, 2008), en que el hecho de convertirse en madres a temprana edad implica una vulnerabilidad en las mujeres y sus hijos y que debido a esta situación algunas veces los proyectos educativos personales tienen que interrumpirse. El embarazo modifica la trayectoria de los adolescentes involucrados y los conducen a un futuro con grandes limitaciones, se dice que se ve truncada la escolaridad, que tienen dificultades para acceder al mercado de trabajo debido al nivel escolar, que tienen grandes limitaciones económicas para mantener a sus hijos y tener una familia estable debido a los factores antes descritos. Los indicadores de estos elementos demuestran que los niveles de escolaridad de las mujeres que fueron madres en su adolescencia son menores que los de madres no adolescentes; la duración de las uniones parece ser menor en las primeras que en las segundas, y el nivel de ingresos de las familias de madres adolescentes tiende a ser menor que en las familias de madres no adolescentes.

El contexto de pobreza y socio-cultural en el que se desenvuelven las adolescentes que viven en comunidades rurales o urbano-marginadas, es el que principalmente limita el proyecto de estudiar al no contar con los recursos necesarios para sustentarlos, en estos contextos no se cuenta con oportunidades en relación a la educación para que la adolescente tenga una preparación más allá del nivel primario o secundario pues se considera que para este tipo de población el matrimonio en la etapa de adolescencia es un hecho común y los embarazos de mujeres adolescentes no son mal vistos por la comunidad (Cliement, 2003).

Con las investigaciones revisadas anteriormente podría decirse, que quienes no cuentan con nivel escolar o solamente cursaron la primaria adelantan el tiempo del embarazo comparadas con las mujeres que estudiaron el nivel de preparatoria o más, pues su riesgo relativo de exposición se incrementa, es decir va disminuyendo el riesgo de embarazo en la medida que se alcanzan mayores niveles de estudio, aún en las adolescentes que ya se han iniciado sexualmente. Otra de las relaciones que se dan entre el embarazo adolescente y el bajo nivel educativo es el género y la condición socio-económica. En algunos de los sectores de la sociedad, la carencia de recursos económicos les dificulta a las familias sostener la educación de las hijas dando preferencia a los hijos varones por sobre las mujeres, aunado a la creencia de que el estudio y la educación en las mujeres son deseables, pero no indispensables para cumplir con una función maternal que regularmente se les asigna en sus comunidades (Pantelides, 2003; Stern, 2007).

Lo anterior puede constatar en una investigación realizada por De Jesús y Menkes (2009) donde se determinó en base a las encuestas revisadas que los niveles de escolaridad y el estrato socioeconómico de las adolescentes tienen un efecto importante en el riesgo de embarazo. Es decir quienes no cuentan con escolaridad o solamente cursaron el nivel primario adelantan el tiempo de embarazo en comparación con las mujeres que estudiaron preparatoria o más. Esto se puede constatar en los datos ofrecidos por De Jesús y Menkes, donde se mencionan los porcentajes de las adolescentes de 15 a 19 años que alguna vez estuvieron embarazadas, el 23.9% corresponde a adolescentes sin escolaridad y primaria incompleta, 23.9% de adolescentes con primaria, 11.7% de mujeres con algún grado de secundaria en comparación con el 4.6% de aquellas que cursaron preparatoria y más.

También debe tomarse en cuenta que las alumnas de niveles socio-económicos bajos no se ajustan a las expectativas de la institución escolar en cuanto a su rendimiento escolar, presentando mayores índices de fracaso y repetición de grado escolar. La escuela desconoce que esos índices son resultado de las desigualdades, condiciones y oportunidades sociales e institucionales, de la heterogeneidad del entorno que los rodea y de las situaciones vitales de dichas alumnas, en un medio en el que la educación escolarizada no es una prioridad para ellas y sus familias (Clement, 2003).

5.4.7. La pobreza como factor que puede llevar al embarazo adolescente

Algunas investigaciones (Colomer, 2003; Langer, 2002) mencionan el hecho de que el embarazo en adolescentes es un hecho que reproduce y garantiza la pobreza pero esta afirmación tendrá que ser reflexionada, pues se cuenta con suficientes estudios e investigaciones de que en ciertas clases y sectores sociales, como los son los grupos urbano-marginales y los grupos de áreas rurales, los adolescentes eran pobres mucho antes de que ocurriera el embarazo (INEGI, 1970, 1980; CEPAL, 1990; Menkes y Suárez 2003; De Jesús y Menkes, 2009).

Uno de los argumentos que ha tenido mayor difusión y respaldo científico es el que ve al embarazo adolescente como un problema para la transmisión de la pobreza. Este argumento se asocia inmediatamente al supuesto de que dicho fenómeno limita las posibilidades de obtener una escolarización suficiente, y por lo tanto limita las posibilidades de obtener un empleo bien remunerado, lo cual a su vez reduce el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos, de tal modo que esta situación se perpetua como un

círculo vicioso. Existen argumentos que se manejan al respecto, por ejemplo, que el embarazo adolescente tiende a repetirse entre las generaciones, a repetir uniones inestables, a una jefatura de hogar femenina, a condiciones precarias para el desarrollo de los hijos, entre otros y que a su vez se traducen en un mecanismo de transmisión de la pobreza (Stern, 2003).

El hecho de que el embarazo adolescente se encuentre asociado con la pobreza no implica que sea un fenómeno que conduzca a dicha situación, ni que por sí mismo lleve a perpetuarla; más bien, habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de la población como una de las causas principales del embarazo adolescente en algunos grupos sociales, como son los extensos sectores de la población rural y urbano marginal, debido a que estos embarazos forman parte de su modo de vida, del camino usual que siguen para formar una familia (De Jesús, 2007). Para otros, como el sector urbano marginal, los embarazos adolescentes son vividos como un escape al entorno familiar en el que se encuentran, como una salida inmediata a problemas de violencia familiar y abuso, o como una manera de adquirir valoración social o un mayor estatus dentro del ámbito socio-cultural donde se desenvuelven, como lo han mostrado diversos estudios (Stern, 2007).

En lugar de pensar que la maternidad adolescente se da como un mecanismo de transmisión de la pobreza, este argumento puede darse a la inversa: que puede ser la pobreza la que reproduce situaciones que llevan al embarazo en la adolescencia (Pantelides, 2004). Hay quienes afirman, incluso, que la desventaja socioeconómica de las madres adolescentes está relacionada más a los antecedentes familiares y socioeconómicos de las mujeres que a las características asociadas con su edad al embarazo, por lo que las adolescentes enfrentarán condiciones de pobreza, independientemente al factor de la maternidad (Alatorre Rico y Atkin; 2004).

En relación con lo anterior podemos observar según un estudio realizado por De Jesús y Menkes (2009) donde se analizaron datos de la ENADID 2006, que si las tasas de embarazo adolescente se desagregan por estrato socioeconómico, existe una alta concentración en los grupos sociales menos favorecidos, representado por los estratos muy bajo con el 15.80% y bajo 11.70%, donde se analizó que este grupo de adolescentes se embarazaron más rápido que la población del estrato medio con el 6.70% y el estrato más alto con el 1.8%. La literatura sobre el tema ha documentado ampliamente que las altas tasas de fecundidad adolescente (y también de embarazos), se deben a los embarazos que ocurren más frecuentemente en las mujeres que viven en condiciones sociales y económicas más desfavorables (Welti 2000; Menkes y Suárez 2003; De Jesús, 2007; Stern y Menkes, 2008).

5.5. Instituciones donde se implementó el proyecto.

5.5.1. Institución 1

Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en Nuevo León.¹³

¹³ Fuente: Página oficial del Gobierno de Nuevo León <http://www.nl.gob.mx/?P=dif>

a) Conocimiento general de la institución

Localización geográfica

El DIF Nuevo León, se encuentra ubicado en Av. Morones Prieto # 600 Ote. Entre las calles de Coahuila y Baja California en la colonia Independencia dentro del municipio de Monterrey. Su radio de acción es en todo el estado de Nuevo León, abarcando todos sus municipios.

b) Aspectos de la organización

Antecedentes históricos

Los antecedentes de la institución se van dando desde la creación del programa “Una Gota de Leche” y de la “Asociación Nacional de Protección a la Infancia” en 1929, dando inicio a la creación formal de programas de atención alimentaria a menores desprotegidos. En 1938 se estableció en Nuevo León la primera guardería para menores de cuatro años de edad, hijos de madres trabajadoras de escasos recursos. Años después en el período de 1955-1961 se empezó a otorgar desayunos escolares en el estado, siendo este el pionero en el ámbito nacional en la instalación de plantas rehidratadoras de leche. A nivel nacional en el año de 1961, se creó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) como organismo descentralizado federal cuyo objetivo era proporcionar desayunos escolares y orientación nutricional a la familia y a la comunidad. Más tarde, en el año de 1968, surgió el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), ampliando la protección a menores en situación de abandono, explotación o maltrato, incluyendo asistencia médica.

Es así que a raíz de la creación de instituciones nacionales que protegían a la niñez que en el periodo de 1973 a 1979 en Nuevo León, dieron inicio los programas para impulsar el desarrollo comunitario urbano y rural, estableciéndose en 1973 “La Red Móvil”, mientras que a nivel nacional fue instituida un año más tarde. Posteriormente en 1975, ampliando el ámbito de acción de los programas y atendiendo las necesidades básicas de la población, se creó el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI). En el año de 1977 se fusionaron el IMAN y el IMPI para coordinar sus acciones dando lugar a la creación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), extendiéndose por la República Mexicana. En el mismo año en Nuevo León dio inicio el programa Solidaridad con los Ancianos, con el propósito de ofrecerles atención en lo físico y emocional, mientras que en la siguiente administración se dio apoyo al primer grupo de personas con capacidades diferentes.

En 1983 se definió al DIF Nuevo León, como el organismo rector de los esfuerzos asistenciales de la entidad nuevoleonense. Es por esto que la Ley Sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social expedida en 1988 establece las bases y procedimientos de un sistema de asistencia social que promueva la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social en el Estado, que coordine el acceso a los mismos y que asigne la promoción y coordinación de éstos al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León.

El DIF Nuevo León centra sus esfuerzos en quienes requieren sus servicios con mayor prioridad, principalmente comunidades alejadas de la cabecera municipal y de difícil acceso, personas que viven en extrema pobreza y grupos en desamparo; brindándoles apoyo de manera selectiva y temporal para que así la asistencia social se convierta en un motor de desarrollo, donde el beneficiario aprenda a satisfacer sus carencias y a resolver sus problemas.

Es a través de las acciones que se implementan desde el DIF que se estimula la participación de los ciudadanos para conjuntamente encontrar soluciones. Se busca conseguir que cada vez sea menor el número de personas que necesitan de la asistencia social para poder hablar entonces de un trabajo exitoso. Además se trabaja en aumentar la colaboración entre los sectores público y privado para alcanzar un mayor impacto en la comunidad.

Se han dado pasos significativos contra la desnutrición en niños menores de cinco años de edad con el lanzamiento del programa Papilla Infantil el 3 de marzo de 1999. Se ha diseñado el programa "Jóvenes Jóvenes" para trabajar con jóvenes organizados en riesgo (pandilleros) buscando reorientar su energía hacia actividades que sean de mayor provecho para ellos mismos, su familia y la comunidad.

Objetivo

El objetivo que el DIF Nuevo León se propone cumplir es lograr el desarrollo de las personas que se encuentran en condición de desamparo con la finalidad de lograr el Desarrollo Integral de la Familia.

Misión

La misión que la institución desea alcanzar consiste en llegar a ser un organismo rector y promotor de la asistencia social en el Estado de Nuevo León.

Visión

El DIF Nuevo León se propone para su crecimiento institucional desarrollar a las personas a través de programas que incrementen su calidad de vida para que integren familias autosuficientes.

Principios y valores

Los principios y valores bajo los cuales se rige el DIF Nuevo León son: la honestidad, el amor, el espíritu de servicio, la responsabilidad, el respeto y la familia.

Políticas normas y reglamentos

Dentro de su política como institución se busca que la asistencia social se realice bajo las normas de calidad reconocidas, que promuevan la mejora continua de los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo contribuyendo de una manera efectiva en la mejora de la calidad de vida de los beneficiarios para que integren familias autosuficientes.

Fase de desarrollo organizacional en la que se encuentra la institución.

Organismo descentralizado.

Marco Normativo de la Institución

El sistema DIF Nuevo León fundamenta su hacer en la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, así como en el conjunto de leyes aplicables y en la acción de Consejos Intersectoriales apoyando en áreas específicas de su función.

Perfil del usuario

Tienen derecho a la asistencia social los individuos y familias que por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas, o sociales, requieran de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar. Con base a lo anterior, se les considera sujetos de asistencia social a las siguientes personas:

1. Todos las niñas, niños y adolescentes, en especial aquellos que se encuentran en situación de riesgo o afectados por:
 - Desnutrición,
 - Deficiencias en su desarrollo físico o mental, o cuando este sea afectado por condiciones familiares.

Adversas

- Maltrato o abuso;
- Abandono, ausencia o irresponsabilidad de progenitores en el cumplimiento y garantía de sus derechos
- Ser víctimas de cualquier tipo de explotación;
- Vivir en la calle;
- Ser víctimas del tráfico de personas, la pornografía y el comercio sexual;
- Trabajar en condiciones que afecten su desarrollo e integridad física y mental;
- Infractores y víctimas del delito;
- Ser hijos de padres que padezcan enfermedades terminales o en condiciones de extrema pobreza;
- Ser migrantes y repatriados, y
- Ser víctimas de conflictos armados y persecución étnica o religiosa.

Para los efectos de esta Ley son niñas y niños las personas hasta 12 años incompletos, y adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos, tal como lo establece el Artículo 2 de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

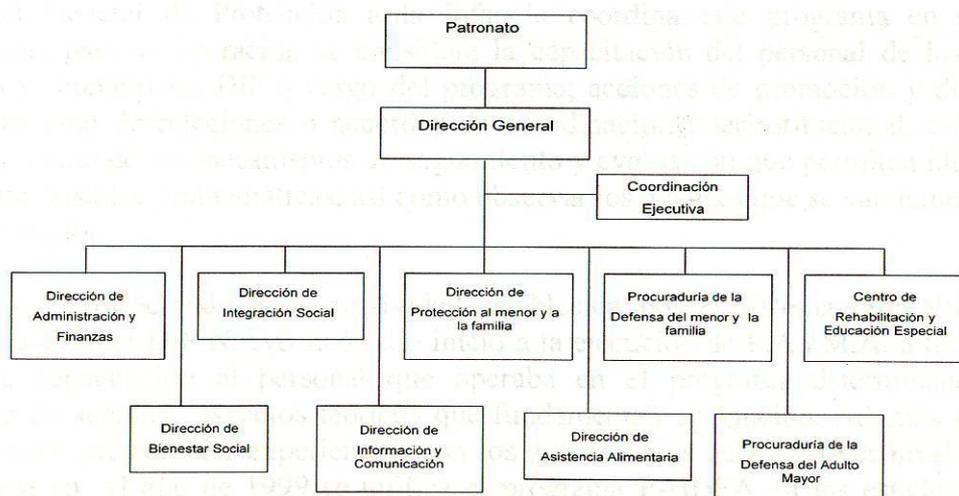
2. Las mujeres:
 - En estado de gestación o lactancia y las madres adolescentes;
 - En situación de maltrato o abandono, y
 - En situación de explotación, incluyendo la sexual.
3. Indígenas migrantes, desplazados o en situación vulnerable.
4. Migrantes.
5. Adultos mayores en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato.
6. Personas con algún tipo de discapacidad o necesidades especiales

7. Dependientes de personas privadas de su libertad, de enfermos terminales, de alcohólicos o de fármaco dependientes.
8. Víctimas de la comisión de delitos.
9. Indigentes.
10. Alcohólicos y fármaco dependientes.
11. Coadyuvar en asistencia a las personas afectadas por desastres naturales, y
12. Los demás sujetos considerados en otras disposiciones jurídicas aplicables.

El DIF Nuevo León para lograr el cumplimiento de su objetivo se conforma actualmente por las siguientes direcciones: dirección general, procuraduría de la defensa del menor y la familia, procuraduría de la defensa del adulto mayor, dirección de protección al menor y la familia, dirección de asistencia alimentaria, dirección de información y comunicación, dirección de bienestar social, dirección de integración social, centro de rehabilitación y educación especial y la dirección de administración y finanzas.

Figura no. 1. Organigrama del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nuevo León).

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIFNL)



Fuente: Elaboración Propia.

c) Departamento de Integración Social

El departamento de Integración Social está integrado por los siguientes programas: DIA, orientación familiar, talleres formativos infantiles, adicciones, jóvenes-jóvenes, tercera edad, prevención del maltrato infantil, red móvil urbana y PAIDEA.

Programa PAIDEA

Programa PAIDEA (que significa prevención y atención integral del embarazo en adolescentes) es un programa nacional que enfrenta la problemática del embarazo a temprana edad.

Su misión es concientizar a la población adolescente sobre los riesgos del embarazo a temprana edad, brindando información sobre el ejercicio responsable de su sexualidad, orientar a las adolescentes en gestión o que ya son madres para que mejoren su calidad de vida y la de su familia.

Antecedentes del programa¹⁴

El sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de Nuevo León, consciente de las necesidades propias de las adolescentes propone la implementación de estrategias enfocadas a la prevención del embarazo a temprana edad, por lo que en 1992 nace el programa Formación Integral de la Mujer, cuyo objetivo era brindar orientación encaminada a fomentar la superación personal y prevenir los embarazos en esta etapa de la vida. De esta forma el aspecto preventivo en población escolarizada y abierta se viene trabajando desde entonces.

Por otra parte el abordaje de esta institución en su vertiente de atención a las madres adolescentes daba respuesta a la imperiosa necesidad de enfrentar la problemática del embarazo temprano y subsecuente, así como brindar atención integral a las mismas. En el año 1995 se llevó a cabo el programa Formación Integral de la Mujer. Desde 1997, la Dirección General de Protección a la Infancia coordina este programa en estados y municipios; para su operación se considera la capacitación del personal de los sistemas estatales y municipales DIF a cargo del programa; acciones de promoción y difusión; el establecimiento de relaciones o acuerdos de coordinación interinstitucional, así como el establecimiento de los mecanismos de seguimiento y evaluación que permitan identificar y solucionar posibles problemáticas; así como observar los avances que se van teniendo en su instrumentación.

Así mismo considerando la normatividad establecida por el sistema DIF Nacional en febrero de 1998 el DIF Nuevo León dio inicio a la ejecución de P.A.I.M.A. a través de un curso de capacitación al personal que operaba en el programa determinando líneas generales de acción y aspectos teóricos que fundamentan su función. Además se hizo la reunión para intercambiar experiencias con los responsables de PAIMA a nivel nacional. Por lo que en el año de 1999 se unifica el programa PAIDEA en los estados del país. Siendo hasta el año del 2000 cuando se dio la primera capacitación a municipios y 18 de los municipios que participaron en la capacitación arrancaron el programa en sus comunidades. Tiempo después en el año 2004 se dio la segunda capacitación a los 29 municipios de los cuales 9 arrancaron el programa en sus comunidades.

Objetivo

El objetivo general del programa PAIDEA es informar y orientar a los y las adolescentes sobre los riesgos y consecuencias del embarazo temprano, orientar a las adolescentes en gestación o que ya son madres sobre el ejercicio responsable de su sexualidad para que mejoren su calidad de vida.

¹⁴ Fuente: Pagina oficial del DIF Nacional <http://dif.sip.gob.mx/infanciaadolescencia/?contenido=226>

Objetivos específicos

Dentro de sus objetivos específicos se busca disminuir los casos de embarazos subsecuentes, incorporar a las madres adolescentes al proceso educativo y productivo, fomentar la participación activa de grupos de autoayuda de madres adolescentes.

La población objetivo con la cual trabaja se divide a través de dos vertientes, la de prevención donde se trabaja con adolescentes de ambos sexos, entre 12 y 18 años, de comunidades urbano-marginadas. Y la vertiente de atención que trabaja con madres, padres y embarazadas adolescentes, entre 12 y 20 años de edad, de comunidades urbano-marginadas.

Estrategias implementadas para lograr las acciones propuestas

PAIDEA ofrece la intervención a través de dos vertientes: de prevención y atención. Es en la vertiente de prevención donde se tienen más desarrolladas sus acciones de intervención. Este programa se dirige a los adolescentes de ambos sexos con una edad comprendida entre 12 y 20 años que acuden a centros escolares y de comunidad abierta ofreciendo talleres sobre prevención del embarazo en el adolescente y atención del embarazo adolescente, con actividades complementarias como la participación en la dinámica de "Padres y madres virtuales".

Las acciones en la vertiente de prevención se trabajan en varios aspectos; abordando el aspecto de desarrollo humano donde se desarrollan temas como la autoestima, valores y proyecto de vida, el aspecto de salud física tratando los temas de adolescencia, anatomía y la fisiología de los órganos genitales, embarazo en la adolescencia y enfermedades de transmisión sexual y por último abordan el aspecto de salud mental ofreciendo los temas de roles sexuales, sexualidad y noviazgo. Además de implementar la técnica de padres y madres virtuales que consiste en elegir a algunos adolescentes del plantel educativo y asignarles por un tiempo determinado (12, 24 o 48 horas) un bebé virtual, el cual consiste en un simulador infantil que permite a las y los adolescentes compartir experiencias de sus vivencias relacionadas con la paternidad o maternidad responsable.

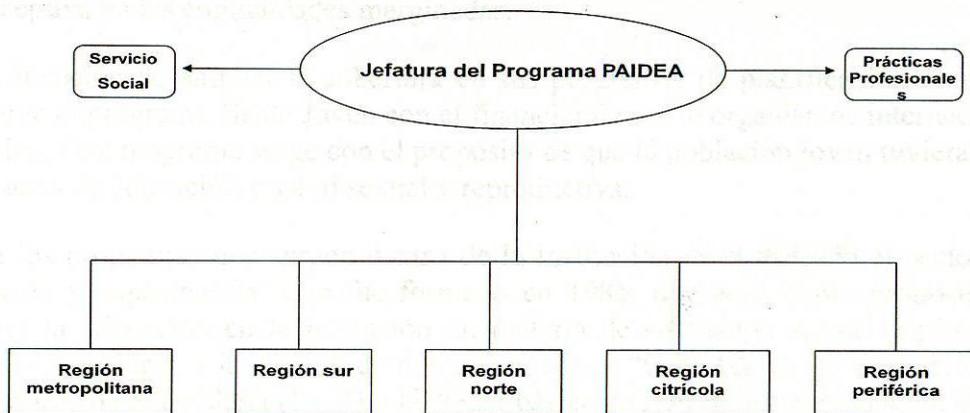
En la vertiente de atención las acciones implementadas se dirigen a adolescentes con un rango de edad aproximada entre los 12 a 20 años de edad en gestación o que ya tienen hijos. La estrategia que se implementa es través de un taller formativo que se llama "Ser mamá", el cual consta de 15 sesiones donde se abordan varios aspectos; el aspecto de desarrollo humano (presentación e integración, autoestima, identificación de valores, metas y plan de vida, asertividad y comunicación), el aspecto de salud física (enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, salud de la madre y del bebé durante el embarazo, nacimiento del bebé y recuperación de la madre, desarrollo del niño de 0 a 3 años, maternidad y paternidad, padres y/o madres virtuales) y por último aborda el aspecto de salud, salud mental y psicológica (violencia familiar, infecciones de transmisión sexual, el sexo y la sexualidad).

En el programa PAIDEA se les brinda atención y orientación a las adolescentes en gestación que así lo solicitan; se les envía y canaliza a instituciones que dan albergue y atención médica durante y después de su embarazo en forma gratuita (Casa Mi Ángel), también se les capacitan en manualidades para que desarrollen un trabajo futuro que les

permitan mantenerse económicamente después de su embarazo (Casa Mi Ángel y grupos de comunidad abierta).

El Programa se encuentra sustentado en tres ejes fundamentales: promover entre las y los adolescentes una cultura de equidad de género, la defensa y protección de sus derechos y fomentar en ellos habilidades para la vida, los cuales se complementan con el acercamiento a aspectos de no menor importancia y que es necesario que las y los jóvenes reflexionen como: el derecho a la vida, el derecho a la salud y a una mejor nutrición que les permita a las madres adolescentes condiciones idóneas para el sano desarrollo de su embarazo y parto, así como el de sus hijos e hijas.

Figura no. 2. Organigrama del programa PAIDEA, DIF N. L.



Fuente: Elaboración propia.

5.5.2. Institución 2

Supera Asociación Civil (Pro Superación Familiar Neolonesa, A. C.)

a) Conocimiento General de la Asociación Civil

Localización geográfica

Las oficinas generales de la Asociación Civil Supera, se encuentran ubicadas en la calle Baudelaire # 910 entre la avenida Hidalgo y Belisario Domínguez en la colonia Obispado del Centro de Monterrey. Su radio de acción comprende los municipios de Monterrey, Guadalupe, Juárez, Apodaca, Escobedo, García y Zaragoza, en el estado de Nuevo León y en el estado de Coahuila los municipios de Acuña, Torreón y Monclova.

b) Aspectos de la organización

Antecedentes históricos

Supera (Pro Superación Familiar Neolonesa, A. C.), es una Asociación Civil de fines no lucrativos, fundada en 1979 por la Sra. Yolanda Santos de Hoyos, que busca contribuir a elevar el bienestar y la calidad de vida de las comunidades en condiciones de vulnerabilidad, a través de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva,

educación sexual y superación personal mediante el fomento de una cultura de la planeación de la vida¹⁵. Es una de las primeras asociaciones privadas en el Norte de México que ofrece servicios en materia de salud sexual y reproductiva, de planeación y de educación para la vida familiar.

A través de los años la asociación ha desarrollado e implementado programas y convenios que le ha dado la oportunidad de ir cubriendo poco a poco las necesidades en salud familiar de las localidades en las que trabaja.

En el año de 1979 inicio su programa de Planificación familiar donde realizó el proyecto de Distribución Básica Comunitaria que ha operado a través de una extensa red de promotores voluntarios previamente capacitados, que otorgan servicios básicos de información, orientación sobre salud sexual y reproductiva, así como proveer suministros de metodología anticonceptiva en las comunidades marginadas.

Con la intención de ampliar la cobertura en sus programas de planificación en el año de 1985 surge el programa Gente Joven con el financiamiento de organismos internacionales y nacionales. Este programa surge con el propósito de que la población joven tuviera acceso a los servicios de educación y salud sexual y reproductiva.

Otro de los programas que surgen dentro de la institución es el dirigido al sector escolar "Educación y capacitación" que fue formado en 1986, que tuvo como propósito inicial promover la educación en la población en materia de educación sexual y planificación familiar, dando lugar a la edición de dos documentos: "Guía básica de Educación Sexual para maestros de Secundaria (I y II) y la "Guía básica de Educación para la Vida Familiar". Este programa actualmente ha ampliado su cobertura de acción dirigiéndose también al sector empresarial, instituciones y organismos privados.

Conforme la asociación fue consolidando sus programas se da a la tarea de acercar a las comunidades marginadas los servicios de salud sexual y reproductiva creando en el año de 1996 en coordinación con la Secretaría de Salud el proyecto "Médicos Comunitarios" que consistió en llevar al personal médico y la infraestructura a las comunidades para realizar exámenes para la detección de cáncer cervico-uterino, acercando de esta forma los servicios que ofrece la institución.

Para el año de 1997 Supera decide operar la Clínica de Servicios en Salud Reproductiva y Planificación Familiar otorgada en comodato por MEXFAM¹⁶ que se encuentra ubicada en el municipio de Guadalupe. Además en el año 2001 se asocia con MEXFAM para ser el representante en el estado de Nuevo León. En el año 2002 inaugura la segunda Clínica de Servicios de Salud ubicada en el municipio de García.

Recientemente en el año del 2011 decide seguir apoyando las estrategias de acción enfocadas a la población joven iniciando un nuevo proyecto "Dance4life" a cargo del programa Gente Joven, mientras que para apoyar a la población escolar decide implementar el programa Aprender con Danza en colaboración con la Secretaría de Educación Estatal.

¹⁵ Información obtenida de la página web oficial de SUPERA: www.supera.org.mx

¹⁶ Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A. C.

Objetivo

La Asociación se ha planteado como objetivo contribuir a elevar el bienestar y la calidad de vida de las comunidades en condiciones de vulnerabilidad, a través de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, educación sexual y superación personal mediante el fomento de una cultura de la planeación de la vida personal y familiar.

Misión

Favorecer la calidad de vida de las familias más desprotegidas del país, a través de la prestación de servicios de salud reproductiva, educación y superación personal.

Visión

Ser una institución social líder, reconocida a nivel local, estatal y nacional como agentes educativos en los campos de la salud sexual y reproductiva, planificación familiar, desarrollo y calidad humana, procurando que los beneficios sociales lleguen a más familias desprotegidas día a día.

Principios y valores

Supera se rige por principios generales bajo la consideración del derecho y respeto a la libertad y a la dignidad humana.

Perfil del usuario

La asociación llega a las comunidades vulnerables del área metropolitana de monterrey y en algunos municipios del estado de Coahuila, pone sus servicios al alcance de un mayor número de personas que de otra manera no pudieran tener acceso a este tipo de orientación y beneficios. Tiene como usuarios a mujeres y hombres adultos, adolescentes y jóvenes de ambos sexos que requieran de servicios en salud sexual y reproductiva y sus necesidades no han sido cubiertas por las instituciones gubernamentales.

c) Programa Gente Joven¹⁷.

Es un programa que Supera realiza en coordinación con MEXFAM, que llega directamente a jóvenes estudiantes, trabajadores, bandas, vendedores callejeros, desempleados y a todo interesado en obtener información y orientación sobre educación sexual.

Entre los servicios que el programa Gente Joven ofrece se encuentra el acceso a servicios de salud reproductiva, planificación familiar y de orientación para la elaboración de proyecto de vida en los jóvenes, la capacitación a profesionales de la salud y la educación en la temática de la salud sexual, el apoyo a estrategias novedosas organizadas por los jóvenes, la promoción de pláticas y talleres para padres y madres de familia, asesoría en el uso de métodos anticonceptivos y la promoción y difusión de materiales educativos con temas de interés juvenil.

¹⁷ Información obtenida de la página web oficial de SUPERA: www.supera.org.mx

Antecedentes del programa

La institución decide implementar desde el año de 1985 estrategias de acción encaminadas al trabajo con la población joven, en estos años, se contó con el apoyo financiero de organismos internacionales como la Agencia Estadounidense de Desarrollo Internacional (USAID) International Planning (IP), Family Planning International (FPI) y el Population Council (PC). A pesar de haber logrado excelentes resultados desafortunadamente el país dejó de recibir ayuda internacional para los programas sociales dirigidos a la población que contribuyeron en su momento al desarrollo integral de los jóvenes. Contando con esta experiencia y con resultados positivos SUPERA tomó la decisión de mantener con recursos propios el programa, con las limitantes de no ampliar la cobertura de acuerdo a la demanda insatisfecha.

Después de años de realizar diferentes estrategias para el trabajo con jóvenes utilizando la metodología de investigación operativa, el programa encontró que la forma en que lograba mayor penetración en los jóvenes fue a través de la estrategia donde incluyó a jóvenes de la misma comunidad y se les instruyó como promotores y multiplicadores de educación sexual y salud reproductiva.

Con base a la experiencia adquirida y los resultados logrados por SUPERA en las diversas estrategias implementadas en la población joven la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A. C. (MEXFAM) requiere del apoyo de la institución para comenzar en los estados de Nuevo León y Coahuila el programa Gente Joven en el año de 1998 a través del financiamiento de dos organismos internacionales como lo son: David and Lucile Packard Foundation y William H. Gates Foundation. Este modelo de intervención apoya a los jóvenes, capacitándolos para que puedan convertirse en agentes de cambio desde sus propias comunidades y para que a su vez puedan multiplicar la información en temas de educación y salud sexual, logrando así transmitir el conocimiento mediante la estrategia de pares a pares. Esto, para SUPERA es una prioridad ya que de esta manera trabajan estrategias de intervención en conjunto para prevenir embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y lo más importante para la institución, es que a través de estas acciones se contribuye a elevar el bienestar y la calidad de vida de los jóvenes en el Estado.

Objetivo

Proporcionar a los y las adolescentes herramientas que les permitan mejorar sus condiciones de vida en las áreas de la salud sexual, reproductiva y superación personal.

Objetivos específicos

- Disminuir el número de embarazos tempranos y no planeados.
- Disminuir la pandemia del VIH/SIDA a través de la formación de agentes de cambio.
- Reducir la brecha digital existente acentuada en los jóvenes que pertenecen a países en vías de desarrollo.

Estrategias implementadas para lograr las acciones propuestas

El programa se encuentra diseñado para trabajar en tres componentes esenciales, el componente comunitario, escolar y medico; todo esto con la finalidad de que la información que se proporcione a los jóvenes cuente con los elementos indispensables para el logro de los objetivos.

Entre las acciones a desarrollar para el cumplimiento de las estrategias se encuentran las siguientes: impartir pláticas, cursos y talleres en las escuelas y comunidades, la capacitación a profesionales de la salud y la educación en la temática de la sexualidad, la orientación y consejería en salud sexual, implementación de brigadas campañas y asistencia médica, formación y capacitación de grupos de apoyo y participación comunitaria para generar la movilización social, además del apoyo a estrategias novedosas organizadas por los jóvenes.

CAPITULO 2. METODOLOGÍA.

1. Planeación del proyecto.

1.1. Nombre del proyecto

Proyecto de Prevención de Embarazo en Adolescentes en un grupo del Programa PAIDEA. "En Buen Plan... Planea tu Vida".

Para la implementación del proyecto se ofrecieron en talleres los temas de educación y salud sexual, habilidades para la vida y derechos sexuales mediante sesiones grupales; además de brindar un espacio en el que se brindaron sesiones individuales en donde se ofreció orientación y consejería individual a los adolescentes que lo solicitaron y por último se asistió un evento donde algunas instituciones orientadas a la población adolescente brindaron información sobre los servicios que prestan.

Este proyecto se contempló para desarrollarse en un tiempo aproximado de 4 meses, en el cual se desarrollaron las etapas de diagnóstico, implementación y evaluación.

1.2. Objetivo general

Promover la prevención del embarazo en dos grupos de adolescentes del programa PAIDEA del DIF Nuevo León y GENTE JOVEN de Supera A. C.

1.3. Objetivos específicos.

- + Ofrecer consejería individual y grupal a los/las adolescentes para prevenir embarazos.
- + Facilitar el enlace entre las y los adolescentes y las instituciones que ofrecen servicios de salud, educación y capacitación para el trabajo.
- + Capacitar a los adolescentes en el desarrollo de habilidades para la vida.
- + Brindar un taller sobre educación sexual y el cuidado personal de la salud sexual mediante la promoción de los derechos sexuales en los/las adolescentes.

1.4. Metas.

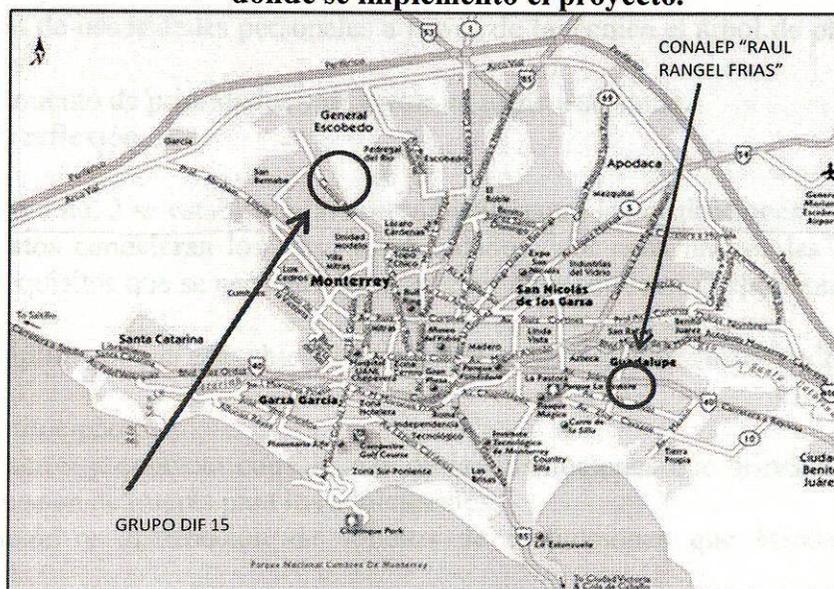
- + Participantes informados de forma personal sobre las diferentes opciones para prevenir el embarazo durante la adolescencia.
- + Incremento en un 50% sobre el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones en relación al uso de las medidas de prevención del embarazo y el cuidado de la salud sexual.

+ Incremento en un 50% sobre el desarrollo de conocimientos sobre educación sexual y cuidado de la salud sexual.

1.5. Localización física.

El proyecto se implementó en dos grupos de adolescentes. El primer grupo pertenecía al programa PAIDEA. Este grupo se encuentra localizado en el Centro DIF no. 15 ubicado en Av. Camino Real y Ejidatarios Col. Fomerrey 1 en el Municipio de Monterrey. Además se implementaron también las mismas estrategias en un grupo de sexto semestre del CONALEP Raúl Rangel Frías en el Municipio de Guadalupe. Este grupo formó parte de la población que atiende la Asociación Civil SUPERA Gente Joven.

Figura no. 3. Mapa del Área Metropolitana de Monterrey, N. L. Ubicación geográfica donde se implementó el proyecto.



Fuente: Google Maps.

1.6. Población beneficiada.

- Beneficiarios inmediatos favorecidos con la implementación del proyecto: adolescentes de ambos sexos entre 13 y 19 años que asisten a cada uno de los grupos antes mencionados (Centro DIF 15 y CONALEP Raúl Rangel Frías). Cantidad: 38 adolescentes.
- Beneficiarios indirectos: familia de los adolescentes y amigos de los adolescentes,. Cantidad aproximada: 350 personas.

2. Actividades que se desarrollaron para el cumplimiento de los objetivos y las metas propuestas.

2.1. Diagnóstico Social

Para tener un conocimiento general de la población adolescente atendida, se realizó un diagnóstico social. Para la realización de esta etapa se aplicó el cuestionario para

adolescentes adaptado, este cuestionario estuvo compuesto por algunas secciones de una encuesta de Nirenberg y otras secciones de una encuesta elaborada por el CRIM de la UNAM, así como también se llevaron a cabo visitas de campo y entrevistas a informantes claves.

2.2. Implementación del Proyecto

Con las actividades a implementar dentro del objetivo no. 1 se buscó que a través de la consejería individual y grupal que los integrantes desarrollarán habilidades para la toma de decisiones asertivas en su salud sexual a través de diferentes técnicas implementadas en los grupos de participantes, que los llevaron a plantearse metas para su desarrollo personal.

Algunas de las actividades desarrolladas fueron las siguientes:

- + Entrevistas individuales.
- + Detección de necesidades personales a través de la técnica el árbol de problemas y árbol de objetivos.
- + Establecimiento de prioridades y de metas en torno a su salud.
- + Grupo de reflexión.

En el objetivo no. 2 se estableció un acercamiento entre las instituciones y los participantes para que estos conocieran los servicios brindados por cada una de las instituciones así como los requisitos que se necesitan para acceder a los servicios proporcionados por estas.

Para el cumplimiento de este objetivo se realizaron las siguientes actividades:

Con las Instituciones:

- + Identificación y contacto con algunas de las instituciones que brindan los servicios de atención que son de interés para los adolescentes.
- + Elaboración y distribución de folletos de instituciones que brindan apoyo a las participantes.

Con los participantes:

- + Se convocó a los participantes a la Feria de Servicios.
- + Asistencia a la exposición de servicios que ofrecen las instituciones.
- + Asesoría y seguimiento en el proceso de gestión ante las instituciones.

En el objetivo no. 3 se buscó capacitar a los adolescentes en el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones asertivas y el auto-cuidado de la salud sexual, se llevó a cabo con la realización de un taller formativo donde se implementaron sesiones expositivas y vivenciales.

Entre las actividades desarrolladas se encuentran las siguientes:

- + Elaboración y aplicación de la Encuesta del Proyecto de Prevención del Embarazo Adolescente (EPPEA) la cual incluyó conocimientos sobre sexualidad, biología de la reproducción, métodos anticonceptivos, expectativas de vida y de la escala de habilidades para la vida en salud sexual.
- + Planeación del taller y sesiones.

- + Implementación de sesiones del Taller de Habilidades para la Vida y Cuidado de la Salud Sexual.
- + Evaluación del taller mediante aplicación de la Encuesta EPPEA.
- + Clausura del taller.

Para el cumplimiento del objetivo no. 4 se planeó e implementó un taller sobre derechos sexuales, partiendo de los conocimientos previos de los adolescentes para la elaboración de las sesiones.

Las actividades a implementar fueron las siguientes:

- Planeación del Taller “Soy adolescente con derechos” y sesiones.
- Implementación de taller.

3. ENFOQUE DEL MARCO LÓGICO.

El Marco Lógico (ML) es una herramienta que sirve para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Es un proceso participativo (se busca la participación activa de los involucrados con la problemática). Su fortaleza depende del grado de participación en el proceso de diseño, de los posibles involucrados y beneficiarios (FOMIN, 2008).

Al utilizar la herramienta del marco lógico para el diseño y planeación del proyecto lo que se pretende es establecer de una forma clara y concreta la estructura de la intervención. Con este instrumento se busca la participación de los involucrados, además de la identificación del problema y concientización de las posibles soluciones y alternativas para la correcta implementación del mismo. Es importante mencionar que aun cuando se utilizó esta herramienta para ubicar el problema y ver las posibles soluciones no significa que el proyecto tenga que llevarse tal como se plantea en un inicio. El proyecto se está diseñando para que pueda tener cierta flexibilidad y dinamismo que lleven a una eficiente y eficaz intervención.

El propósito del ML es brindar estructura al proceso de planificación y comunicar información esencial relativa al proyecto a desarrollar. Este puede utilizarse en todas las etapas de preparación del proyecto: programación, identificación, orientación, análisis, presentación ante los comités de revisión, ejecución y evaluación ex – post. Tiene la flexibilidad para modificarse y mejorarse cuantas veces se necesite tanto en la preparación como durante la ejecución del proyecto (Crespo, 2009).

Varias de las ventajas que aporta el ML son que aporta una terminología uniforme que facilita la comunicación y que sirve para reducir ambigüedades, provee de un formato para llegar a acuerdos precisos acerca de los objetivos, metas y riesgos del proyecto. Además enfoca el trabajo técnico en los aspectos críticos y puede acortar los documentos del proyecto en forma considerable (CEPAL, 2005).

Entre las limitaciones de este enfoque se pueden mencionar que este puede llegar a ser rígido si lo planificado al inicio de la planeación se toma de forma absoluta, y no se le hacen revisiones y correcciones (CEPAL; 2005).

Las herramientas del ML que hasta el momento se desarrollan para fines del proyecto son las siguientes:

- Análisis de involucrados
- Análisis del problema
- Análisis de objetivos
- Matriz del Marco Lógico.

3.1. Análisis de los involucrados

En el ML esta herramienta se contempla como un componente importante, pues se desea analizar la participación de los principales involucrados desde el inicio del proceso, es importante ubicar los grupos y organizaciones directamente e indirectamente relacionadas con el problema (CEPAL, 2005).

El análisis de involucrados es una técnica complementaria de otras, pero no por esto deja de ser valiosa en sí misma por aplicarse antes, durante y después del proyecto (Moro, 2008).

Figura no. 4. Análisis de los involucrados.

ANALISIS DE INVOLUCRADOS



Fuente: en base a elaboración propia

Figura no. 5. **Tabla no. 2. Análisis de los involucrados** Marco Lógico

BENEFICIARIOS DIRECTOS	BENEFICIARIOS INDIRECTOS	EXCLUIDOS / NEUTRALES	PERJUDICADOS/ Oponentes Potenciales
+Adolescentes. +PAIDEA. +Programa Gente Joven	+Familia. +Amigos. +Centro de salud de la comunidad. +Organizaciones que brindan servicios a las adolescentes. +Escuelas de la comunidad. +CONALEP +Sociedad civil.	+Grupos religiosos.	

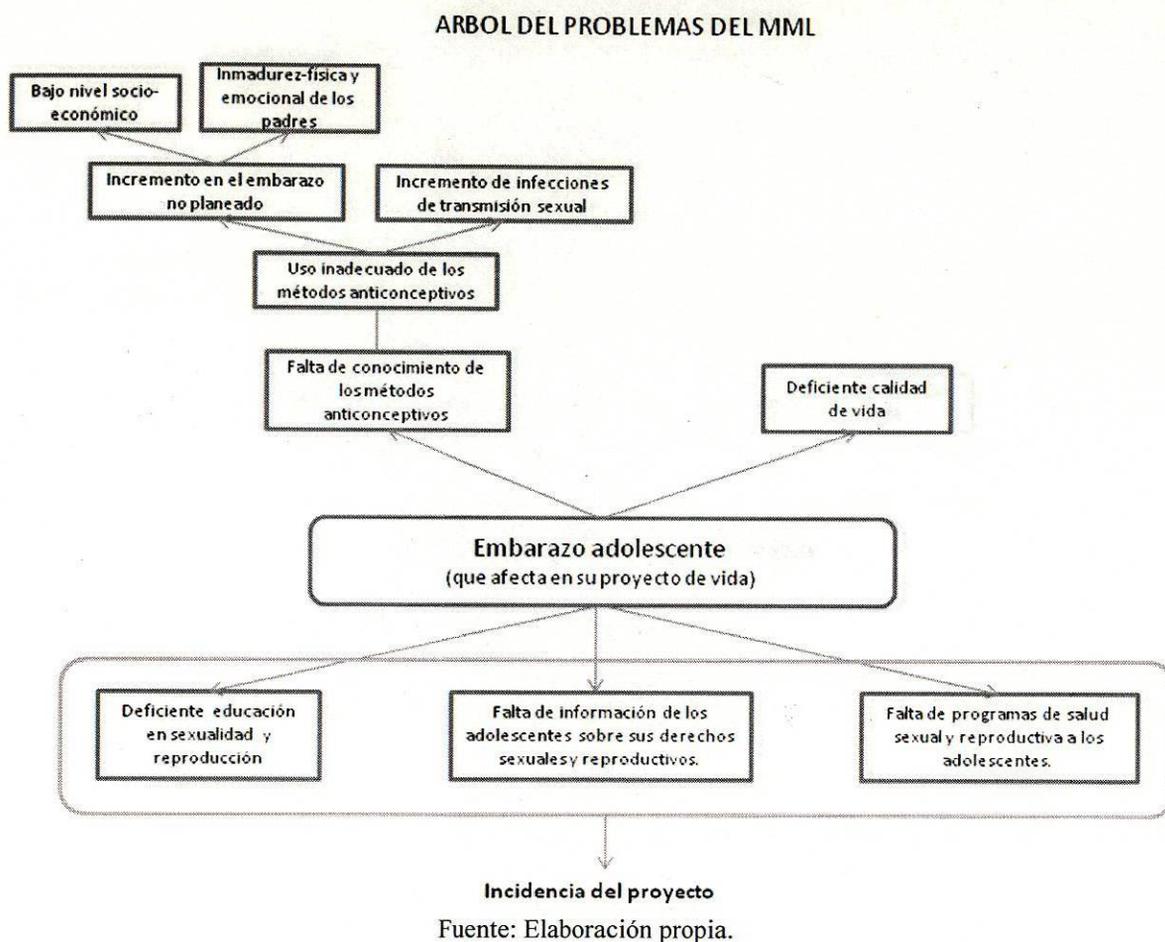
Fuente: En base a elaboración propia.

3.2. Análisis del problema según el enfoque del Marco Lógico

Con el desarrollo de esta técnica se busca analizar e identificar el problema principal, sus causas y efectos o consecuencias, a partir del diseño del árbol del problema. Se sugiere que una vez identificado el problema se analicen sus efectos en la comunidad, o en el entorno social (Ortegón y otros, 2005).

Para la construcción de este árbol, se tiene que definir el problema central. Hay que analizar e identificar lo que se considera como problema principal de la situación analizada. En el siguiente paso se busca definir los efectos más importantes del problema a intervenir. A partir del problema central, se identifican las causas que lo originan. Es importante de encontrar las causas primarias de lo que se piensa que origina el problema (CEPAL, 2005).

Figura no. 5. Árbol del problema según el enfoque del Marco Lógico

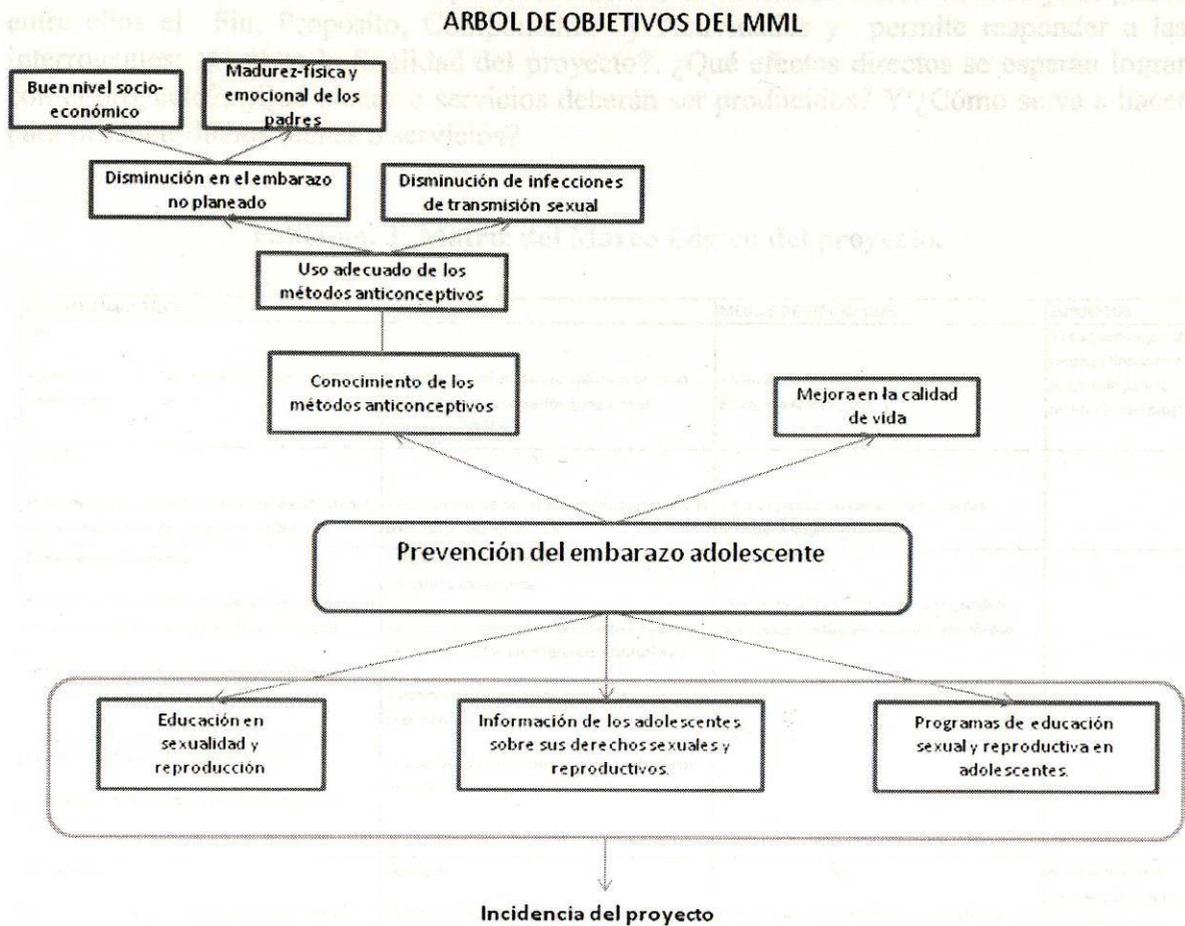


Nota: En el diseño de este árbol solo se mencionan algunas de las causas y efectos que intervienen en el problema, para fines del proyecto solo se abordan algunas desde el diseño del proyecto. Hay otros factores de índole social y /o cultural que pudieran ser abordadas en posteriores intervenciones.

3.3. Análisis de objetivos según el enfoque del Marco Lógico

Otra de las técnicas utilizadas dentro del ML es la del análisis de objetivos, con este se busca cambiar los aspectos negativos del árbol del problema en condiciones positivas que pueden ser alcanzadas con el cumplimiento del objetivo. (CEPAL, 2005).

Figura no. 6. Árbol de objetivos según el Marco Lógico



Fuente: Elaboración propia.

3.4. Matriz del Marco Lógico (MML)

Esta técnica sirve para describir la información relevante del proyecto, pues contiene el resumen del proyecto en cuatro filas y cuatro columnas. Está organizado en una lógica vertical de causa-efecto y una lógica horizontal del seguimiento de los objetivos (Ortegon *et al*, 2005).

El formato 4 x 4 de la MML, permite que se resalten gráficamente los resultados de un proyecto y los componentes que se esperan generar para los beneficiarios del proyecto. Esta matriz ayuda entre otras cosas a: definir objetivos claros, que se puedan medir y que estén ligados por sus causas; definir indicadores y metas específicas para medir los resultados y efectos del proyecto; definir los términos de referencia de los ejecutores del proyecto; identificar las fuentes de información y establecer el sistema de Monitoreo y Evaluación; definir los insumos requeridos (humanos, financieros, de tiempo, etc.); así como identificar los factores externos, que puedan influir en los Resultados del proyecto (FOMIN, 2005).

Hay cuatro columnas en el Marco Lógico: El Resumen Narrativo, los Indicadores, los Medios de Verificación, y los Supuestos. Además se muestran cuatro niveles jerárquicos entre ellos el Fin, Propósito, Componentes y Actividades y permite responder a las interrogantes: ¿Cuál es la finalidad del proyecto?, ¿Qué efectos directos se esperan lograr con el proyecto?, ¿Qué bienes o servicios deberán ser producidos? Y ¿Cómo se va a hacer para producir dichos bienes o servicios?

Tabla no. 3. Matriz del Marco Lógico del proyecto.

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Fin +Contribuir a la reducción del embarazo adolescente.	+ Reducción del embarazo adolescente en un 30% dentro de la población integrada al Programa PAIDEA.	+ Manual de Proyecto de Prevención al Embarazo Adolescente.	+ Se siguen asignando recursos financieros a la institución para la realización del programa.
Propósito +Promover la prevención del embarazo adolescente en los participantes del programa PAIDEA.	+ Incremento de recursos y habilidades para la prevención del embarazo.	+ Resultados de las encuestas realizadas durante la implementación.	
Componentes/Productos + Adolescentes informados sobre como prevenir el embarazo adolescente a través de la consejería. +Información sobre los servicios que ofrecen las instituciones a los adolescentes. + Adolescentes capacitados en el desarrollo de habilidades para la vida y la salud sexual. + Conocimiento de los derechos sexuales de los adolescentes.	+ Incremento de información para prevenir el embarazo adolescente. + Incremento sobre el conocimiento y requisito de los servicios de las diferentes instituciones. + Incremento de conocimientos sobre habilidades y salud sexual. + Incremento de conocimiento de los derechos sexuales.	+ Encuesta de conocimientos de sexualidad, salud sexual y habilidades para la asertividad.	
Actividades + Grupo de reflexión de adolescentes para brindar consejería. + Implementación de taller formativo en el cuidado de la salud y habilidades para la vida. + Elaboración de cartilla sobre derechos sexuales y reproductivos.	<u>Recursos</u> + Herramienta para la elaboración del diagnóstico participativo. + Recursos humanos y técnicos de la institución. + Recursos financieros estatales y federales. + Apoyo de las ONGS.	+ Resultados del diagnóstico elaborado por los participantes (Documento). + Expo instituciones. + Listas de asistencia. + Historieta o video. + Cartilla de Derechos Sexuales.	+Interés real para conocer y definir su situación actual. + Asistencia y disponibilidad de los participantes a las sesiones de los talleres. +Participantes comprometidos para completar el proceso de autogestión con las instituciones.

Fuente: Elaboración propia.

4. Fases de la evaluación de la intervención

En este apartado se comenzará por dar una definición de la evaluación de proyectos sociales.

Actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información, así como de comparaciones respecto de parámetros definidos, con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables, sobre las actividades, resultados e impactos de esos

proyectos o programas y para formular recomendaciones que permitan decisiones orientadas a ajustar la acción presente y mejorar la acción futura (Nirenberg, 2006).

Para garantizar la eficiencia, confiabilidad del proceso y los resultados del proyecto que se desea implementar se necesita que la evaluación del programa sea la adecuada para este fin. Por lo que más adelante se expone la metodología de evaluación con enfoque cuantitativo que se utilizó en el proyecto, así como también se describen las técnicas para el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos del proyecto. Al proponer este enfoque autogenerativo se buscó que en base a las primeras evaluaciones se pudieran mejorar los aspectos del planeamiento e intervención, para que este proyecto fuera dinámico y flexible y de esta forma respondiera a las necesidades reales de los actores involucrados.

5. Metodología de evaluación para el Proyecto de Prevención al embarazo adolescente

A través de la evaluación cuantitativa que se utilizó para el proyecto se obtuvieron datos que se interpretaron a partir de la experiencia vivida y los beneficios obtenidos por los participantes. El realizar una evaluación con este enfoque permitió apreciar si realmente el proyecto de intervención fue de utilidad para el sector participante en el proyecto. Además se busca que la evaluación también refleje la efectividad de la intervención.

5.1. Técnicas a utilizar para la etapa de evaluación

5.1.1. Etapa de diagnóstico comunitario.

a) Encuesta de diagnóstico comunitario

En la etapa del diagnóstico comunitario se aplicó una encuesta a la población adolescente para conocer las características de la población con la cual se trabajó. La encuesta elaborada se llamó Encuesta de Diagnóstico del Proyecto de Prevención del Embarazo Adolescente (EDPPE) y fue conformada por las secciones de diversión y esparcimiento, consumo de alcohol y drogas, información en sexualidad y vida sexual que fueron tomadas del Cuestionario para Adolescentes sobre los Modos de Participación de Nirenberg (2006) y se tomó además la sección de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de la Encuesta sobre Salud Reproductiva de las/los Alumnas/os en Escuelas de Educación Media y Media Superior del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Este instrumento que se utilizó para el diagnóstico contiene 50 preguntas con opciones múltiples que sirvieron para tener un conocimiento previo de la población donde se trabajó el proyecto, se obtuvo información sobre las características de los participantes, los conocimientos que tenían sobre la salud sexual, la sexualidad, algunos datos sobre su vida sexual y sus estilos de vida.

b) Entrevista a informantes claves

Esta técnica consistió en aplicar una entrevista a informantes clave, entendiendo este concepto como aquella persona que puede hablar por un conjunto de personas (Nirenberg,

2000). En este caso para el diagnóstico se aplicó la entrevista al responsable del Proyecto a nivel estatal y a la responsable del programa PAIDEA en el DIF 15. Además se consideró también la participación de dos integrantes del grupo que pudieron expresar la opinión general de los demás integrantes.

Se utilizó esta técnica, mediante preguntas abiertas, estableciendo previamente una base de preguntas base que buscaron generar la participación de los entrevistados. En las entrevistas realizadas al personal de la institución se indagó en el tema para obtener la percepción de la problemática social que viven los adolescentes, participación de los integrantes en el programa y el entorno comunitario de los mismos. En el caso de las entrevistas realizadas a los integrantes del grupo el objetivo fue obtener las percepciones, sentimientos y opiniones de las participantes sobre la sexualidad y como la están viviendo desde su experiencia en esta etapa de la vida y de esta manera tener una visión de cómo se encuentran tanto el grupo como el programa antes de la implementación del proyecto.

Se escogió esta técnica además porque permite a diferencia de algunas otras escuchar lo que no se puede observar directamente, todo expresado desde el marco de experiencia, vivencias y perspectivas personales de los mismos participantes.

Los aspectos que se abordaron para tener un conocimiento previo de las participantes fueron los siguientes: datos socioeconómicos, educación, situación familiar, estado de salud emocional, metas y plan de vida, conocimiento sobre la sexualidad, redes de apoyo formal e informal y situación laboral.

Esta técnica se implementó al inicio y al final del proyecto. Al inicio para tener una línea base de donde se partirá para la planeación del proyecto. También forma parte para la elaboración del diagnóstico inicial del proyecto. Y al final para ver si hubo cambios en la forma de percibir situación en la que se encuentran, experiencias vividas dentro del proyecto, así como también observar si se generan cambios en las actitudes de la forma de encarar el problema.

5.2. Evaluación de la implementación del proyecto

5.2.1. Ex – ante y ex - post.

Para la evaluación cuantitativa se utilizaron las técnicas ex – ante y ex – post. Este tipo de evaluación como su nombre lo indica se realiza al momento previo del inicio del proyecto y puede servir para mejorar la formulación, así como también para determinar si hay las condiciones necesarias para la implementación del proyecto (Nirenberg, et al, 2000).

Se escogió este tipo de evaluación porque dentro de la implementación se buscó que el proyecto fuera eficiente y cumpliera con las necesidades planteadas por los involucrados. Cohen y Franco (2009) mencionan precisamente que su finalidad es proporcionar los criterios racionales para la correcta implementación de las estrategias del proyecto.

Además se utilizó la evaluación ex post una vez concluida la implementación del proyecto para medir el efecto (Nirenberg et al, 2000). Y de esta forma también basar las conclusiones sobre los efectos que la implementación del proyecto ha tenido sobre la

población beneficiada y si es conveniente hacer uso futuro del proyecto en otras intervenciones o se considerarán los cambios pertinentes para un mejor desempeño del mismo proyecto.

Para la realización de esta evaluación se utilizó una encuesta adaptada por la autora que lleva el nombre de Encuesta del Proyecto de Prevención del Embarazo Adolescente (EPPEA), la adaptación se realizó de dos cuestionarios que ya se habían implementado en investigaciones previas a ese proyecto y que se encuentran relacionados con el estudio de la problemática abordada. Uno de los cuestionarios es la Encuesta sobre Salud Reproductiva de las/los Alumnas/os en Escuelas de Educación Media y Media Superior del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la Universidad Nacional Autónoma de México, de este instrumento se tomaron los apartados para medir los conocimientos obtenidos en sexualidad, biología de la reproducción, conocimiento de infecciones de transmisión sexual, conocimiento de métodos anticonceptivos y expectativas de vida, que permitió evaluar los conocimientos adquiridos en el taller de cuidado de la salud sexual, de esta encuesta se utilizaron 71 ítems en total. El otro instrumento que sirvió para conformar la encuesta fue la Escala de Autoeficacia para Evitar Conductas de Riesgo Sexual en Adolescentes de Kasen, Vaughan y Walter, donde se seleccionaron las áreas de inteligencia emocional, habilidades sociales y comunicación (López y Moreno, 2000). La escala aplicada se conformó de 20 ítems en total, con opción de respuesta en escala tipo Lickert que va desde definitivamente si puedo hasta definitivamente no puedo.

La aplicación de este instrumento presentó un alpha de cronbach de 0.70 lo que significa que es aceptable por ser la primera vez que se aplica para este proyecto.

infección de transmisión sexual. En el caso de aquellos que no han tenido su primera relación sexual también se consideró importante saber cuáles son los motivos por los que consideran importante no tenerlas en esta etapa de la vida.

El análisis de los datos obtenidos en la encuesta antes mencionada se realizó con el paquete estadístico SPSS Versión 14.0 obteniendo los siguientes resultados:

CAPITULO 3. RESULTADOS

1. Resultados de la intervención

Los resultados obtenidos del proyecto de Prevención al Embarazo Adolescente se describen a continuación. En un primer momento se describe la forma en que se seleccionaron los grupos participantes dentro del proyecto y las características de los dos grupos involucrados en la intervención. En segundo lugar aparecen los datos obtenidos de la Encuesta de Diagnóstico del Proyecto de Prevención del Embarazo Adolescente (EDPPE) que sirvió para la fase del diagnóstico de la intervención realizada. En un tercer momento se muestran los resultados encontrados en la Encuesta del Proyecto de Prevención del Embarazo Adolescente (EPPEA) debido a la intervención realizada.

1.1. Selección de los participantes de la intervención

Los participantes dentro del proyecto fueron 38 adolescentes que se conformaron en dos grupos, seleccionados por el método no probabilístico por conveniencia, dado que las instituciones involucradas dentro del proyecto señalaron a los jóvenes que debían participar durante la etapa de la intervención. El primer grupo estuvo conformado por 11 adolescentes de ambos sexos, fue de comunidad abierta, que tenía como punto de reunión para las sesiones del taller el Centro DIF No. 15 que se encuentra ubicado en la colonia Fomerrey 1 del Municipio de Monterrey, siendo formado mediante una convocatoria realizada por el personal operativo de la misma institución y la autora del proyecto. El segundo grupo estuvo integrado por 27 adolescentes varones, tenía como característica que era cautivo y asistió a tomar clases de 6° semestre al CONALEP Raúl Rangel Frías que se encuentra ubicado en la colonia Guadalupe Victoria en el Municipio de Guadalupe. Este segundo grupo fue convocado por los responsables operativos del programa GENTE JOVEN gracias a un convenio establecido con la escuela.

1.2. Diagnóstico social de los grupos de adolescentes que participaron en el proyecto de prevención del embarazo adolescente

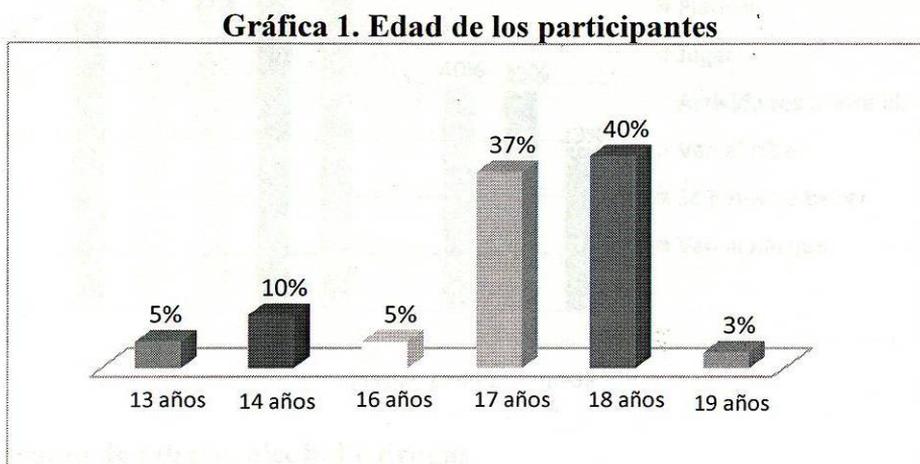
Para la realización de esta etapa del proyecto se aplicó la Encuesta de Diagnóstico del Proyecto de Prevención del Embarazo Adolescente (EDPPE) (ver anexo 1), a 38 adolescentes, que permitió obtener conocimientos sobre las características socio demográficas de los participantes, las actividades recreativas y de esparcimiento, consumo de tabaco, alcohol y drogas, información previa del tema de la sexualidad, conocimiento de de ITS y VIH-SIDA y de métodos anticonceptivo. Además se consideró importante abordar dentro del diagnóstico social determinar si la población en la que se implementó el proyecto hay adolescentes que tienen vida sexual activa y en caso de tenerla saber qué métodos anticonceptivos utilizan para protegerse de un embarazo no planeado o una posible

infección de transmisión sexual. En el caso de aquellos que no han tenido su primera relación sexual también se consideró importante saber cuáles son los motivos por los que consideran importante no tenerlas en esta etapa de la vida.

El análisis de los datos obtenidos en la encuesta aplicada se realizó con el paquete estadístico SPSS Versión 14.0 obteniendo los siguientes resultados:

1.2.1. Datos socio demográficos

En la gráfica 1 se puede apreciar que la edad de los integrantes de la muestra oscila entre 13 y 19 años mostrando su mayor porcentaje (40%) en los 18 años y el menor (3%) en 19 años.



Fuente: EDPPE.

n=38

En relación al sexo de los participantes el 79% fueron del sexo masculino y el restante corresponde al 21% del sexo femenino. El grado de escolaridad de los adolescentes se puede observar en la tabla No. 5, el mayor porcentaje (82%) corresponde al grado de preparatoria.

Tabla N° 4. Grado de escolaridad que actualmente cursan los encuestados.

Grado de escolaridad	%
Secundaria	18
Preparatoria general o técnica	82

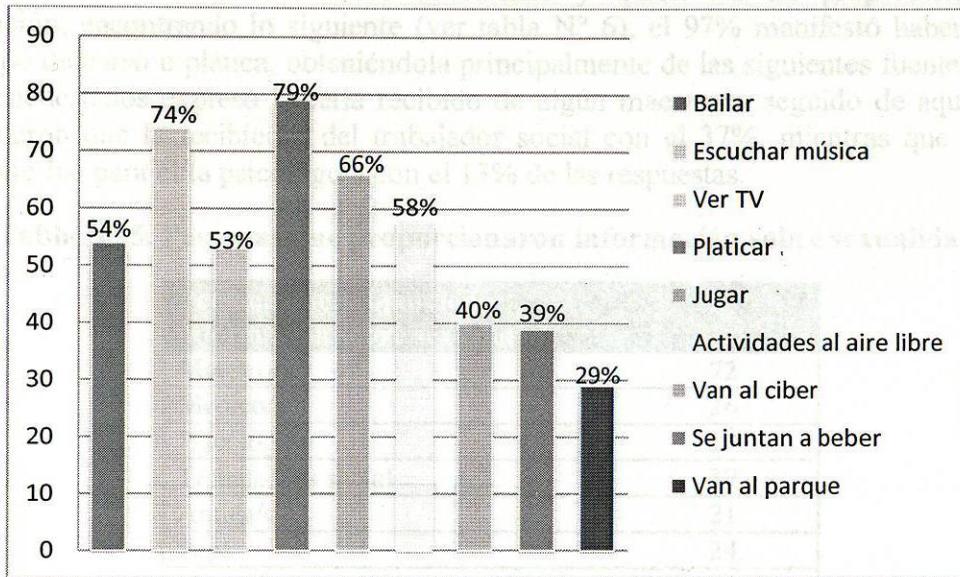
Fuente: EDPPE. n=38

1.2.2. Actividades recreativas y esparcimiento

En relación a las actividades recreativas que más hacen con sus amigos los participantes mencionaron con mayor porcentaje las siguientes: platicar con un porcentaje del 79%, seguido de escuchar música con el 74%, seguida de actividades como jugar algún tipo de deporte con el 66%, mientras que la actividad menos realizada fue la de salir al parque a platicar con el 29% (ver gráfica 2). Por otra parte el 76% por ciento mencionó que practica

algún tipo de deporte. Entre los deportes con mayor preferencia de los participantes se encuentra el fútbol con un porcentaje del 60% de los participantes que refirieron practicarlo.

Grafica N° 2. Actividades recreativas de mayor preferencia de los participantes.



Fuente: EDPPE. n=38

1.2.3. Consumo de tabaco, alcohol y drogas

De la población adolescente entrevistada sobre los hábitos de fumar, beber y consumo de drogas se encontró lo siguiente: el 63 % menciona que no tiene por hábito fumar, mientras que la edad de inicio para fumar fue de 17 años con un porcentaje del 35%.

En cuanto al porcentaje establecido de participantes que refieren tener por hábito ingerir bebidas alcohólicas es del 47%, con una frecuencia aproximada de una o dos veces por mes en el consumo, mientras que el 53% restante mencionó que no ingieren este tipo de bebidas.

Con respecto al consumo de drogas se reportó que el 84% de los participantes no las ha consumido. El 16% de la población entrevistada que si manifestó haberla consumido en algún momento de su vida expresó que la droga consumida fue la marihuana con un porcentaje del 100%.

1.2.4. Conocimientos sobre sexualidad

Uno de los conceptos que se les pidió a los adolescentes fue que definieran lo que para ellos significa la palabra sexualidad. Se encontró lo siguiente: la mayoría de los participantes mencionó al momento de la aplicación que era un término difícil de explicar porque no tenían mucha seguridad en expresarlo de manera correcta. La definición que más alto porcentaje tuvo fue la referente a "tener relaciones sexuales" con un 32%. En segundo

lugar se encontró la respuesta “no sé” con un porcentaje del 23%, seguido de la anterior respuesta se encuentran los participantes que relacionaron la palabra sexualidad con el “género” con el 8%.

Otra de las preguntas que se les pidió contestar a los participantes es si ya han tenido alguna clase, plática e información sobre sexualidad y quién les ha proporcionado esta información, encontrando lo siguiente (ver tabla N° 6), el 97% manifestó haber recibido algún tipo de curso o plática, obteniéndola principalmente de las siguientes fuentes: el 72% de los encuestados expresó haberla recibido de algún maestro/a, seguido de aquellos que mencionaron que la recibieron del trabajador social con el 37%, mientras que el menor porcentaje fue para el/la psicólogo/a con el 13% de las respuestas.

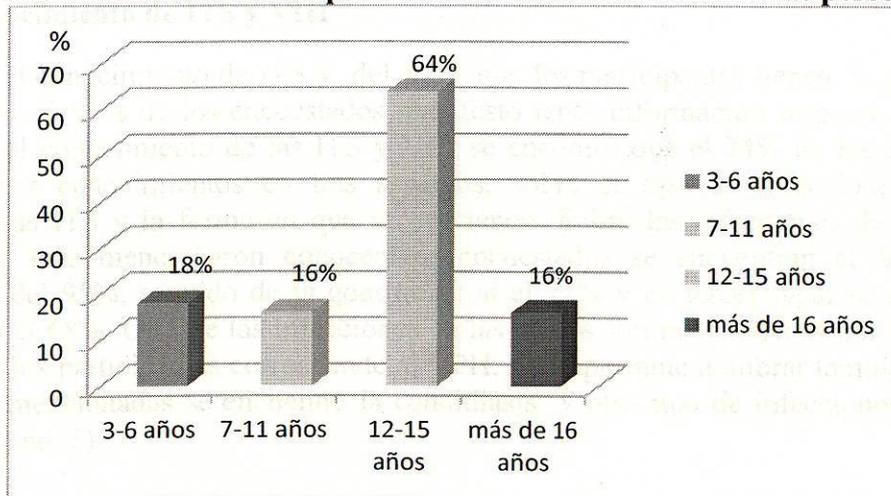
Tabla N° 5. Personas que proporcionaron información sobre sexualidad.

Persona que proporcionó información sobre sexualidad	%
Maestro/a	72
Médico/a	26
Psicólogo/a	13
Trabajadora social	37
Amiga/o	21
Papá	24
Mamá	32
Medios de comunicación	21

Fuente: EDPPE. n=38

En referencia a la edad ideal para brindar educación sexual a las personas, el 64% de los adolescentes manifestaron que las edades propicias para ofrecer educación sexual corresponden al rango de edad de los 12 a 15 años, mientras que el menor porcentaje (16%) corresponde a las edades de 3 a 6 años y más de 16 años (ver gráfica 3).

Gráfica No. 3. Edad ideal para brindar educación sexual a las personas

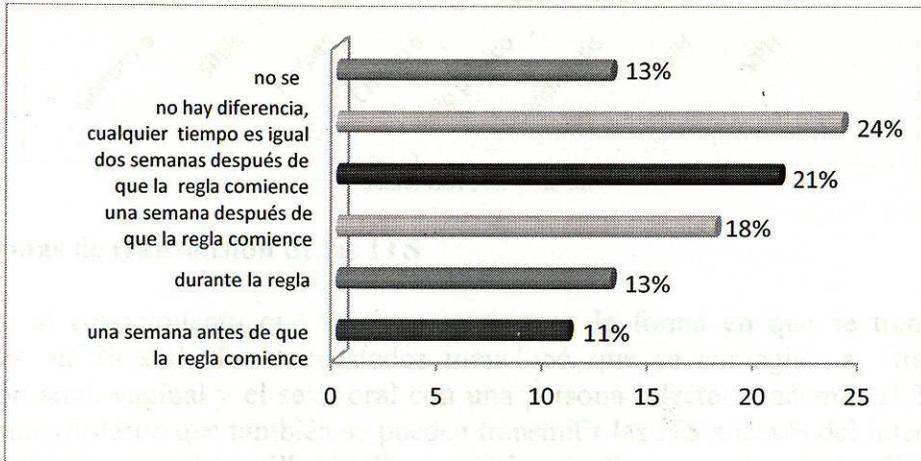


Fuente: EDPPE. n=38

Gráfica no. 4. Conocimiento de los participantes sobre ITS y VIH

Con relación al conocimiento sobre el ciclo menstrual de la mujer el 89% de los integrantes de los grupos refirieron que si lo conocían, pero como se aprecia en la grafica no. 4 solamente el 21% de los adolescentes realmente conocen el tiempo en que la mujer se puede embarazar, cabe destacar que el 1% de ellos sí reconocen no saber esta información, mientras el resto de la población dieron respuestas incorrectas, como se pueden observar en la gráfica correspondiente.

Gráfica No. 4. Probabilidad de embarazo en la mujer



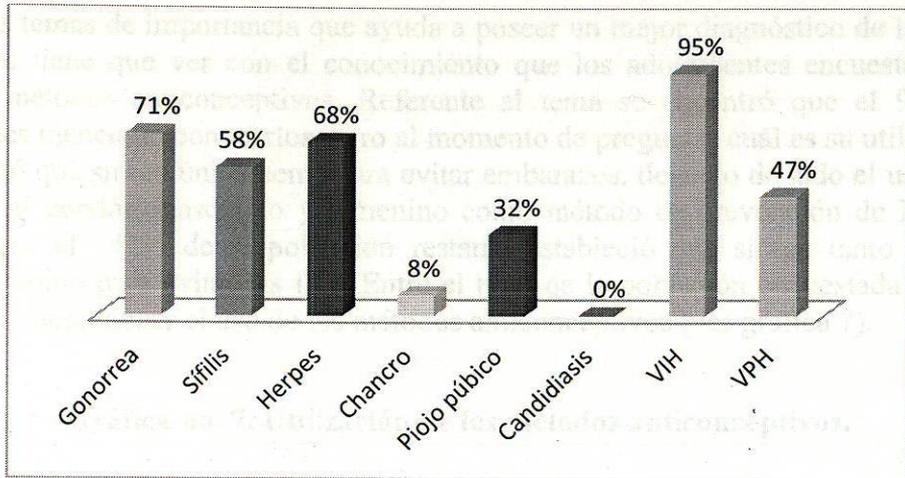
Fuente: EDPPE. n=38

Otro de los datos importantes que tiene que ver con el conocimiento sobre biología de la reproducción es que el 82% de los adolescentes mencionaron que existe el riesgo de que la mujer pueda quedar embarazada desde su primera relación sexual, lo que expresa que una cantidad importante de adolescentes conoce sobre el riesgo de embarazo si no se toman medidas de prevención desde la primera relación sexual.

1.2.5. Conocimiento de ITS y VIH

Respecto al conocimiento de ITS y del VIH que los participantes tienen, la gráfica no. 5 muestra que el 97% de los encuestados manifestó tener información respecto al tema. En referencia al conocimiento de las ITS y VIH se encontró que el 74% de los adolescentes dijeron tener conocimientos en tres aspectos, sobre el tipo de infecciones, como se contagian las ITS y la forma en que se previenen. Sobre las infecciones de transmisión sexual que más mencionaron conocer los encuestados se encuentran el VIH con un porcentaje del 95%, seguido de la gonorrea con el 71% y en tercer lugar se encuentra el herpes con el 68%. Otra de las infecciones de las cuales son mencionadas por lo menos en un 47% de los participantes corresponde al VPH. Es importante nombrar también que entre las menos mencionadas se encuentra la candidiasis y otro tipo de infecciones con el 0% (ver gráfica no. 5).

Gráfica no. 5. Conocimiento de los participantes sobre ITS y VIH.

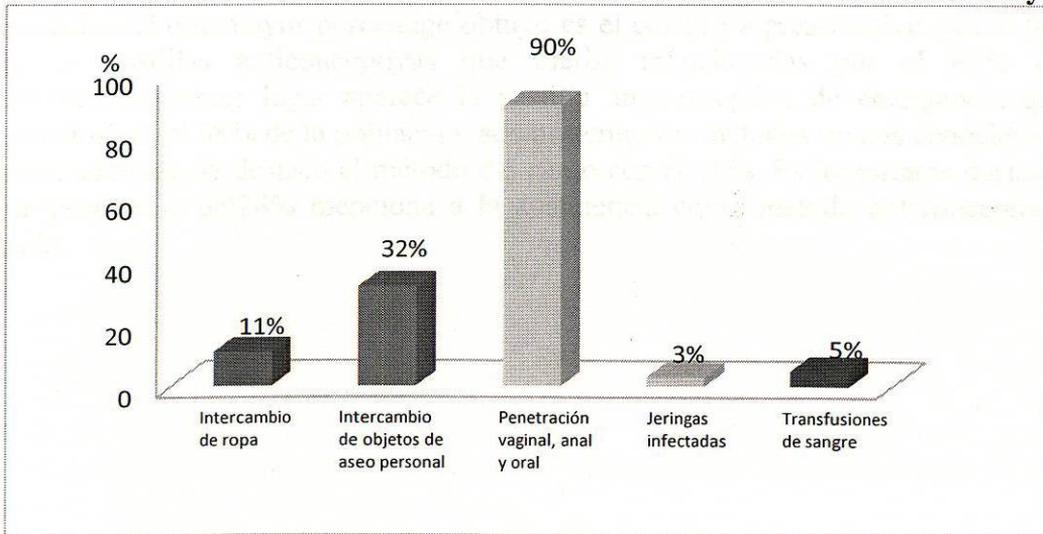


Fuente: EDPPE. n=38

1.2.6. Formas de transmisión de las ITS

En cuanto al conocimiento que se tiene respecto a la forma en que se transmiten las infecciones, el 89% de los encuestados mencionó que se contagia a través de la penetración anal, vaginal y el sexo oral con una persona infectada, además el 32% de las personas manifestaron que también se pueden transmitir las ITS a través del intercambio de objetos de aseo personal (cepillo de dientes, peine, toalla y ropa interior), afirmando con esto que aún hay un porcentaje de la población participante que tiene ciertas creencias equivocadas acerca de la forma de transmisión de las infecciones y que es necesario trabajar aún más en la información que se les brindará acerca del tema de la prevención de ITS (ver gráfica 6).

Gráfica no. 6. Conocimientos de los adolescentes sobre transmisión de las ITS y VIH.

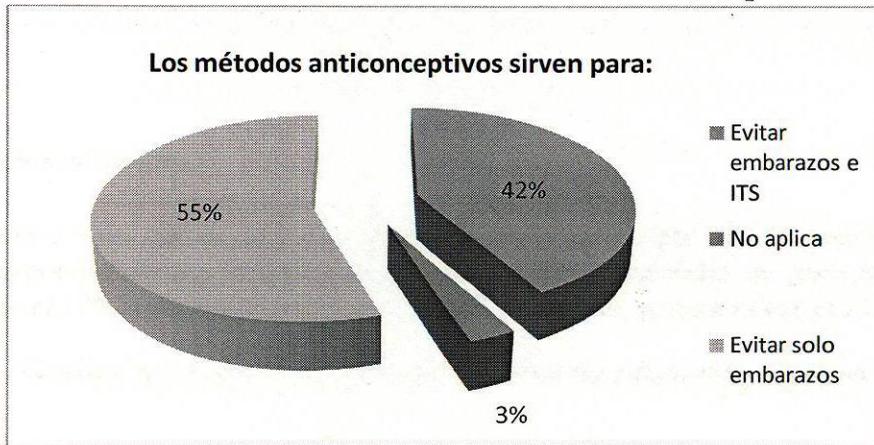


Fuente: EDPPE. n=38

1.2.7. Conocimiento de métodos anticonceptivos

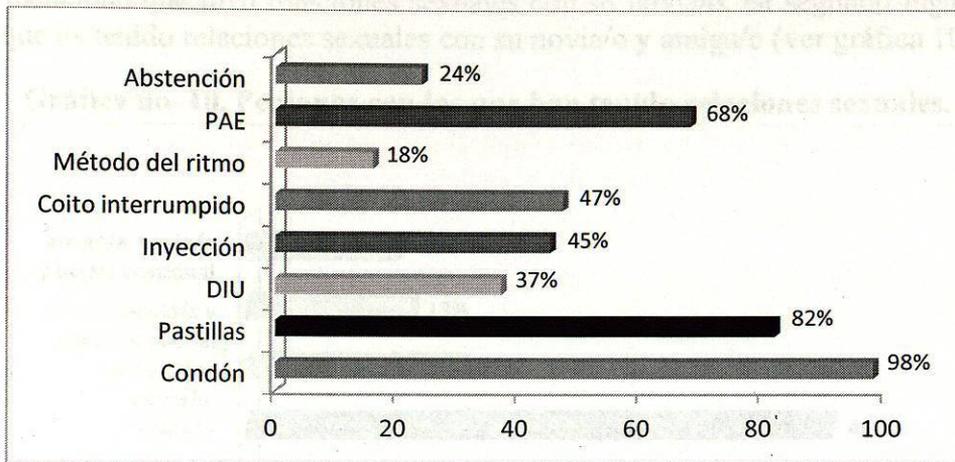
Otro de los temas de importancia que ayuda a poseer un mejor diagnóstico de la población participante tiene que ver con el conocimiento que los adolescentes encuestados tienen sobre los métodos anticonceptivos. Referente al tema se encontró que el 97% de los participantes mencionó conocerlos, pero al momento de preguntar cuál es su utilidad sólo el 55% reportó que sirven únicamente para evitar embarazos, dejando de lado el uso que se le puede dar al condón masculino y femenino como método de prevención de ITS y VIH, mientras que el 42% de la población restante estableció que sirven tanto para evitar embarazos como para evitar las ITS. Entre el total de la población encuestada sólo el 3% persona dijo desconocer el uso de los métodos anticonceptivos (ver gráfica 7).

Gráfica no. 7. Utilización de los métodos anticonceptivos.



Entre los métodos anticonceptivos de mayor conocimiento por los participantes destacan los siguientes: el que mayor porcentaje obtuvo es el condón o preservativo con el 98%, le siguen las pastillas anticonceptivas que fueron mencionadas por el 82% de los participantes, en tercer lugar aparece la pastilla anticonceptiva de emergencia que fue mencionados por el 68% de la población, además entre los métodos menos conocidos por la población adolescente destacó el método del ritmo con el 18%. Es importante destacar que solo un porcentaje del 24% menciona a la abstinencia como método anticonceptivo (ver gráfica 8).

Gráfica 8. Porcentaje de métodos anticonceptivos conocidos por los participantes

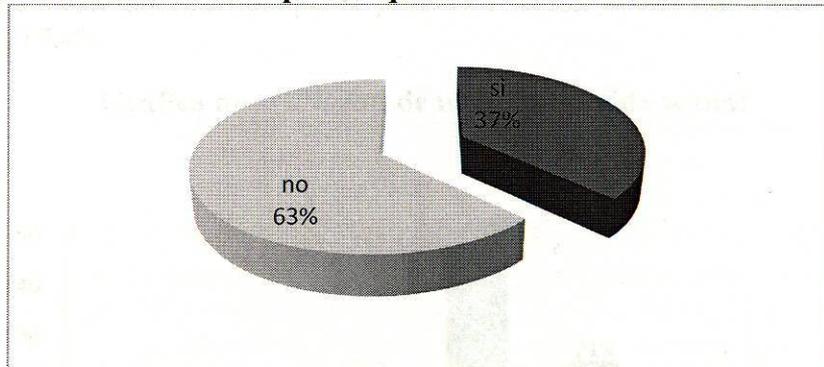


Fuente: EDPPE. n=38

1.2.8. Relaciones sexuales

En referencia a este punto se les preguntó a los adolescentes si han tenido relaciones sexuales, respondiendo de la siguiente manera: el 63% respondió de manera afirmativa, mientras que el 37% mencionó que no han tenido relaciones sexuales (ver gráfica 9).

Gráfica no. 9. Participantes que han tenido relaciones sexuales

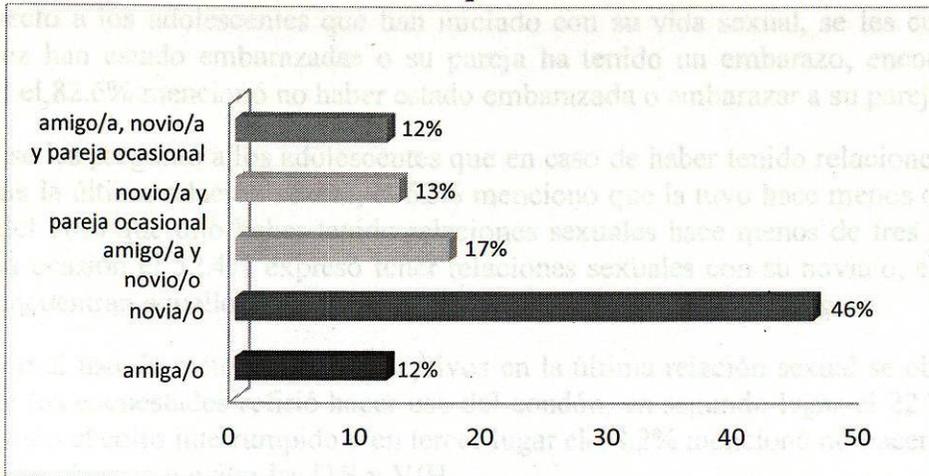


Fuente: EDPPE. n=38

En el caso en el que los alumnos que manifestaron que no han tenido relaciones sexuales, se les preguntaron los motivos por los cuales no las han tenido, respondiendo lo siguiente: el 57% dijo no sentirse preparado en esta etapa de su vida para tener relaciones sexuales, el 14% expresó no sentirse preparado y además tener miedo a las consecuencias negativas, por estas razones no han tenido relaciones sexuales, igualmente el 14% mencionó que no las han tenido porque consideran que es pecado.

Respecto a las personas que señalaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez, el 46% de ellos mencionó que tuvo relaciones sexuales con su novia/o, en segundo lugar el 17% expresó que ha tenido relaciones sexuales con su novia/o y amiga/o (ver gráfica 10).

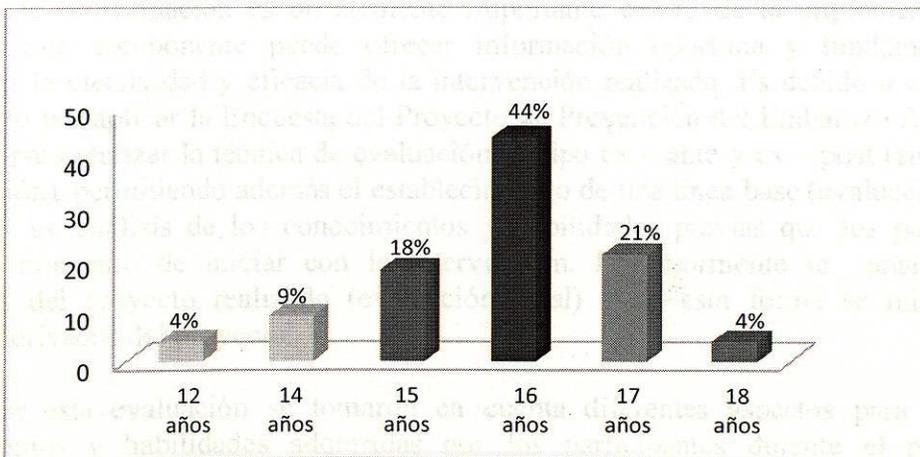
Gráfica no. 10. Personas con las que han tenido relaciones sexuales.



Fuente: EDPPE. n=14.

En la gráfica 11 se puede ver que la edad de la primera relación sexual de quienes mencionaron haber iniciado su vida sexual, el mayor porcentaje (43.5%) corresponde a la edad de 16 años, así mismo un 21.7% afirmó haber iniciado su vida sexual a los 17 años, por último se encuentran aquellos que la primera relación sexual fue a los 15 años con un porcentaje del 17.4%.

Gráfica no. 11. Edad de inicio de la vida sexual



Fuente: EDPPE. n=14.

En relación al uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual se estableció que el 54.2% si utilizó algún tipo de protección. Entre los métodos más utilizados se encuentra el condón con el 85.7%, seguido del 14.3% de los participantes que mencionó haber utilizado el coito interrumpido (salirse antes).

Cabe mencionar que el resto de los participantes que tuvieron su primera relación sexual, pero que no usaron algún método anticonceptivo el 83% mencionaron como principal motivo de no uso que en ese momento preciso no tenían algún tipo de método anticonceptivo disponible.

Con respecto a los adolescentes que han iniciado con su vida sexual, se les cuestionó si alguna vez han estado embarazadas o su pareja ha tenido un embarazo, encontrando lo siguiente; el 82.6% mencionó no haber estado embarazada o embarazar a su pareja.

También se les preguntó a los adolescentes que en caso de haber tenido relaciones sexuales cuando fue la última relación sexual, el 52% mencionó que la tuvo hace menos de un mes, seguido del 20% que dijo haber tenido relaciones sexuales hace menos de tres meses. En esa última ocasión el 52.4% expresó tener relaciones sexuales con su novia/o, en segundo lugar se encuentran aquellos que tuvieron relaciones sexuales con un amigo/a.

En relación al uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual se observó que el 50% de los encuestados refirió hacer uso del condón, en segundo lugar el 22.7% utilizó como método el coito interrumpido y en tercer lugar el 18.2% mencionó no hacer nada para prevenir el embarazo o evitar las ITS y VIH.

Respecto a aquellos que no hicieron nada para evitar el embarazo, ITS y VIH, se les preguntó cuál fue el motivo, encontrando lo siguiente; el 50% manifestó que en ese momento no tenían disponible ningún tipo de método y el otro 50% mencionó que no se siente lo mismo y además perciben que el uso de anticonceptivos quita placer en la relación sexual.

2. Evaluación ex – ante y ex - post

La etapa de la evaluación es un elemento importante dentro de la implementación del proyecto, este componente puede ofrecer información oportuna y fundamental para determinar la efectividad y eficacia de la intervención realizada. Es debido a este motivo que se optó por aplicar la Encuesta del Proyecto de Prevención del Embarazo Adolescente (EPPEA) para realizar la técnica de evaluación de tipo ex – ante y ex – post (sin grupo de comparación), permitiendo además el establecimiento de una línea base (evaluación inicial) para tener un análisis de los conocimientos y habilidades previas que los participantes tenían al momento de iniciar con la intervención. Posteriormente se analizaron los resultados del proyecto realizado (evaluación final) y de esta forma se midieron los cambios derivados del proyecto.

Al realizar esta evaluación se tomaron en cuenta diferentes aspectos para medir los conocimientos y habilidades adquiridas por los participantes durante el período de implementación. Para medir los resultados de la intervención se aplicó una parte de la Encuesta Sobre Salud Reproductiva del CRIM¹⁸ de la UNAM y una parte de la escala tipo Lickert para medir habilidades para la toma de decisiones en la sexualidad (López y Moreno, 2000) a los dos grupos que formaron parte del proyecto de prevención del embarazo adolescente. Este tipo de evaluación se realizó con la finalidad de verificar si

¹⁸ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

hubo cambios en los conocimientos sobre la sexualidad y la perspectiva de vida de los participantes debido a la intervención efectuada, así como también se midieron las habilidades adquiridas para la asertividad sexual durante la implementación del proyecto.

Para la recopilación de la información se aplicó la encuesta la cual estuvo compuesta de las siguientes secciones: datos personales, conocimientos sobre sexualidad y biología de la reproducción, información recibida sobre las ITS, conocimientos sobre métodos anticonceptivos, expectativas y plan de vida, habilidades sociales y comunicación e inteligencia emocional.

Para obtener la confiabilidad del contenido del instrumento se utilizó el estadístico alpha de Cronbach¹⁹, la cual toma valores entre 0 y 1, donde el 0 significa la confiabilidad nula y el 1 representa la confiabilidad total. Los aspectos que se tomaron en cuenta para obtenerla fueron los siguientes:

Tabla No. 6. Niveles de confiabilidad según alpha de Cronbach obtenido.

Aspecto evaluado	Alpha de Cronbach Estandarizada
Opinión de los participantes sobre las relaciones sexuales	.689
Información sobre ITS/VIH-SIDA.	.785
Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	.767
Expectativas	.744
Plan de vida	.813
Habilidades sociales y comunicación	.798

Fuente: Elaboración propia

Según los datos obtenidos en la revisión de la confiabilidad del instrumento se observa que el instrumento cumple con los niveles mínimos de consistencia interna, esto se deduce a partir de los ítems revisados mediante el software estadístico SPSS 17 cumplen con el puntaje mínimo que es de 0.60.

A continuación se muestran los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a la población que participó durante la etapa de intervención del proyecto:

¹⁹ Esta medida permite obtener un análisis de consistencia interna de los ítems o reactivos de un instrumento, determinando el grado en que están relacionados recíprocamente los ítems (Quero, 2010).

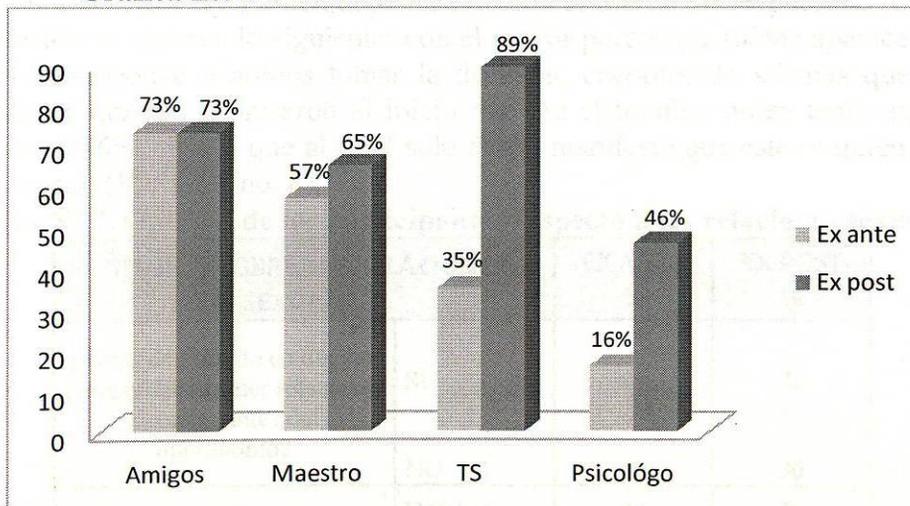
2.1. Conocimientos sobre sexualidad

La importancia de considerar este aspecto dentro de la encuesta tiene que ver con la necesidad de obtener la información que los adolescentes tienen sobre la sexualidad y de esta forma saber las principales fuentes de donde y como la obtienen, el tipo de conocimientos que tienen para la prevención de embarazo; además de las infecciones de transmisión sexual sus formas de contagio y prevención. Esta información obtenida de las preguntas permite que se vayan diseñando las estrategias de intervención y además evaluar de una manera más objetiva la eficiencia del proyecto.

2.2. Fuentes de información sobre sexualidad para los adolescentes

Una de las preguntas que se les pidió contestar a los participantes es si ya han tenido alguna clase, plática e información sobre sexualidad y quién les ha proporcionado este tipo de información. Encontrando lo siguiente: el 81% manifestó haber recibido algún tipo de curso o plática, obteniéndola principalmente de las siguientes fuentes, el 73% de los encuestados manifestó haberla recibido de amigos, seguido de aquellas personas que mencionaron haberlo recibido del maestro/a con el 57%, mientras que el menor porcentaje fue para el/la psicólogo/a con el 16% de las respuestas (ver gráfica 12).

Gráfica no. 12. Fuentes de información sobre sexualidad



Fuente: EDPPE. n=38.

Al final de la implementación el 100% de los participantes expresó haber recibido algún tipo de clase, plática e información sobre sexualidad, obteniéndola principalmente de las siguientes fuentes: el 89% de los encuestados manifestó haberla recibido de la trabajadora social, en segundo lugar mencionaron los participantes recibir información del maestro/a con el 65%, así mismo al inicio de la intervención los participantes asignaron un porcentaje menor al psicólogo/a, siendo que al final le asignaron el 46% (ver gráfica no. 12).

2.3. Opinión de los adolescentes respecto a las relaciones sexuales prematrimoniales

Siguiendo con el tema de la sexualidad, se les preguntó a los participantes sobre la opinión que tienen respecto a tener relaciones sexuales en esta etapa de la vida. Se les cuestionó lo que piensan acerca de tenerlas antes del matrimonio, encontrando lo siguiente: en un inicio el 81% de los participantes manifestó estar de acuerdo en que las parejas tuvieran relaciones sexuales antes del matrimonio, mientras que el 19% restante se manifestó de forma negativa ante este cuestionamiento.

En lo que respecta al género también se les preguntó acerca de la opinión que tienen acerca de quién de los dos (hombre o mujer) debe llegar virgen al matrimonio, sobre este aspecto se encontró que el 38% de los encuestados mencionó que si consideran que la mujer debe llegar virgen al matrimonio, mientras que el 24% consideró que el hombre si debe llegar virgen al matrimonio.

En el inicio de la intervención se les cuestionó qué si la única finalidad de las relaciones sexuales es tener hijos, el 89% mencionó no estar de acuerdo con esta afirmación. Mientras que al término de la implementación hubo un aumento del 5% sobre el porcentaje base para esta misma respuesta.

Otro de los cuestionamientos que se realizó fue acerca de la opinión que los adolescentes tienen acerca de quién debe tomar la decisión de tener relaciones sexuales, sobre esto se encontró al inicio que la mayor parte (79%) de los adolescentes mencionó que esta decisión corresponde a ambos y el menor porcentaje corresponde a los participantes que respondieron que la mujer es quien debe hacerlo con el 5% de las respuestas. Al final de la implementación se observó lo siguiente: con el mayor porcentaje (87%) aparece la opinión de que les corresponde a ambos tomar la decisión, encontrando además que hubo una disminución en quienes expresaron al inicio que era el hombre quien tenía que tomar la decisión con el 16%, siendo que al final solo el 5% manifestó que este es quien debería de tomar la decisión (Ver tabla no. 8).

Tabla N° 7. Opinión de los participantes respecto a las relaciones sexuales.

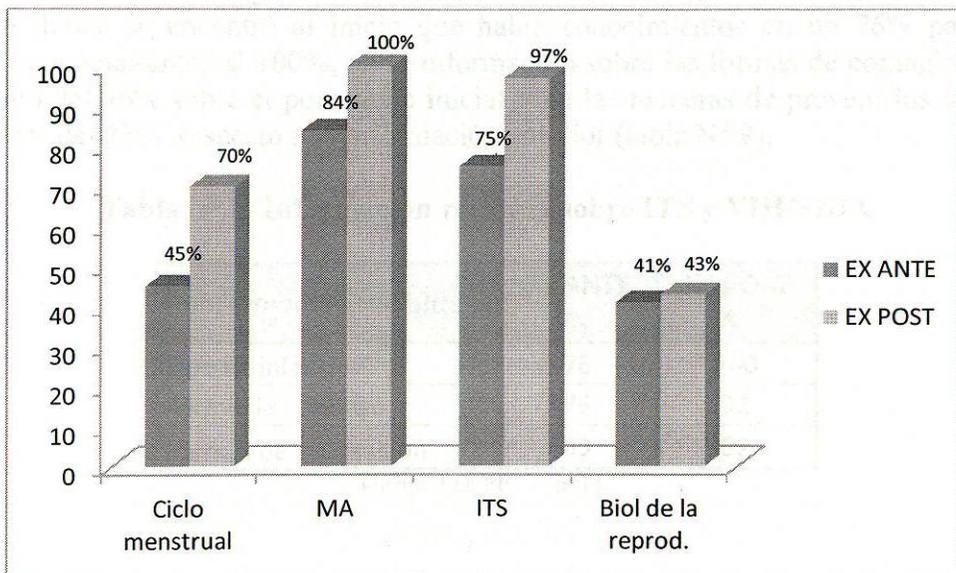
OPINIÓN SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES		EX ANTE %	EX POST %
¿Estás de acuerdo en que las parejas deben tener relaciones sexuales antes del matrimonio?	SI	81	70
	NO	19	30
¿Quién debe llegar virgen al matrimonio?	Hombre	24	27
	Mujer	38	35
La única finalidad es tener hijos	SI	11	6
	NO	89	94
¿Quién debe decidir tener Relaciones Sexuales?	Hombre	16	5
	Mujer	5	8
	Ambos	79	87

Fuente: EDPPE. n=38.

2.4. Información recibida sobre sexualidad

En cuanto al tipo de información que han recibido los participantes antes de recibir el curso se agrupó en cuatro aspectos: biología de la reproducción, información sobre el ciclo menstrual de la mujer, conocimientos sobre métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual. Respecto a estos aspectos se encontró que antes de la implementación los participantes tenían conocimientos previamente adquiridos en cualquiera de los aspectos antes mencionados. Al finalizar la intervención se encontró que hubo un aumento en cada uno de los aspectos evaluados, encontrando lo siguiente, donde mayor incremento se observó fue en el conocimiento del ciclo menstrual de la mujer, seguido del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos con un incremento del 22% sobre lo registrado en el inicio, así mismo se encontró que el aspecto que menor aumento de conocimientos registro fue el aspecto que tiene que ver con la biología de la reproducción (ver gráfica 13).

Gráfica no. 13. Tipo de información recibida por los adolescentes.



Fuente: EDPPE. n=38.

2.5. Conocimientos sobre el ciclo menstrual de la mujer

Se les cuestionó a los adolescentes sobre los conocimientos sobre el ciclo menstrual de la mujer, encontrando lo siguiente, al inicio de la intervención el 45% de la población encuestada expresó que si tiene conocimiento sobre el tema, pero al momento de establecer cuando hay mayor probabilidad de que la mujer pueda quedar embarazada solamente el 8% respondió de forma correcta, mientras que el 65% de los entrevistados lo hizo de forma incorrecta y el 27% mencionó desconocer esta información.

En lo que concierne al conocimiento adquirido en este tema, durante la intervención se encontró lo siguiente: sobre el ciclo menstrual de la mujer el 70% de los participantes expresó tener conocimiento y al momento preguntarles cuando hay mayor probabilidad de que la mujer pueda quedar embarazada el 86% respondió de forma correcta, mientras que el

11% de los entrevistados lo hizo de forma incorrecta y el 5% mencionó que sigue desconociendo esta información. Observando con esto que hubo un incremento en el conocimiento del 25%. En cuanto a los adolescentes que tuvieron la información de manera correcta se registró un aumento del 78%, mientras que en aquellos que tenían información incorrecta hubo una disminución del 54% sobre el porcentaje inicial.

2.6. Información recibida acerca de las ITS y VIH/SIDA

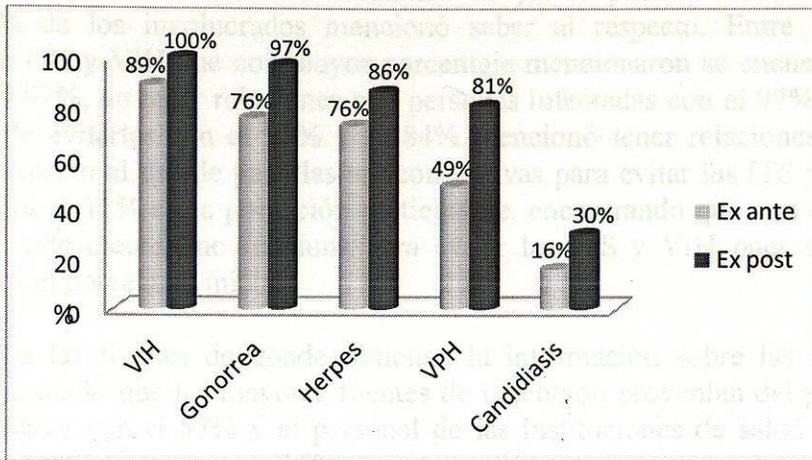
En el inicio del proyecto se encontró que el 92% de los participantes manifestaron que si tenían información respecto al tema. Al finalizar se observó que la información sobre ITS y VIH aprendida en la implementación aumento en un 5% sobre el porcentaje que se estableció en un inicio. Como se observa en la siguiente tabla el tipo de información recibida por los participantes se clasificó en tipos de infecciones que conocen, formas de contagio de las infecciones y la forma de prevenirlas. Se encontró que la información que tenían en un inicio no era suficiente por lo que se busco ampliar la información y que además fuera la correcta, logrando aumentar la información, como es el caso de los tipos de infección donde se encontró al inicio que había conocimientos en un 76% para lograr aumentar conocimientos al 100%, en la información sobre las formas de contagio hubo un incremento del 16% sobre el porcentaje inicial y en las maneras de prevenirlas se registró un aumento del 27% respecto a la información anterior (tabla N° 9).

Tabla N° 8. Información recibida sobre ITS y VIH/SIDA

Información recibida	EX ANTE %	EX POST %
Tipo de infección	76	100
Forma de contagio	76	92
Formas de prevención	65	92

Fuente: EDPPE. n=14.

Acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual que más mencionaron conocer los encuestados, se encuentran el VIH con un porcentaje del 89%, seguido de la gonorrea con el 76% y en tercer lugar se encuentra el herpes con el 73%. Otra de las infecciones de las cuales son mencionadas por lo menos en un 49% de los participantes corresponde al VPH. Es importante nombrar también que entre las menos mencionadas se encuentra la candidiasis con el 16% (gráfica no. 14).

Gráfica no. 14. Información sobre tipos de ITS y VIH

Fuente: EDPPE. n=38.

Se encontró que al término de la intervención, las infecciones de transmisión sexual más mencionadas por los encuestados fueron el VIH con un porcentaje del 100%, la gonorrea con el 97%, la sífilis con el 95% y el herpes con el 86%. Otras de las infecciones que tuvo un incremento considerado en por lo menos poco menos de la mitad fue el VPH con el 81% y la candidiasis con el 30%.

Siguiendo con el tema se les cuestionó a los participantes si sabían la forma en que se podían evitar las ITS y VIH, el 97% mencionó saber al respecto. Entre las formas que mencionaron que pueden evitar las ITS y VIH se encuentra el uso del condón con el 86%, el uso de pastillas anticonceptivas con el 40% y la abstinencia como forma de evitarlas con el 68% (ver tabla 10).

Tabla N° 9. Formas de transmisión que los adolescentes mencionaron para evitar las ITS y el VIH

FORMAS DE PREVENCIÓN	EX ANTE	EX POST
	%	%
Condón	86	97
Pastillas	40	11
Relaciones sexuales con una sola pareja	59	84
Fidelidad	58	62
Abstinencia	68	95
No tener relaciones sexuales con personas infectadas	70	97
Evitar uso de agujas no estériles	70	84

Fuente: EDPPE. n=38.

Al momento de la evaluación final se pudo encontrar que hubo un aumento en los conocimientos adquiridos respecto a la manera en que se pueden evitar las ITS y VIH, pues el 100% de los involucrados mencionó saber al respecto. Entre las formas de prevención de ITS y VIH que con mayor porcentaje mencionaron se encuentra el uso del condón con el 97%, no tener relaciones con personas infectadas con el 97%, la abstinencia como forma de evitarlas con el 95% y el 84% mencionó tener relaciones con una sola pareja. Con respecto al uso de pastillas anticonceptivas para evitar las ITS y VIH solo fue mencionado por el 11% de la población participante, encontrando que con la intervención se aclaró que este método no funciona para evitar las ITS y VIH pues se registró una disminución en el porcentaje inicial.

Con respecto a las fuentes de donde obtienen la información sobre las ITS y VIH se encontró en un inicio que las mayores fuentes de obtención provenían del profesor con el 68%, de los libros con el 57% y el personal de las instituciones de salud con el 40.5%, mientras que el menor porcentaje (16%) correspondió a los hermanos. Al encontrando que al finalizar las fuentes de obtención cambiaron, hallando lo siguiente: como primera fuente de obtención destaca que la obtuvieron del personal de las instituciones de salud con el 92%, los libros con el 86% y del profesor con el 57%. Cabe mencionar que se mantuvieron las mismas fuentes de obtención, pero cambiaron de orden de porcentaje y se registró un aumento porcentual en el personal de salud y los libros, siendo que en el caso de la obtención de información por parte del profesor hubo una disminución en el porcentaje (ver tabla N° 11).

Tabla N° 10. Fuentes de obtención de información de ITS y VIH/SIDA.

Fuentes de obtención de información	EX ANTE %	EX POST %
Padre	22	40
Madre	35	57
Hermanos	16	8
Amigos	30	24
Profesor	68	59
Medico	38	43
Personal de Instituciones de Salud	40.5	92
Radio, Tv, Prensa	38	43
Libros	57	86
Medios didácticos	32	46
Internet	35	46

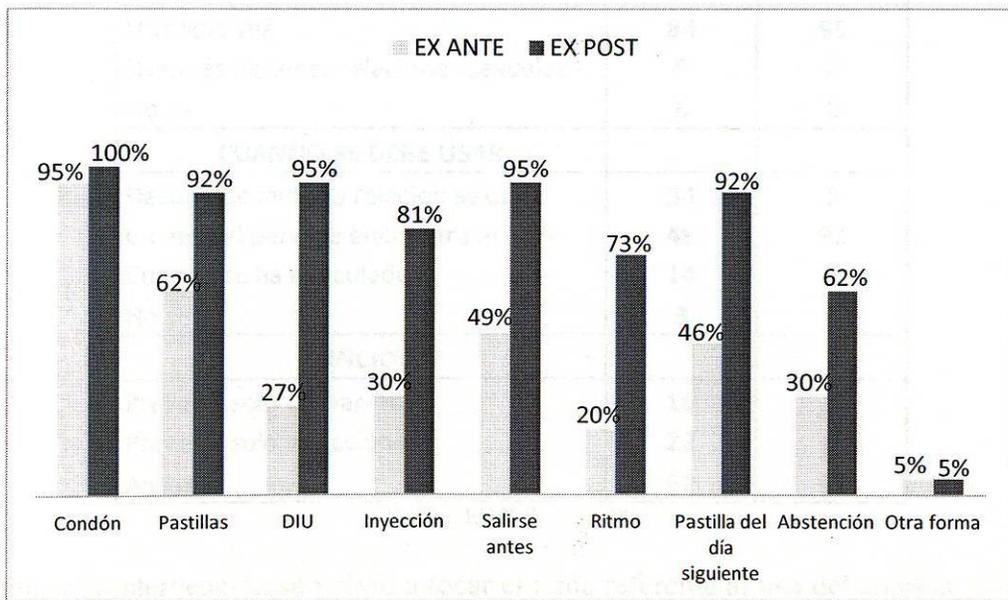
Fuente: EDPPE. n=38.

2.7. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos

Respecto a la información de los métodos anticonceptivos que los involucrados tenían al inicio se encontró que el 97% de los participantes mencionó conocerlos; pero al momento de preguntar cuáles son sus diferentes usos, el 70% estableció que se utilizan para evitar embarazos e ITS/VIH, mientras que el 56% reportó que sólo sirven para evitar embarazos. En la evaluación final se encontró que el 100% de los participantes mencionó conocerlos. Además en esta sección se les volvió a preguntó la utilidad que se les puede dar a los métodos anticonceptivos, encontrando que el 95% contestó que sirven tanto para evitar embarazos como las ITS.

Sobre los métodos anticonceptivos de mayor conocimiento que los participantes destacaron al inicio fueron los siguientes: el que mayor porcentaje obtuvo es el condón o preservativo con el 95%, le siguen las pastillas anticonceptivas que fueron mencionadas por el 62% de los participantes, en tercer lugar aparece el coito interrumpido que fue mencionado por el 48%, además entre los métodos menos conocidos por la población adolescente destacó el método del ritmo con el 19%. Es importante destacar que el 30% de la población mencionó a la abstinencia como método anticonceptivo (ver gráfica 15).

Gráfica no. 15. Métodos anticonceptivos conocidos por los adolescentes



Fuente: EDPPE. n=38.

Al concluir la intervención, se encontró que los métodos anticonceptivos que mayor conocimiento obtuvieron fueron los siguientes: el condón o preservativo con el 100%, el DIU y el coito interrumpido con el 95%, en tercer lugar aparecen las pastillas anticonceptivas y la PAE que fueron mencionadas por el 92% de los participantes, en cuarto lugar aparece el coito interrumpido que fue mencionada por el 48%, además otro de los métodos que en el inicio tenía menor conocimiento entre la población adolescente fue el método del ritmo que tuvo al final un incremento del 53% sobre el porcentaje inicial.

También es importante considerar que el 62% de la población sigue mencionando a la abstinencia como método anticonceptivo.

Otro de los aspectos abordados al inicio de la implementación tiene que ver con el uso del condón, se investigó si la información que los adolescentes tenían respecto a este punto era la correcta, pues como ya se mencionó anteriormente al principio el 95% manifestó conocerlo, pero al momento de cuestionar sobre el uso correcto solamente el 87% mencionó saber cómo se utilizaba, además al momento de preguntarles en qué momento se colocaba el 49% mencionó que cuando el pene estaba erecto, mientras que el 34% dijo que se colocaba desde el inicio de la relación sexual, además un porcentaje del 62% estableció desde un inicio que este método se podía utilizar tanto para prevenir embarazos como ITS. Con esto se encontró que aún cuando manifestaron tener conocimiento de su uso existían muchas dudas respecto a este punto (ver tabla N° 12).

Tabla no. 11. Conocimiento sobre el uso del condón

CONOCIMIENTO DEL USO DEL CONDÓN	EX ANTE %	EX POST %
USO		
En más de 1 relación sexual	5	5
Una sola vez	84	95
Después de tener relaciones sexuales	5	0
No se	6	0
CUANDO SE DEBE USAR		
Desde que inicia la relación sexual	34	5
Cuando el pene se encuentra erecto	49	92
Cuando se ha eyaculado	14	3
No se	3	0
FUNCION		
Prevenir solo embarazos	16	3
Prevenir solo infecciones	22	0
Ambas	62	97

Fuente: EDPPE. n=38.

Al finalizar la intervención se volvió a tocar el tema referente al uso del condón, volviendo a preguntar sobre la cantidad de veces que se utiliza, momento de la colocación y función, encontrando lo siguiente: el 95% mencionó que cada condón se utiliza por única ocasión, el 92% de los participantes indicó que se coloca cuando el pene esta erecto, contra el 8% que sigue mencionando de forma incorrecta el momento de colocación y el 97% de la población menciona que tiene como función prevenir embarazos, ITS y VIH/SIDA.

En el tema de los métodos anticonceptivos se les cuestionó su opinión respecto a que si pensaban utilizar algún método anticonceptivo al tener relaciones sexuales, encontrando que el 78% si lo pensaba utilizar, mientras que el 11% no lo piensa utilizar y el otro 11% no sabe. A aquellos que se manifestaron de forma negativa en cuanto al uso de algún tipo de

método se les preguntó el motivo por el cual no pensaban utilizarlo, encontrando lo siguiente: el 44% mencionó que no estaba en sus planes tener relaciones sexuales, seguido del 33% que manifestó no estar de acuerdo con el uso de algún método anticonceptivo.

Al término del proyecto se estableció que en lo que concierne a la opinión que tienen los participantes en relación al uso de los métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales se encontró que se mantuvo el mismo porcentaje (78%) de personas que si lo piensa utilizar, el 11% de los participantes que no lo piensa utilizar y el otro 11% de la población restante sigue sin saberlo. Donde sí se obtuvieron cambios es en las razones que ofrecieron aquellos que se manifestaron de forma negativa, encontrando que el 50% mencionó que no está en sus planes tener relaciones sexuales, el 13% de la población manifestó que su religión se lo prohíbe, con el mismo porcentaje del 13% se registró que tienen temor a efectos colaterales, que desean embarazarse, y que su pareja se los prohíbe. En cuanto al porcentaje del 33% de aquellas personas que en un inicio mencionaron no estar de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivo se redujo a 0% el porcentaje.

2.8. Perspectiva de vida

Esta sección se agregó con la finalidad de intentar conocer algunas percepciones y actitudes en relación a los temas de reproducción y planeación de la familia, por lo que al finalizar la intervención se buscó saber si hubo cambio en las percepciones y actitudes sobre los temas anteriormente mencionado ya que a lo largo del contenido de la intervención se implementaron actividades que tuvieran relación con la planeación de un proyecto de vida para los adolescentes, por lo cual se les plantearon preguntas a los adolescentes sobre sus expectativas de vida.

2.9. Aspectos importantes para los adolescentes en esta etapa de su vida

Con respecto a este apartado al inicio de la intervención se pudo establecer que lo que los participantes opinaban respecto al grado de importancia que tenía para ellos la familia, el dinero, el amor, la religión, la amistad, la política y los estudios, encontrando lo siguiente: el 68% de los jóvenes consideraron que la familia y el amor son muy importante para ellos, seguido de la amistad con el 52% y los estudios con el 51%. En cuanto a la expectativa en relación a la política se encontró que los adolescentes la ubicaron en el menor grado de importancia (ver tabla N° 13).

Tabla no. 12. Aspectos que los adolescentes consideran importantes en este momento de su vida

EXPECTATIVAS DE VIDA	GRADO DE IMPORTANCIA	EX ANTE %	EX POST %
FAMILIA	Muy importante	68	95
	Importante	32	5
	Poco importante	0	0
	Nada importante	0	0
DINERO	Muy importante	19	16
	Importante	59	68
	Poco importante	19	16
	Nada importante	3	0
AMOR	Muy importante	68	73
	Importante	24	19
	Poco importante	8	8
	Nada importante	0	0
RELIGIÓN	Muy importante	13	24
	Importante	27	41
	Poco importante	49	22
	Nada importante	11	13
AMISTAD	Muy importante	52	54
	Importante	32	46
	Poco importante	11	0
	Nada importante	5	0
POLÍTICA	Muy importante	11	0
	Importante	19	19
	Poco importante	32	41
	Nada importante	38	41
ESTUDIOS	Muy importante	51	62
	Importante	46	38
	Poco importante	3	0
	Nada importante	0	0

Fuente: EDPPE. n=38.

En lo que respecta a este aspecto, al final de la intervención se encontraron los siguientes resultados: hubo un incremento en los porcentajes iniciales, pues el 95% de los jóvenes consideraron a la familia muy importante para ellos en este momento de la vida, seguido del 73% de los participantes que mencionó que el amor es muy importante para ellos, en tercer lugar aparecen los estudios con el 62% y la amistad con el 54%. Se observó que los aspectos como la familia y el amor se encontraron en el mismo orden de importancia, en comparación con los estudios que al final estuvieron por encima de los amigos. Entre los aspectos que ellos consideraron como importantes se encuentran el dinero con el 68%. Por

último se encontró que la política sigue siendo el aspecto menos importante que mayor porcentaje registró con el 40.5% (ver tabla no. 13).

2.10. Principales razones por las que consideran importante estudiar

En esta misma sección se les preguntó en un inicio cual era la principal razón por la que ellos consideraban que estudiaban, entre los mayores porcentajes que los participantes señalaron se encontraron en primer lugar aprender más con el 32%, seguido de ser alguien en la vida con el 27%, mientras que la razón con menor mención fue la de conseguir un buen trabajo con apenas el 3% (ver tabla N° 14).

Tabla no. 13. Razón principal por la que estudian

RAZÓN	EX ANTE	EX POST
Aprender más	32	30
Tener una carrera	11	19
Ayudar económicamente	5	11
Padres orgullosos	8	3
Conseguir buen trabajo	3	11
Ser alguien en la vida	27	22
Mantener a mi familia	11	2
Otra	3	2

Fuente: EDPPE. n=38.

Al finalizar se encontró que siguieron siendo las mismas razones que ellos creen como importantes para estudiar, solo que se registró una disminución en cada una de ellas, como lo se observa que expusieron como motivo aprender más con el 30%, seguido del motivo de ser alguien en la vida con el 22%; mientras que al inicio el 11% de los participantes expuso como principal razón la de tener una carrera al final tuvo un incremento del 8% sobre el porcentaje inicial (ver tabla no.14).

2.11. Aspectos importantes para tener éxito en el matrimonio

Entre otros de los temas importantes a considerar en este apartado se encuentran los aspectos que ellos consideraron que era importante tomar en cuenta para que un matrimonio tuviera éxito. En un inicio se encontró en primer lugar que el 60% de la población mencionó que la confianza era indispensable, mientras que en segundo lugar se encontró el amor con el 38%. Entre los aspectos menos mencionados por los encuestados se encontró que la planificación y las relaciones sexuales satisfactorias son aspectos que los participantes no consideran importantes para que un matrimonio tenga éxito (ver tabla N° 15).

Tabla no. 14. Aspectos importantes para que un matrimonio tenga éxito

ASPECTOS	EX ANTE %	EX POST %
Amor	38	68
Confianza	60	68
Comunicación	24	30
Violencia	8	3
Planificación familiar	5	0
Decidir cuándo tener relaciones sexuales	11	5
Tener relaciones sexuales satisfactorias	5	0
Conocer bien a la pareja	24	22
Tener recursos económicos	22	3
Educación	14	0

Fuente: EDPPE. n=38.

En este punto se encontró que al término de la intervención los adolescentes consideraron como dos aspectos importantes a tomar en cuenta para que un matrimonio tenga éxito, como son la confianza con el 68% de la población, al igual que el aspecto del amor que obtuvo el mismo porcentaje. Entre los aspectos que no se mencionaron en ninguna ocasión por los encuestados fueron la educación y las relaciones sexuales satisfactorias, aspectos que ellos no consideran importantes para que un matrimonio tenga éxito (ver tabla no. 15).

2.12. Opinión sobre el abandono de estudios en caso de unión y/o tener hijos

Se les cuestionó a los participantes respecto a la opinión que tienen acerca de abandonar la escuela en caso de que una pareja decida unirse, en el inicio el 40% de los encuestados mencionó que ni el hombre ni la mujer deben de abandonar los estudios, seguido del 35% que expresó que ambos tenían que abandonar los estudios.

También se les cuestionó acerca de que si se tenían que abandonar los estudios en caso de que la pareja tuviera un hijo encontrando lo siguiente: se obtuvo un porcentaje similar del 35% entre los que mencionaron en que ambos deben de abandonar los estudios, como los que no deben abandonar los estudios, en segundo lugar con el 26% aparece la opinión de los que consideran que la mujer debe abandonar los estudios.

En cuanto a la opinión final que los participantes tuvieron acerca de que una pareja tuviese que abandonar la escuela en caso de unirse, el 78% mencionó que ni el hombre ni la mujer deben de abandonar los estudios, seguido del 11% que expresó que ambos tenían que abandonar los estudios, encontrando que al final de la intervención cambio la forma de pensar que tienen al respecto de que ambos tengan que abandonar los estudios pues hubo una disminución del porcentaje en esta opinión. Sobre el cuestionamiento que se les hizo acerca de quién de los dos debería de abandonar la escuela en caso de que la pareja tuviera

un hijo se obtuvo un aumento en el porcentaje (76%) de los participantes que mencionaron en que ninguno de los deben de abandonar los estudios, en segundo lugar con el 11% aparece la opinión de los que consideran que los dos deben abandonar los estudios, comparando esta cifra final con respecto al inicio se encontró que hubo una disminución acerca de esta opinión. En cuanto a la opinión que en el inicio tenían los participantes (26%) acerca de que la mujer debía abandonar los estudios se observó que al final este fue del 0%.

2.13. Opinión acerca de las oportunidades de estudio, laborales y de diversión según sexo

Acerca de las opiniones que los adolescentes manifestaron al inicio sobre quien tiene mayores oportunidades para terminar sus estudios se encontró que ellos consideran que es el hombre quien tiene mayor posibilidad (51%), en segundo lugar aparece la opinión de que ambos tienen oportunidades (35%). En el caso de la opinión que poseen acerca de quién tiene mayor oportunidad para comenzar a trabajar se observó que nuevamente es el hombre quien tiene mayor posibilidad con el 57%, seguido del 43% que corresponde a la respuesta ambos. En lo que respecta a la opinión de mayores oportunidades para conseguir mayores ingresos se encontró de nueva cuenta que la respuesta con mayor repetición fue la del hombre con el 65%. Por último se les preguntó acerca de quién tiene mayor oportunidad para divertirse hallando que el 76% de la población respondió que ambos tienen esta oportunidad (ver tabla no. 16).

Tabla no. 15. Opinión acerca de las oportunidades que tienen los adolescentes en diferentes aspectos de la vida.

¿Quién tiene mayores oportunidades para...	SEXO	EX ANTE %	EX POST %
Terminar estudios?	Hombre	51	16
	Mujer	14	3
	Ambos	35	81
Empezar a trabajar?	Hombre	57	32
	Mujer	0	8
	Ambos	43	60
Conseguir mayores ingresos?	Hombre	65	40
	Mujer	3	0
	Ambos	32	60
Divertirse?	Hombre	16	5
	Mujer	8	3
	Ambos	76	92

Fuente: EDPPE. n=38.

Al finalizar se encontró que hubo cambios en lo que concierne a las opiniones que tienen acerca quienes tienen mayores oportunidades respecto a estudiar, el trabajo, obtener mayores ingresos y para divertirse. En el apartado de mayores oportunidades (ver tabla no.

16) se encontró que ahora los participantes manifestaron que ambos sexos tienen las mismas oportunidades para estudiar (81%), contrario a lo que en un inicio expresaron donde el porcentaje mayoritario correspondía a la respuesta “hombre”. En lo que respecta al apartado obtener mayores oportunidades para obtener trabajo se obtuvo mayor porcentaje en la respuesta “ambos” con el 60%, donde de nueva cuenta hubo cambios respecto al porcentaje inicial donde el mayor número de respuestas corresponde al hombre, siendo que al final expresaron que las oportunidades eran iguales tanto para hombres como para mujeres con un 60%. Sobre la opinión que tienen los participantes sobre las oportunidades para conseguir mayores ingresos al finalizar hubo aumento en la percepción acerca de que ambos sexos tienen la oportunidad de obtenerlos, al contrario de lo que se observó en un inicio donde la respuesta con mayor puntaje correspondía a los hombres, ahora se encontró que el mayor porcentaje se dio en la respuesta “ambos” con un porcentaje del 60 por ciento. Por último respecto a la opinión que tienen respecto a quien tiene mayor oportunidad para divertirse se halló lo siguiente: el 92% contestó que ambos tienen iguales oportunidades, con esta opinión expresada se puede aseverar que también hubo incremento en las opiniones con respecto a las mencionadas en un inicio.

2.14. Plan de vida

Otra de las opiniones con respecto al plan de vida que se les preguntó en un inicio fue que si ellos consideraban posible planear la vida por adelantado, el más alto porcentaje correspondió al 54% que mencionó que en parte si era importante, en segundo lugar se halló que el 22% contestó que “si”, contra el mismo porcentaje (22%), que respondió que “no” considera importante planear la vida por adelantado. En cuanto a la opinión que tienen acerca de que si “vale la pena planear la vida”, se obtuvo originalmente que la mayor respuesta obtenida corresponde a la opción “si, en parte” con el 35%, seguido de la opción “si” con el 30% de la población que contestó de esta forma (ver tabla N° 17).

Tabla no. 16. Opinión acerca del plan de vida

¿Es posible planear la vida por adelantado?	EX ANTE %	EX POST %
Si	22	27
Si en parte	54	70
No	22	0
No se	3	3
¿Vale la pena planear la vida por adelantado?		
Si	30	43
Si en parte	35	49
No	27	5
No se	8	3

Fuente: EDPPE. n=38.

Al respecto de las expectativas de vida encontradas al final de la intervención, también se les preguntó que si ellos consideraban posible planear la vida por adelantado, encontrando que el 70% mencionó que en parte si era importante, observando con esto que si hubo un incremento en la respuesta, seguido del 27% que considero que si es posible. Es importante mencionar que en un principio que encontró que el 22% no considero importante planear la vida por adelantado, hallando que al final esta respuesta se modificó, pues hubo ausencia de porcentaje para esta respuesta negativa (ver tabla no. 18). También se les cuestionó si para ellos valía la pena planear la vida, encontrando que hubo un incremento pues se registró que el 49% considera en parte que si vale la pena, seguido del 43% que considera también que si vale la pena. Con respecto a aquellos (27%), que consideraron en un inicio que no valía la pena planear la vida hubo una disminución en el número de personas que al final lo expresaron de esta forma (5%).

Tabla no. 17. Aspectos que los adolescentes consideran importantes para planear la vida por adelantado.

ASPECTOS	EX ANTE	EX POST
Estudios	97	95
Trabajo	70	95
Casarse	68	92
Tener hijos	68	84
Cuantos hijos tener	54	81
Educación de los hijos	32	68

Fuente: EDPPE. n=38.

En cuanto a la opinión que los participantes tienen acerca de los aspectos que consideran de mayor importancia en el futuro, se encontró al inicio de la intervención que era “muy importante” casarse y tener hijos (ambos aspectos con el 43% de las respuestas), en segundo lugar aparece seguir estudiando con el 35% de la población. Dentro de la categoría “importante” se encontró que el 59% de los participantes refirió que en un futuro era importante vivir fuera de la casa, en segundo lugar aparece el aspecto de seguir estudiando con el 51% de la población que manifestó como aspecto primordial, y en tercer lugar aparece el aspecto de casarte en este nivel. Entre los aspectos que los adolescentes consideraron con menor importancia en un futuro se encuentran realizar actividades artísticas con el 19% y atender el hogar con el 14% (ver tabla N° 19).

Tabla no. 18. Opinión acerca de los aspectos que los participantes consideran importantes en el futuro

¿Qué tan importante es en el futuro...		EX ANTE %	EX POST %
estar fuera de casa?	Muy importante	11	27
	Importante	59	49
	Poco importante	24	19
	Nada importante	5	5
seguir estudiando?	Muy importante	35	62
	Importante	51	32
	Poco importante	14	3
	Nada importante	0	3
atender el hogar?	Muy importante	16	52
	Importante	32	32
	Poco importante	38	11
	Nada importante	14	5
casarte?	Muy importante	43	47
	Importante	45	25
	Poco importante	6	25
	Nada importante	6	3
tener hijos?	Muy importante	43	43
	Importante	43	35
	Poco importante	14	22
	Nada importante	0	0
cuidar a los hijos?	Muy importante	27	57
	Importante	35	30
	Poco importante	35	8
	Nada importante	3	5
realizar actividades artísticas?	Muy importante	14	30
	Importante	25	32
	Poco importante	42	24
	Nada importante	19	14

Fuente: EDPPE. n=38.

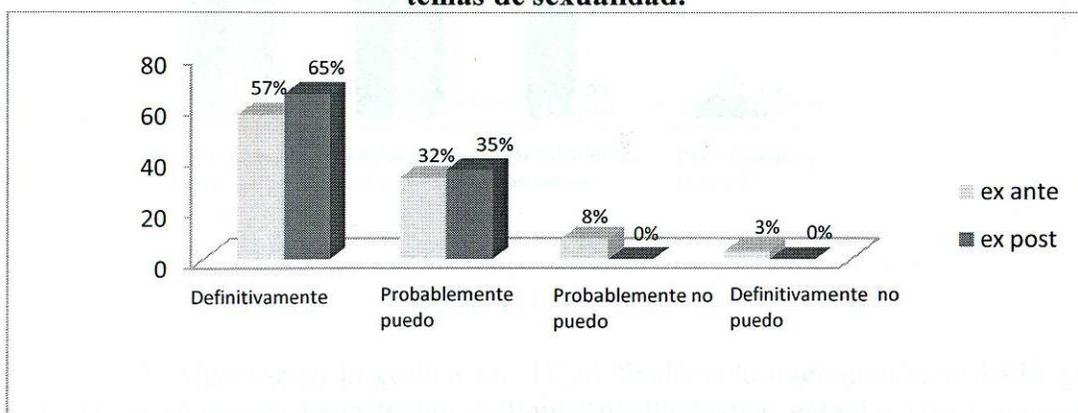
En este mismo apartado (ver tabla no. 19), sobre los aspectos que los adolescentes consideran importantes en un futuro, se encontró al finalizar la intervención lo siguiente: en la categoría de “muy importante” destacan el aspecto de seguir con los estudios con el 62% de los participantes, seguido del aspecto del cuidado de los hijos con el 57%. En la categoría “importante” se encontró que el aspecto con mayor porcentaje es estar fuera de casa con el 49%, en segundo lugar aparece tener hijos con el 35% de los participantes. En el último grado de importancia aparece realizar actividades artísticas con el 14% de los encuestados.

2.15. Comunicación y desarrollo de Habilidades para la asertividad sexual

Para obtener un análisis de las conductas específicas de los participantes con respecto a la comunicación que mantienen con respecto a los temas de la sexualidad con sus amigos y pareja se realizó la siguiente sección basándose en una sección de la escala tipo Lickert sobre Habilidades Sociales y comunicación para la asertividad sexual.

Al inicio de la intervención se quiso saber acerca de la capacidad que los participantes tenían para entablar una conversación sobre temas de sexualidad con sus amistades. En los resultados previos a la ejecución se encontró que el 57% de la población participante respondió que definitivamente podía mantener una conversación acerca de este tema, en segundo lugar el 32% de los participantes manifestó que probablemente podía hacerlo. En cuanto a aquellos que expresaron algún grado de dificultad para realizar este tipo de conversaciones con sus amistades se encontró un porcentaje del 11% (ver gráfica no. 16).

Gráfica no. 16. Capacidad de los participantes para platicar con sus amigos sobre temas de sexualidad.



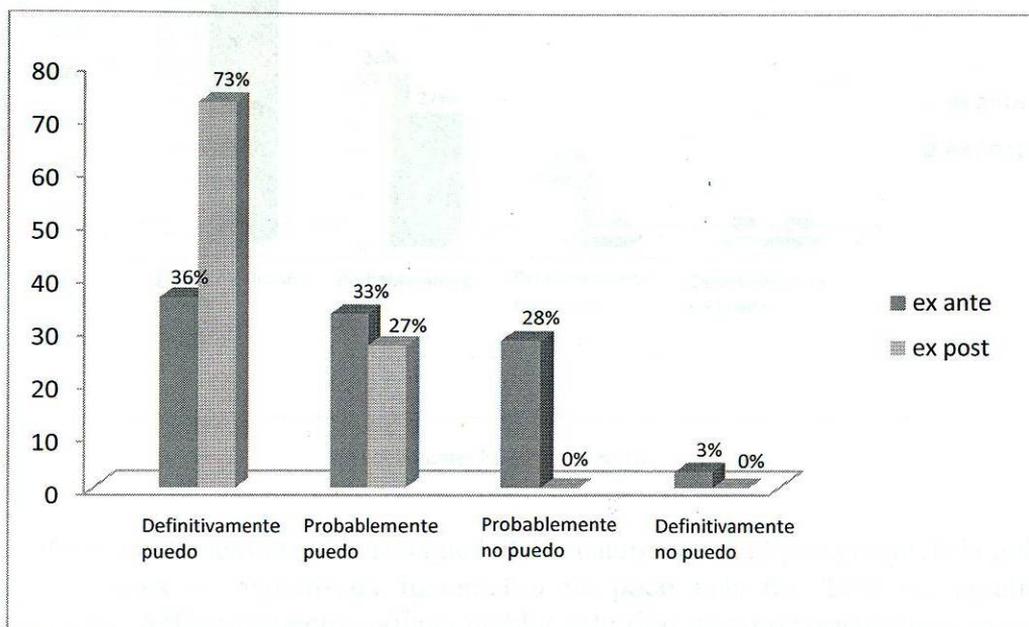
Fuente: EDPPE. n=38.

Al término de la ejecución del proyecto se registró un incremento en el porcentaje inicial de los adolescentes que manifestaron que definitivamente podían mantener una plática sobre el tema de la sexualidad con sus amigos (65%), en segundo lugar con el 35% de los participantes, aparecen aquellos que manifestaron que probablemente podrían hacerlo, dando un total del 100% de los adolescentes que de alguna forma pueden mantener este tipo de conversación a raíz de la intervención efectuada. Cabe destacar que en un inicio había un 11% de la población que manifestó dificultad para entablar este tipo de conversación, reduciéndose a 0% el porcentaje que tiene este tipo de conflicto (ver gráfica no. 16).

En lo que respecta el aspecto de la comunicación, se les cuestionó en un inicio a los participantes sobre el grado de dificultad que tenían para iniciar una conversación con su novio (a) sobre el uso del condón en una relación sexual (ver gráfica no. 17), se encontró que el porcentaje más alto correspondió a aquellos que manifestaron que definitivamente

podían hacerlo con el 36%, seguido del 33% que expresó que probablemente pudieran hablarlo, se encontró además que el 31% dijo tener algún grado de dificultad negativa al hablar sobre este tema con su novio (a).

Gráfica no. 17. Iniciar conversación sobre uso de condón con su novio (a).

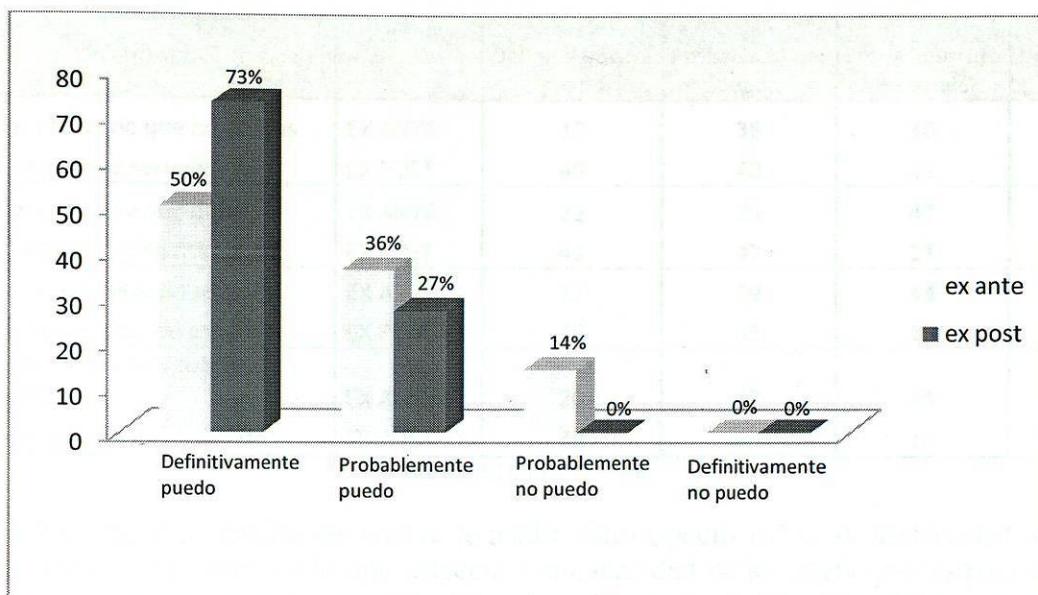


Fuente: EDPPE. n=38.

Como se puede observar en la gráfica no. 17, al finalizar la intervención se halló que el 73% de los participantes expresó que definitivamente podían entablar una conversación sobre el uso del condón con su novio (a), en segundo lugar el 72% de los encuestados manifestó que probablemente podían hacerlo. Cabe mencionar que en un inicio poco más del treinta por ciento manifestó tener dificultades para hacerlo, observándose que al final el porcentaje se redujo a 0%.

Con respecto a la facilidad para abordar los temas de prevención del embarazo, VIH e ITS con sus amistades (ver gráfica no. 18), inicialmente el 50% de los participantes expresaron que definitivamente podían hacerlo, seguido del 36% que manifestó que probablemente pudiera hacerlo, contra el 14% que mencionó que tendría dificultad para hablar de estos temas con sus amigos.

Gráfica no. 18. Hablar sobre prevención de embarazo, VIH e ITS con amigos.



Fuente: EDPPE. n=38.

Al final de la intervención se observó que hubo un aumento en el porcentaje de la población participante, pues se registró un incremento de poco más del 20% en aquellos que expresaron que definitivamente podían entablar este tipo de conversación con sus amigos, en segundo lugar aparecen con un porcentaje del 27% los participantes que expresaron que probablemente podrían mantener una plática sobre este tema. Nuevamente se encontró que al término del proyecto hubo una reducción hasta el 0% en aquellos que inicialmente expresaron tener dificultades para realizar una conversación sobre este aspecto (Ver gráfica no. 18).

Pasando al tema que concierne a la comunicación que los adolescentes mantienen con su novio y el manejo de la asertividad sexual (revisar tabla no. 20) se encontró al inicio que un bajo porcentaje de la población expresó que definitivamente pueden manejar una situación en la que no desean tener relaciones sexuales. Sobre la capacidad que creen tener para decirle al novio que no desean tener relaciones sexuales se encontró que el 36% de los entrevistados comentaron que probablemente no pueden hacerlo, así como también se encontró el mismo porcentaje en aquellos que probablemente sí pueden hacerlo. Con respecto a la dificultad que tienen para tomar la decisión de rechazar una relación sexual si el nivel de excitación es alto se encontró con mayor porcentaje a aquellos que manifestaron que probablemente no pueden.

Cuando se les cuestionó sobre la capacidad que tenían para preguntar a sus novios sobre las relaciones sexuales tenidas en el pasado se encontró que los porcentajes más altos corresponden a las respuestas de probablemente no puedo y definitivamente no puedo con los porcentajes del 34% y 29% respectivamente (ver tabla no. 20).

Tabla no. 19. Habilidades para la asertividad sexual.

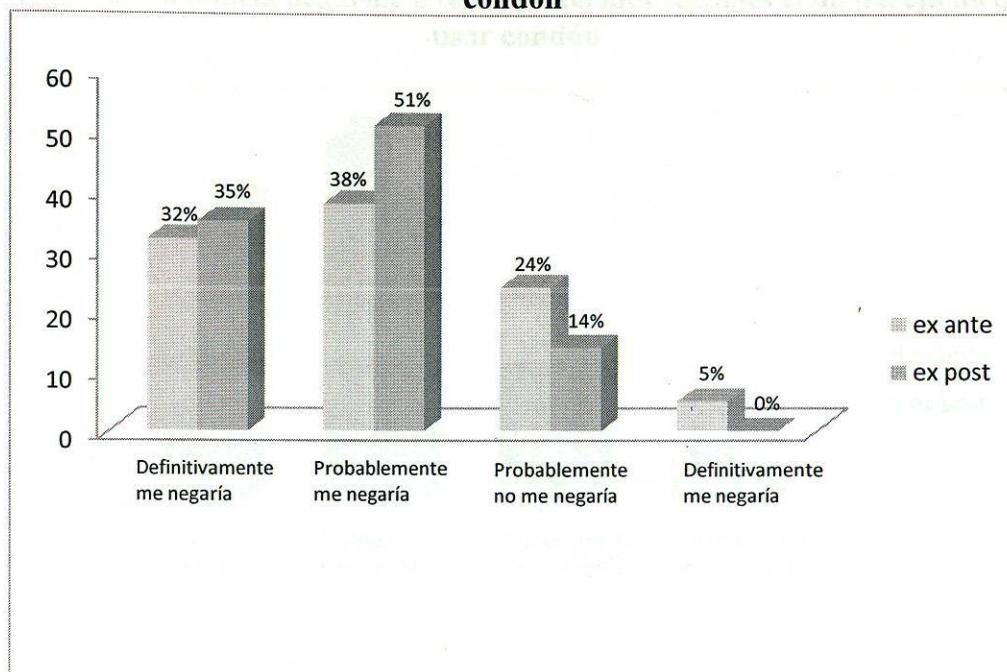
Pregunta		Definitivamente	Probablemente	Probablemente	Definitivamente
		puedo	puedo	no puedo	no puedo
Decirle a tu novio que no deseas tener relaciones sexuales	EX ANTE	17	36	36	11
	EX POST	49	40	11	0
Decirle a tu novio que deje de tocarte sexualmente	EX ANTE	22	25	47	6
	EX POST	42	47	11	0
Rechazar una relación sexual si tu nivel de excitación es alto	EX ANTE	17	19	44	19
	EX POST	35	46	19	0
Preguntar a tu novio sobre relaciones sexuales tenidas en el pasado	EX ANTE	20	17	34	29
	EX POST	49	35	16	0

Fuente: EDPPE. n=38.

Al finalizar la intervención se vuelve a medir este aspecto sobre la asertividad sexual, encontrando lo siguiente; en lo que respecta a la capacidad de los participantes para decirle al novio que no desean tener relaciones sexuales se registró un aumento (49% con respecto al 17% inicial) en el porcentaje de aquellos que expresaron que definitivamente podían hacerlo. En cuanto a la capacidad que tuvieron para rechazar una relación sexual si el nivel de excitación era alto se observó al final que hubo un incremento en aquellos que definitivamente podían hacerlo (35%), el segundo lugar corresponde a aquellos que mencionaron que probablemente pudieran hacerlo con el 46%, disminuyendo con esto el porcentaje inicial que respondió que probablemente no lo podían hacer (ver tabla no. 21). Otro dato interesante fue que en el inicio se observó que hubo un porcentaje de participantes que expresaron que definitivamente no podrían rechazar una relación sexual, encontrando al final que este porcentaje disminuyó a 0%.

Continuando con la exposición de los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas durante el proyecto, en lo concerniente a la habilidad social que los adolescentes manifestaron con respecto a la facilidad para responder con asertividad al estar en una situación de riesgo cuando tienen una relación sexual. Como se puede observar en la gráfica no. 18 se encontró lo siguiente: con respecto a la respuesta que darían los adolescentes al negarse a tener relaciones sexuales si no pudieran usar condón se muestra que al inicio del proyecto el porcentaje mayoritario corresponde al 38% de los participantes contestaron que probablemente se negarían, seguido del 32% que expresó que definitivamente se negarían, en tercer lugar aparecen aquellos participantes que manifestaron que probablemente no se negarían (24%), por último se encuentran los adolescentes que definitivamente no se negarían a tener relaciones sexuales sin el uso de condón (5%).

Gráfica no. 19. No podría negarme a tener relaciones sexuales si no puedo utilizar el condón

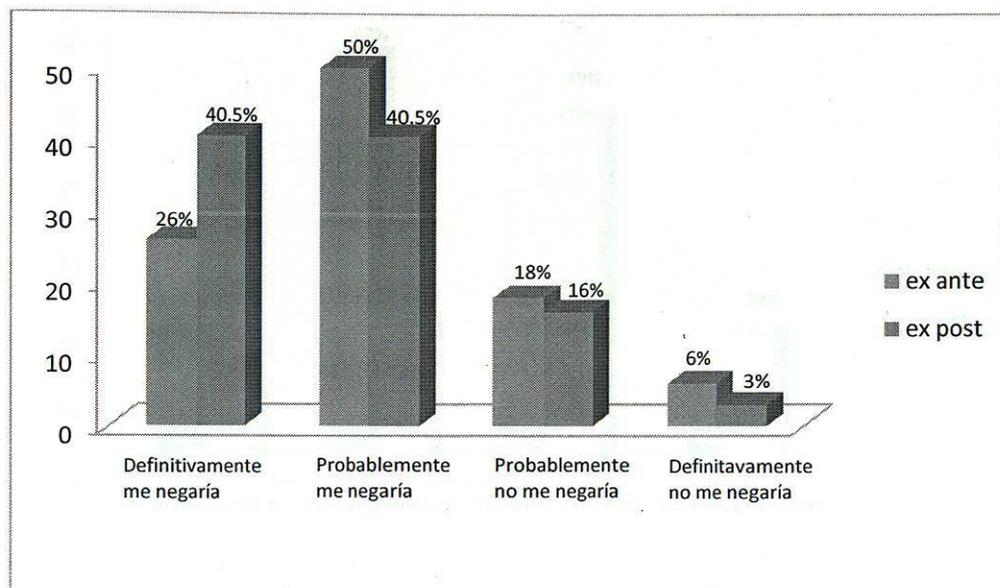


Fuente: EDPPE. n=38.

En los resultados de la evaluación final encontrados respecto a la negativa que los adolescentes pudieran tener respecto a la relación sexual sin el uso de condón destacan las siguientes respuestas: el 51% de los encuestados refiere que probablemente se negarían a tenerlas, en segundo lugar aparece el 35% de aquellos que expresaron que definitivamente se negarían. El porcentaje inicial de los participantes que mencionaron que definitivamente no se negarían a tener la relación sexual sin protección se redujo a 0% (Ver gráfica no. 18).

Como puede observarse en la siguiente gráfica (no. 19), en el caso de la decisión de negarse a tener relaciones sexuales si la pareja no está de acuerdo en el uso del condón se obtuvieron las siguientes opiniones: en un principio el 50 por ciento manifestó que definitivamente se negaría, en segundo lugar se encontraron aquellos que expresaron que probablemente lo harían (26%), y en último lugar con el 6% estuvieron los participantes que mencionaron que definitivamente no se negarían.

Gráfica no. 20. No podría negarme a tener relaciones sexuales si mi pareja no quisiera usar condón



Fuente: EDPPE. n=38.

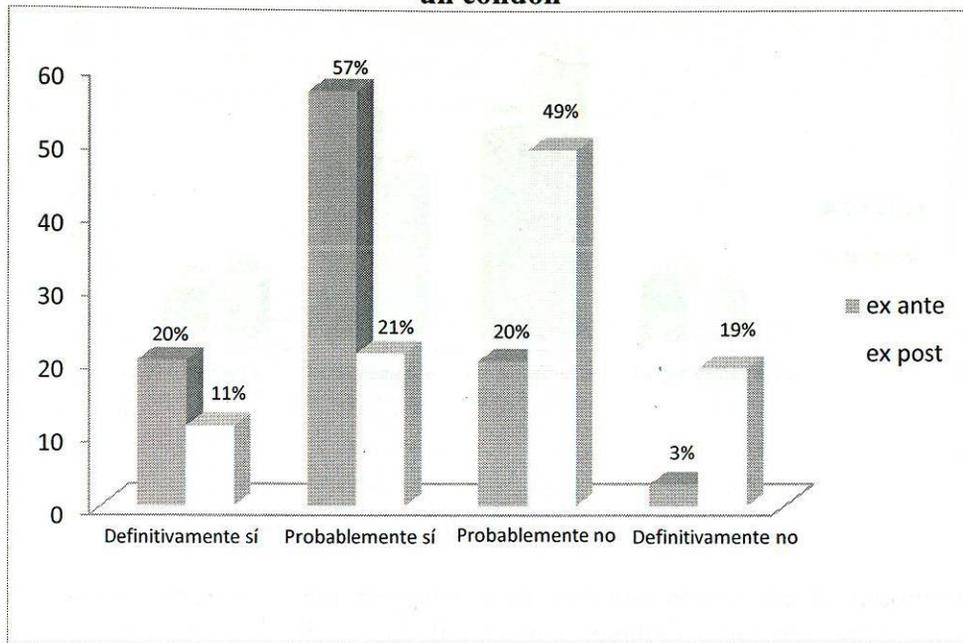
Con relación a la respuesta anterior lo que se obtuvo al finalizar la intervención fue lo siguiente: se obtuvo un incremento en el porcentaje de los participantes que manifestaron que probablemente se negarían 40.5%, en igual proporción se encontraron aquellos que dijeron que definitivamente se negarían, y por último estuvieron los adolescentes que mencionaron que definitivamente no se negarían a tener relaciones sexuales con condón con el 3% (Ver gráfica no. 19).

2.16. Opinión sobre el uso del condón en las relaciones sexuales

Otro de los aspectos que se consideró al evaluar fue sobre el aspecto de la inteligencia emocional, donde se buscó medir la capacidad que el adolescente piensa que posee para enfrentarse a situaciones de riesgo al tener una relación sexual.

En lo que respecta al uso del condón al tener relaciones sexuales los participantes expresaron lo siguiente: el 57% afirmó que probablemente sí les era molesto utilizar el condón en una relación sexual, en segundo lugar aparecen aquellos participantes que manifestaron que “definitivamente sí” les podía molestar detenerse para la colocación del condón con el 20%, además del otro 20% de los encuestados mencionó que “probablemente no” les molestaría detenerse antes del coito (ver gráfica no. 20).

Gráfica no. 21. Puede molestarte tener que detenerme antes del coito para ponerme un condón

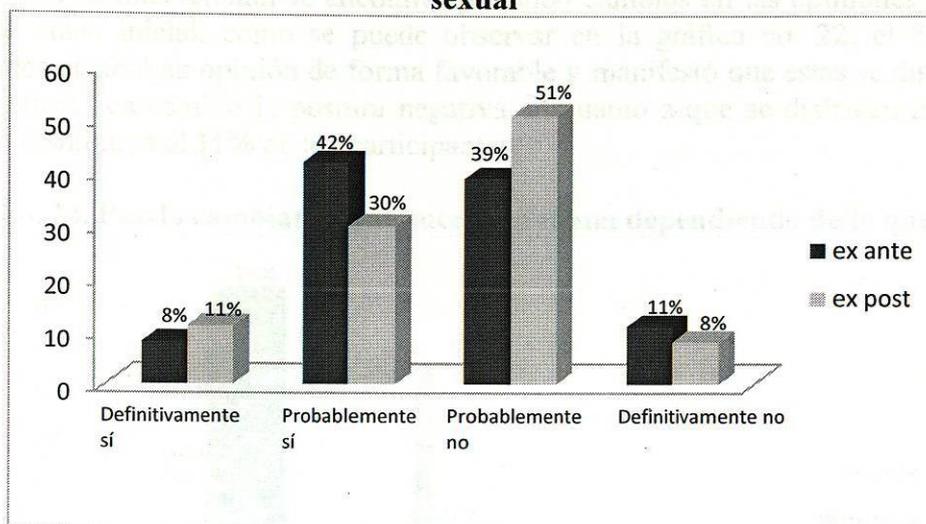


Fuente: EDPPE. n=38.

Al final de la intervención se encontró que los resultados obtenidos referentes sobre lo que los participantes opinaron sobre la molestia de detenerse antes del coito para colocarse el condón fueron satisfactorios pues se logró un aumento en la opinión favorable acerca del uso del condón, pues el 68% manifestaron que en algún grado no les molestaría detenerse para ponerse un condón, contra el 32% de los involucrados mencionó que si les molestaría en cierto grado detenerse para en el coito para la colocación del preservativo (ver gráfica no. 20).

A continuación como se muestra en la gráfica no. 21 cuanto a la opinión inicial, sobre el uso del condón durante el coito se observó que al menos la mitad de los involucrados expresaron que probablemente no se siente tan bien al tener una relación sexual con preservativo (50%), así mismo el otro 50% restante no expresó que este método le afectará en algún momento del coito.

Gráfica no. 22. Opinión acerca de la incomodidad del condón durante la relación sexual

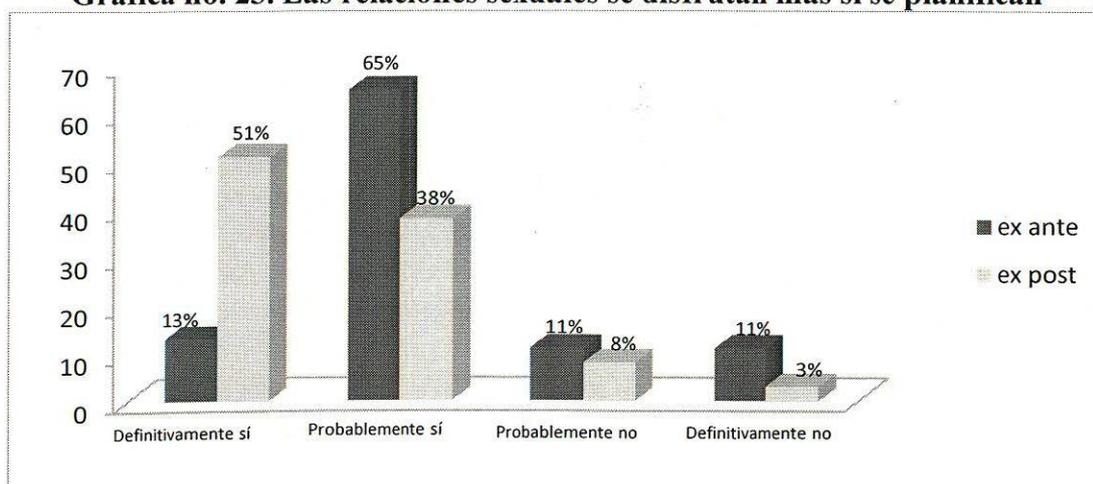


Fuente: EDPPE. n=38.

Sobre el cambio observado con respecto a la opinión acerca de la incomodidad del preservativo se encontró que hubo un ligero incremento en las respuestas ofrecidas al término de la intervención. El 59% de los participantes manifestó que podía sentir lo mismo con o sin condón, que no les ocasionaba algún desagrado al momento de utilizarlo, por el otro lado el 41% siguió manifestando que no era del todo agradable el uso del condón durante la relación sexual (ver gráfica no. 21).

Otra de las cuestiones realizadas a los participantes tiene que ver con la planificación de las relaciones sexuales. En un inicio se encontró que la mayoría contestó que en algún grado se disfrutaba más si probablemente se planeaban las relaciones sexuales (65%), en este sentido también el 22% de los participantes expresaron que en cierto grado “no se disfrutaban más si eran planeadas” (ver gráfica no. 22).

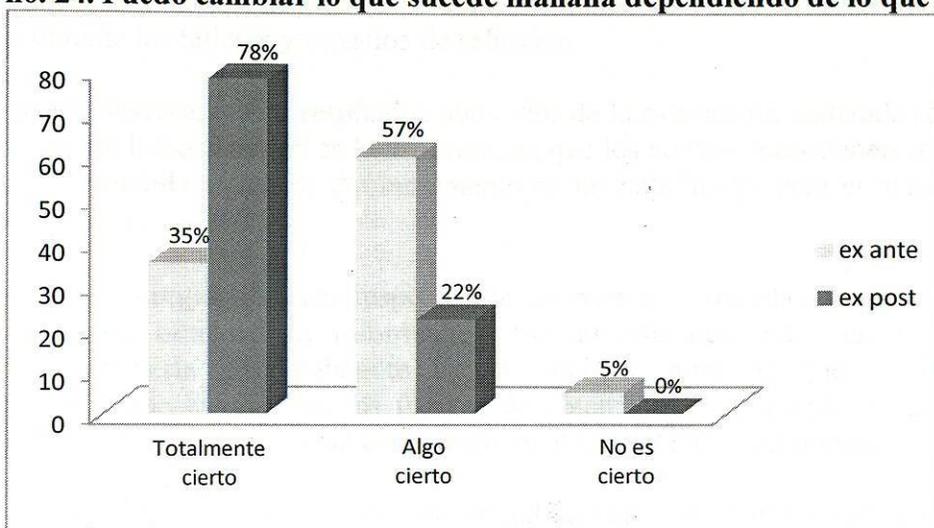
Gráfica no. 23. Las relaciones sexuales se disfrutaban más si se planean



Fuente: EDPPE. n=38.

Al término de la intervención se encontró que hubo cambios en las opiniones expresadas durante la etapa inicial, como se puede observar en la gráfica no. 22, el 89% de los participantes cambió su opinión de forma favorable y manifestó que estas se disfrutaban más si se planifican, en cambio la postura negativa en cuanto a que se disfrutaban menos si se planifican disminuyó al 11% de los participantes.

Gráfica no. 24. Puedo cambiar lo que sucede mañana dependiendo de lo que haga hoy



Fuente: EDPPE. n=38.

Otro de los aspectos considerados en la evaluación fue acerca de la opinión que los adolescentes tienen acerca del futuro dependiendo de la situación personal actual. En la gráfica 23 se observa que inicialmente el 57% de los participantes comentó que esta afirmación es algo cierto, mientras que el 35% cree que esta frase es totalmente cierta. Al finalizar el proyecto sobre este aspecto se determinó que un aumento en el número de participantes que mencionó que es totalmente cierto (78%), mientras que en un inicio la mayoría afirmó que esta aseveración era algo cierto, este porcentaje disminuyó hasta llegar a un 22%.

CONCLUSIONES

El proyecto de prevención al embarazo en adolescentes se encuentra insertado dentro del área de la salud, en específico porque se busca la promoción de una salud sexual y reproductiva adecuada para la población adolescente. Con esta propuesta se buscó ofrecer un espacio donde los adolescentes pudieran desarrollar herramientas que les ayudarán a su desarrollo integral y el cuidado de su persona mediante los conocimientos y habilidades adquiridas durante los talleres y espacios de reflexión.

Como se puede observar en los resultados obtenidos de la evaluación realizada se llega a la conclusión de que hubo cambios en la información que los adolescentes tienen con respecto al tema de la sexualidad, además del incremento en las habilidades para el manejo de una sexualidad asertiva.

Otra de los cambios registrados con respecto a la intervención ofrecida tiene que ver con las fuentes de donde obtienen la información los adolescentes, pues en un principio manifestaron obtenerla principalmente de los amigos, mientras que al finalizar la implementación hubo cambios en las fuentes de obtención, encontrándose que el mayor porcentaje lo obtuvieron de personal capacitado en el tema de la salud sexual.

En cuanto a la información sobre temas de sexualidad que los adolescentes refieren haber obtenido antes de que se les proporcionará la intervención se encuentran los temas de metodología anticonceptiva, infecciones de transmisión sexual, el ciclo menstrual y la biología de la reproducción, donde se encontró que la mayor cantidad de información que expresaron tener fue acerca de metodología anticonceptiva, comprobando con este indicador lo hallado en diferentes investigaciones (Palma, 2008; Welti, 2003; Shiavon, 2008). Con la intervención efectuada se encontró nuevamente que siguieron mencionando tener mayor conocimiento en el tema de métodos anticonceptivos aunque bien es cierto que se registró un incremento sobre el porcentaje inicial. Aún cuando los participantes manifestaron tener conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos al momento de abordarlo en el taller y brindar la asesoría sobre el funcionamiento, uso adecuado de ellos, y el acceso a estos, la mayor parte de los adolescentes desconocía sobre el uso correcto de los métodos y el derecho que tienen a solicitarlos a los servicios de salud para su uso personal, pero sobre todo al derecho que tienen negociar el uso de algunos de ellos (condón femenino y masculino) durante una relación sexual con su pareja.

En lo que concierne al funcionamiento y uso adecuado de los métodos anticonceptivos que los adolescentes expresaron conocer en un inicio, hubo un incremento considerable en los porcentajes finales de cada uno de los métodos con respecto a lo encontrado al inicio del proyecto. Este conocimiento adquirido puede ayudarles si se hace uso de las habilidades adquiridas durante la intervención por algunos de ellos en lo referente a la capacidad de comunicarse y negociación con su pareja en caso de que tomen la decisión de tener relaciones sexuales.

Otro de los resultados encontrados durante la intervención fue la habilidad que algunos de los participantes adquirieron para transmitir a sus pares el conocimiento sobre el uso correcto del condón, pues estos integrantes pudieron compartir durante las sesiones que les había resultado de utilidad conocer sobre la forma adecuada para usarlo y a su vez transmitirlo a sus compañeros de secundaria o preparatoria que llevan una vida sexual activa y que no se protegían por desconocer el uso correcto o bien por los mitos que giran en torno a la sensación de placer.

Respecto al abordaje con el tema de las ITS durante la intervención se encontró que si hubo un incremento en el conocimiento sobre las formas de contagio y que acciones se deben de llevar a cabo para prevenir estas infecciones. Durante las sesiones destinadas a este tema se fueron aclarando las dudas, temores y creencias erróneas respecto a este tipo de enfermedades, además de que sirvió para aclarar a los adolescentes sobre las consecuencias que conlleva tener algunas prácticas sexuales de riesgo que ellos no consideraban como tales, como lo son el sexo oral sin protección, la autoestimulación y el "faje".

Otro de los aspectos importantes para el logro de una intervención efectiva y que se tomó en cuenta para la realización de este proyecto tiene que ver con la perspectiva a futuro que los adolescentes tienen en su etapa de vida. En este proyecto de vida de los adolescentes intervienen una serie de factores como lo son lo económico, social y cultural, donde la sexualidad también juega un papel determinante.

Es de vital importancia que los adolescentes sean conscientes de que se encuentran en una etapa de la vida donde es imprescindible que las decisiones que vayan tomando sean reflexionadas, para que de esta forma puedan ir construyéndose el camino que ellos mismos deseen. El que los adolescentes pudieran ir conociendo y practicando con herramientas que les permitan la reflexión y el análisis de las decisiones que toman, fue parte de los aspectos a tomar en cuenta para el desarrollo del taller y espacios de discusión.

En el análisis de los resultados también se consideró importante evaluar la perspectiva de vida, revisando si hubo incidencias en algunas actitudes y percepciones en relación con la sexualidad, en específico en los temas de reproducción y planeación familiar. Respecto a esto se encontró en un inicio que los adolescentes consideraban que el amor y la familia en similitud de porcentajes, eran muy importantes en esta etapa de la vida, siendo que al finalizar la intervención se obtuvo un aumento considerable en estos dos aspectos, además de que aparece el estudio como otro factor de mayor importancia en esta etapa de la vida con respecto a otros aspectos como lo fueron el dinero, la política y la religión. En cuanto a que pudieran considerar la posibilidad de planear la vida por adelantado también se observó un aumento con relación al porcentaje inicial, lo que indica que tienen la posibilidad de aumentar sus posibilidades de un mejor desarrollo individual y social en los adolescentes involucrados.

Uno de los aspectos que también se abordó en referencia al aspecto del estudio tiene que ver con el abandono escolar en el caso de que una pareja de adolescentes decida unirse, encontrándose en un inicio que poco menos de la mitad de los participantes expresó que ninguno de los dos deberían hacerlo y en el caso de que se vieran en la necesidad de abandonar la escuela si tenían un hijo expresaron respuestas encontradas, pues un

porcentaje similar mencionó que tanto los dos deberían abandonar la escuela, así como aquellos que refirieron que ninguno de los debería hacerlo. Al final de la intervención se encontraron cambios significativos en los porcentajes respecto a quién de los dos debería abandonar los estudios, pues hubo un incremento considerable en aquellos que manifestaron que ninguno de los tenía que abandonar los estudios. En el caso de quien de los dos tenía que abandonar la escuela en caso de que tuvieran un hijo se obtuvieron porcentajes significativos con respecto a la opinión inicial, pues la mayor parte de los integrantes manifestó que ninguno de los dos tenía que hacerlo y en menor porcentaje aparece que en todo caso ambos deberían hacerlo. Algo importante que llamó la atención con estas dos preguntas en el momento de la evaluación final fue que la mayor parte de los participantes expresaron en voz alta que debería de ser equitativa la relación y que la mujer no tenía porque abandonar los estudios por ninguna de las dos razones anteriores.

Así mismo con la inclusión de la perspectiva de vida dentro del proyecto se buscó promover de forma consciente e informada sobre la toma de decisiones en la vida personal, familiar, el comportamiento sexual y reproductivo de los participantes logrando avances con respecto a algunos aspectos que tienen que ver con la proyección de metas personales en cuanto al estudio, diversión, vida de pareja a futuro y reproducción.

Otro de los aspectos considerados dentro de la implementación del proyecto tiene que ver con el desarrollo de habilidades para la vida, en específico aquellas actitudes o conductas que les ayudan a tomar decisiones que están relacionadas con el ejercicio de su sexualidad de forma informada, responsable y sana. Es necesario que los adolescentes puedan tomar decisiones con responsabilidad, libertad e informados y esto se logra con el desarrollo de habilidades para la asertividad sexual como lo son la autoestima, la comunicación, la asertividad, negociación, resolución de conflictos y toma de decisiones.

Para lograr una intervención efectiva en el desarrollo de habilidades para la vida se tomó en cuenta el desarrollo e implementación de técnicas y herramientas que permitieran el análisis en cada una de estas habilidades y potenciarlas en los adolescentes para que puedan desarrollar actitudes positivas que les permitan un mejor desarrollo integral. Es por esta razón que además de considerar desarrollarlas en las sesiones como parte de las estrategias para el cumplimiento de los objetivos, también se consideraron las actitudes que pudieran tomar los participantes respecto a la decisión de tener o aplazar las relaciones sexuales.

En lo que respecta al aspecto antes mencionados se encontró en un inicio que en lo que concierne a la habilidad que los participantes tenían para comunicarse con sus amigos sobre aspectos de la sexualidad poco más de la mitad mencionó que era muy fácil hacerlo, mientras que para poder comunicar esto mismo con su novio poco más de la mitad expresó que si lo podían hacer aunque con un poco más de dificultad. Con la intervención se encontró un incremento en las personas que pudieron expresarse sobre este tema con sus amigos y novio o pareja con mucha facilidad y es importante mencionar que había un porcentaje mínimo que en un inicio no podía expresarlo pero que al finalizar se redujo a cero.

En cuanto a la habilidad para aplazar o rechazar una relación sexual si el nivel de excitación sexual era alto se encontró en un inicio que un buen porcentaje de adolescentes se sentía

incapaz de poder hacerlo. Con la implementación de ejercicios y técnicas que les permitió anticiparse a estas posibles situaciones se encontró que al final un porcentaje considerable de participantes expresará sentirse más segura(o) de haber adquirido la habilidad para detenerse o rechazar una relación sexual si su nivel de excitación era alto.

Referente a la capacidad para negociar el uso del condón en el caso de tener una relación sexual se encontró al inicio que por lo menos la mitad de los adolescentes se manifestaron como capaces de negarse en mayor o menor grado a tener relaciones sexuales sin condón. Al finalizar se observó un incremento considerable en aquellos que si desarrollaron las habilidades para negarse en mayor o menor grado a tener relaciones sexuales sin condón, encontrando que pudo servirles la implementación de ejercicios relacionados con la asertividad sexual.

En cuanto a la actitud que los participantes tenía respecto al uso del condón (molestias y disminución del placer) en una relación sexual, se puede observar que al inicio de la intervención no era bien aceptado por una buena parte de los adolescentes, pero al finalizar cambio la postura respecto a este, pues los ejercicios realizados llevaron a un cambio en las actitudes respecto a las ventajas que puede traer su uso, pues se observa un incremento significativo.

La importancia de implementar acciones en el área de la salud sexual y reproductiva tiene que ver con la necesidad de brindar herramientas a los adolescentes para que puedan desarrollar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura para que de esta forma pueda elevar su calidad de vida. Para contribuir en este aspecto se requiere que se ofrezcan estrategias donde predomine un enfoque positivo y de respeto hacia la sexualidad (Population Council, 1999). Es por estas razones que se abordaron los temas de una forma más abierta y dinámica, en un ambiente de confianza, respeto y confidencialidad para generar en ellos la reflexión a través de diferentes ejercicios y técnicas, espacios de discusión y reflexión por parte de los participantes. A medida que se fue desarrollando la propuesta de intervención se fueron integrando algunos temas y aspectos relacionados con la salud sexual y el desarrollo de habilidades que los participantes fueron considerando importantes tomar en cuenta, lo que le dio un enfoque más participativo y flexible, asegurando con esto que la intervención ofrecida realmente pudiera ser de utilidad para ellos.

ALCANCES Y LIMITACIONES DEL PROYECTO

El proyecto de prevención de embarazos en adolescentes fue una estrategia que se diseñó con la finalidad de contribuir al favorecimiento en la calidad de vida que los adolescentes necesitan para vivir una sexualidad más informada y responsable, disminuyendo con esto la posibilidad de un embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual.

La intervención fue propuesta inicialmente para trabajar en comunidades abiertas de la zona metropolitana, pero debido a la situación de violencia e inseguridad que prevalece en el Estado, esto no fue posible debido a que el grupo seleccionado previamente era participante activo del programa "Jóvenes Jóvenes" y entre sus principales características es que las involucradas pertenecen a una pandilla, a las cuales se le dificultaba reunirse en la calle por las razones antes mencionadas. Por este motivo se recurrió a la opción de replantear las estrategias, dejar atrás las actividades que ya se habían desarrollado con el anterior grupo y trabajar con otro grupo de adolescentes y jóvenes que asistieron durante 4 meses al Centro DIF No. 15 en la colonia Fomerrey 1 en el municipio de Monterrey. Otra de las limitantes que se dio durante el programa, fue que debido a la situación de inseguridad, se perdieron instrumentos de verificación y evidencias fotográficas que eran valiosas puesto que daban muestra del trabajo realizado por los participantes.

Entre los cambios que se dieron durante la duración del proyecto fue la inclusión un grupo de jóvenes que pertenece al programa Gente Joven, pues al establecer contacto con la Asociación Civil para obtener información y material educativo, se llegó al acuerdo de ampliar el número de participantes en el proyecto para obtener un mejor aprovechamiento de las estrategias a implementar, pues aun cuando la Asociación Civil maneja un proyecto similar no cuenta con instrumentos de evaluación definidos que permita el análisis del impacto y eficiencia de las acciones implementadas.

RECOMENDACIONES PARA UNA POSIBLE LÍNEA DE INTERVENCIÓN FUTURA.

Ambos programas, PAIDEA y Gente Joven abordan la vertiente de prevención al embarazo adolescente. Esta vertiente está dirigida a adolescentes y jóvenes de 11 a 19 años que pertenecen a sistemas escolarizados y a grupos de la comunidad abierta. Es por esto que el proyecto se viene a insertar dentro de las estrategias que actualmente desempeñan.

En base a lo observado durante la etapa de implementación y evaluación es importante señalar la importancia de abordar de manera más profunda y reflexiva la perspectiva de género, pues aún cuando se aborda de forma breve no se trabajó de forma continua por cuestiones de tiempo, disminuyendo con esto el impacto que pudieran tener las estrategias ya abordadas con anterioridad. Es indispensable brindar más tiempo y espacios de reflexión para implementar acciones que promuevan una equidad de género entre los adolescentes, que vaya incidiendo en las actitudes que los adolescentes tienen con respecto a los roles sociales que les ha tocado desempeñar y como pueden desarrollar habilidades que les permita reeducarse con respecto a los roles que han venido ejerciendo de forma tradicional y que no les permite el desarrollo integral como personas.

Una de las recomendaciones que se sugieren para futuras intervenciones tiene que ver con la consejería individual, es importante tomar en cuenta la necesidad de capacitar y/o actualizar en el área de la salud sexual al personal de los programas para que puedan brindar consejería de calidad a los beneficiarios de estos programas. Esta sugerencia es en base a la experiencia que se tuvo dentro de la implementación, pues la mayoría de los adolescentes que eran participantes se acercaron a solicitar información y/o orientación sobre sexualidad, en especial la solicitaron aquellos que ya tienen una vida sexual activa y que tenían dudas con respecto a la utilización de métodos anticonceptivos, y sobre cómo manejar la situación con su pareja en caso de embarazo no planeado. Es interesante también mencionar que en otras ocasiones los mismos adolescentes que participaron dentro del proyecto fueron acercando a otros amigos de ellos que pasaban por situaciones difíciles en el aspecto de su sexualidad para solicitar la consejería y de esta forma fueron promoviendo lo aprendido en los talleres y multiplicando el conocimiento adquirido durante las sesiones.

Otra de las estrategias que ayudó a que los adolescentes resolvieran dudas acerca del cuidado de la salud sexual, el uso de la metodología anticonceptiva y orientación sobre qué hacer ante el embarazo, fueron la utilización de las redes sociales por internet, como es el caso del Facebook y Messenger, además de las llamadas vía celular, estas se utilizaron porque los mismos adolescentes participantes refirieron a sus amigos o conocidos para que pudieran aclarar sus dudas y temores respecto al problema que en el momento les preocupaba.

Es por estas razones que ya se han señalado que se recomienda dar seguimiento a la propuesta y a las acciones implementadas durante la intervención, además de hacer uso de los resultados obtenidos durante el periodo de evaluación para mejorar las estrategias que

en un inicio fueron planteadas y de esta forma hacer más atractivos, accesibles y amigables los servicios de salud sexual a la población adolescente.

Es por esto que recomienda que se sigan implementando este tipo de proyectos donde se aborda la temática desde una forma integral, científica y que tenga como característica la participación activa de los adolescentes, ya que a través de intervenciones como la que se ha implementado se puede contribuir realmente en la prevención de los embarazos no planeados y las ITS/VIH-SIDA, pues es necesario tomar en cuenta al adolescente no solo como espectador o receptor de la información, sino que es importante que desde el principio se busque y propicie su participación activa, pues nadie mejor que ellos para ser los principales promotores de una salud sexual y reproductiva integral y que a su vez sean multiplicadores de esta entre sus grupos de pares.

Por lo tanto es primordial que en las futuras intervenciones se sigan proporcionando a los adolescentes una educación sexual de calidad con un enfoque integral, donde no solo se informe ofreciendo pláticas sobre sexualidad, sino que también se consideren aspectos como lo son la planeación de un proyecto de vida exitoso, el desarrollo de habilidades para la vida y el conocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales, pues con este enfoque más integral no sólo se influirá en la prevención de ITS y VIH-SIDA, embarazos no deseados y la prevención de prácticas sexuales de riesgo, sino que también se puede impactar en la calidad de vida mediante un mejor desarrollo integral del adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, J. (1996). *Sexualidad y adolescencia*. En Aguilar y Mayen (Comps.), *Hablemos de Sexualidad: Lecturas*. CONAPO-MEXFAM. México.
- Aguilar, J., Mayen, B. (1996). Aguilar, J. (1996). *Sexualidad y adolescencia*. *Hablemos de Sexualidad: Lecturas*. 1ª. Edición. CONAPO-MEXFAM. México.
- Alatorre Rico, J. y Atkin, L. (2004) *El Embarazo Adolescente y La Pobreza*. http://www.hsph.harvard.edu/grhf/Spanish/course/sesion4/rico_atkin.html.
- Amuchástegui, A. (1998). “*Saber o no saber sobre sexo: Los dilemas de la actividad sexual femenina en jóvenes mexicanos*” en Ivonne Szasz y Susana Lerner (comps.), *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano- Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México.
- Barragán, F. (1995). *La educación sexual y la educación secundaria obligatoria: enseñar a crear o aprender a crear*. En: temas transversales. Documentos de apoyo. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Ciencia.
- Buvinic, M. (1998). *Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México*. Washington. En *Studies in Family Planning*. Volumen 29, numero 2.
- Cliement, G. (2003). “La maternidad adolescente, una expresión de cuestión social el interjuego entre la exclusión social, la construcción de la subjetividad y las políticas públicas” [Versión electrónica], *Revista Argentina de Sociología* (Diciembre 2003).
- (2009a) “Entre la represión y los derechos sexuales y reproductivos: socialización de género y enfoques de educación sexual de adolescentes que se embarazaron” *Revista de estudios de género. La ventana*, Vol. III, Núm. 29 p. 236-275. Universidad de Guadalajara México.
- Cohen, E. y Franco, R. (2009). *Evaluación de proyectos sociales*. México. Editorial Siglo XXI.
- Coll, A. (2001). Embarazo en la adolescencia ¿Cuál es el problema?. En: Donas, S. (compilador). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Costa Rica: Libro Universitario Regional. pp. 425-445.
- Colomer, R. Julia (2003). *Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes*. PrevInfad (Grupo AEPap/PAPPS). España.
- Consejo Nacional de Población (2000). *Cuadernos de Salud Reproductiva: República Mexicana*. México. Consejo Nacional e Información.

- (2009a). Capítulo IV. Salud Sexual y Reproductiva en Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo 1994-2009. México. Conapo. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/cidp15/Cap04.pdf>
- (2010b). Situación Actual de los Jóvenes en México. México. Consejo Nacional de Población.
- Cossío (Comps.) *La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional*, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, pp. 213-229.
- De Jesús, D. (2007). *Vivencias y significados de la sexualidad y la reproducción en adolescentes*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- De Jesús, D. (2011). *Adolescencias escindidas. Sexualidad y reproducción adolescente en contextos urbano-marginales de Nuevo León*. UANL. México.
- De Jesús, D. y Menkes, C. (2009). *El embarazo adolescente por grupo socioeconómico y sus implicaciones para la política social de México*.
- ENSAR (2003). Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. México: Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, 2003.
- Franco, C., Pérez, M. y Valdivia, F. (2006). *Jóvenes, sexualidad y género. Modelo de capacitación y orientación para promover la violencia*. México. INMUJERES/Colectivo OLLIN.
- Fernández, A. (2003). *La política, la sociedad y las mujeres*. México. Editorial INMUJERES/UAM.
- FOMIN (2005). Guía práctica para la elaboración de Matriz del Marco Lógico. FOMIN.
- Gobierno del Estado de Nuevo León. *Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016*. <http://www.nl.gob.mx>. (Página consultada el día 02 de junio del 2010).
- Golovanevsky, L. (2007). *Vulnerabilidad y transmisión intergeneracional de la pobreza. Un abordaje cuantitativo para argentina en el siglo XXI*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Gómez de León, J, y Hernández, D. (2002) *Pobreza y anticonceptivos en el México rural*. En: Cecilia Rabell Romero y Ma. Eugenia Zavala Cossío (Comps.) *La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional*, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.

- INEGI (2000). *XII Censo General de Población y Vivienda*. Nuevo León: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Jellin, E. (1994). "Las Familias en América Latina" en Familias Siglo XXI [Versión Electrónica] Documento para la Reunión Regional Preparatoria del Año Internacional de la Familia. Cartagena Colombia.
- Jóvenes Mexicanos del Siglo XXI (2000). *Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ2000)* Instituto Mexicano de la Juventud.
- Juárez, F. (2002), "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina: evidencia, teorías, intervenciones" en Cecilia Rabell Romero y Ma. Eugenia Zavala.
- Langer, A. (2002). *El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe*. Revista Panamericana de Salud, Vol. 11. No 3 pp. 192.204
- Lerner, S (2008) Primeros acercamientos al estudio de la sexualidad. Sexualidades en México. Colegio Mexiquense.
- López, A. (1996). *Hacia una Nueva Cultura: La Salud Sexual*. En Aguilar y Mayen (Comps.), *Hablemos de Sexualidad: Lecturas*. CONAPO-MEXFAM. México.
- López, F. y Moreno, Y. (2000). *Programa Psicodidáctico de prevención del Sida en Adolescentes de Monterrey*. UANL. México.
- Maddaleno, M., Morello, P. E Infante-Espínola, F. (2003). *Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década*. *Salud Pública de México*. México.
- Menkes, C. y Suárez, L. (2004). "Prácticas sexuales y reproductivas en las jóvenes mexicanas". En Emma Navarrete Gómez (Comp), *Los jóvenes en el siglo XXI*, El Colegio de México. México, D. F.
- Mesa, A. (2008). *Fundamentos internacionales sobre los derechos sexuales de los adolescentes*. En Stern, C, (Coord.) *El Colegio de México: Adolescentes en México Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud reproductiva*, Centro de Estudios Sociológicos: Población Council. México.
- Mesa, A., Suárez, C., Brenes, V., Rodríguez, G., Máyen, B. y Santos E. (2005). *Marco Internacional y Nacional de los Derechos Sexuales de los Adolescentes*. CDHDF y Afluentes S. C. México.
- Monroy, A. (2002). *Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud*. México. Editorial Pax México.
- Moro, J. (2008). *Herramientas de la gerencia social: análisis de los involucrados en un contexto pluricultural*. INDES-IADB.

- Nirenberg, O. (2006). *Participación de adolescentes en proyectos sociales. Aportes conceptuales y pautas para su evaluación*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2007). Maternidad adolescente en América Latina [Versión Electrónica] *Publicaciones de las Naciones Unidas* (Julio 2007).
- Organización Panamericana de la Salud (2000). *VIH, Adolescentes y jóvenes la OMS interviene*. (Nov, 2005) Artículo en Línea <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-VIH.htm>.
- Ortiz, E. (2006). Factores demográficos y socioeconómicos de la fecundidad adolescente en México. Tesis de Maestría no publicada, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.
- Palma, Y. (2008). "Que sabemos sobre la perspectiva que los adolescentes tienen sobre la Educación Sexual", En Stern, C, (Coord.) *El Colegio de México: Adolescentes en México*. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud reproductiva, Centro de Estudios Sociológicos: Population Council.
- Pantelides, E. A. (2003) *Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América latina*. Trabajo presentado en el Seminario La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?, organizado por el CELADE y el Centre de Recherche Populations et Sociétés, Université de Paris X-Nanterre, Chile.
- Papalia, D., Wenkos, R. y Duskin, R. (2004). *Desarrollo Humano*. México. Mc Graw Hill.
- Peña, E., Sánchez, A. y L. Solano (2003). Perfil de riesgo nutricional en la adolescente embarazada. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. Vol.53, No.2, pp.141-149.
- Pérez-Palacios, G. y Gálvez-Garza R. (2003) *El modelo universitario de salud sexual y reproductiva: ¿Quo Vadis México?*. México. Gaceta Médica de México. Núm. 139.
- Population Council (1999). *Mensajes sobre salud sexual y reproductiva*. Population Council. Oficina Regional para América Latina. México. Artículo en Línea <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-VIH.htm>.
- Quero, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. Telos. Universidad Rafael Bellosó Chacín. Venezuela
- Rodríguez, G. (1996). *Embarazo en adolescentes*. En Aguilar, J. y Mayen, B. (compiladores): *Hablemos de Sexualidad Lecturas*. CONAPO y MEXFAM. México.
- Rodríguez, G. (2010). *¿Cuáles son los beneficios de la salud sexual?*. *Carpeta informativa sobre los beneficios de la educación sexual en México*. Red Democracia y sexualidad. México. <http://www.afluentes.org.mx/> (página consultada el 10 de octubre del 2010).

- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid. Editorial Síntesis.
- Román R. (2000). *Del Primer Vals al Primer bebe. Vivencias del embarazo en las Jóvenes*. México. Instituto Mexicano de La Juventud.
- Román R. Valdez, E., y J. Cubillas (2001). Riesgos biológicos del embarazo adolescente: Una paradoja social y biológica. En: Stern, C. y E. García. *Sexualidad y Salud Reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. Aportación para la investigación acción*. México: El Colegio de México, Cuaderno de trabajo Núm. 6.
- Romero, C. y Zavala de Cosío, M. (2002). *La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional*. México. Editorial Instituto de Investigaciones Sociales.
- Sánchez, B. y otros, "Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos". En Teresa Latirgue y otros (Comps.), *Sexualidad y Reproducción Humana en México*. México: Universidad Iberoamericana.
- Sánchez, V. (2003) El embarazo de las adolescentes en México. [Versión Electrónica] Gaceta Médica de México (Julio-Agosto de 2003) Vol. 139, MEXFAM.
- Schiavon, R. (2008). Salud sexual y reproductiva del adolescente. En: Stern, C. (Coordinador) *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México: El Colegio de México/ Population Council.
- Schlaepfer, L. e C. Infante (1996). Patrones de inicio de la vida reproductiva: Su relación con la mortalidad infantil y comportamientos reproductivos futuros. En: Lartigue, T. y H. Ávila (compiladores). *Sexualidad y reproducción humana en México*. México: Plaza y Valdez Editores-Universidad Iberoamericana. Volumen II. pp. 77-94.
- Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas en Implicaciones, programas y políticas*. [Versión Electrónica] OPS, Washington, DC.
- SEGOB (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. México. Secretaría de Gobernación.
- Silva, A., González, P., Torres, M. (2008). *Consideraciones teóricas y empíricas acerca de la fecundidad adolescente*. En Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión. Volumen XVI, número 2. Colombia.
- SSA (2008). *Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes México*: Secretaria de Salud.
- Stern, C. (2001). *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México. Editorial El Colegio de México.
- Stern, C. y García, E. (2001). Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. En: Stern, C. y Figueroa, J. (Coordinador) *Sexualidad y salud*

- reproductiva. *Avances y retos para la investigación*. México: El Colegio de México. pp. 331-358.
- Stern, C. (2007) "Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México" *Estudios sociológicos*, Vol. XXV, núm. 72.
- (2008a) "Situación actual de los jóvenes en México" En Stern, C, (Coord.) El Colegio de México: *Adolescentes en México Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud reproductiva*. Centro de Estudios Sociológicos: Población Council.
- Szasz, I. (1999). Sexualidad, embarazo, maternidad y anticoncepción en Mujeres de un contexto rural en México" En Teresa Latirgue y otros (Comps.), *Sexualidad y Reproducción Humana en México*. México: Universidad Iberoamericana.
- Szasz, I. y Lerner (2000). Sexualidades en México. *Revista Relaciones* Vol. 21 N. 82, El Colegio de Michoacán.
- Tapia, A. y A. López (2002). Factores asociados al embarazo en adolescentes de la UMF núm. 48 del IMSS. En: B. Rasmussen y A. Hidalgo (Coordinadores). *Investigaciones en Salud de adolescentes 1993-1998*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social / organización Panamericana de la Salud.
- UNFPA (2005), "*La travesía sin mapas: adolescentes y pobreza*". Estado de la población actual. La promesa de igualdad, Equidad de género, Salud reproductiva y Objetivos del Desarrollo del Milenio en Estado de la Población Mundial 2005.
- Valdés, S., Essien, J., Bardales, J., Saavedra, D. y E. Bardales (2002). Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 28, Núm. 2. pp. 84-88.
- Vega, A., Maddaleno, M. y Mazin R. (2005). *Modelo de Consejería Orientada a los Jóvenes en prevención del VIH y para la promoción de la salud sexual y reproductiva*. Washington, D. C. Editorial OPS/OMS.
- Villaseñor, M. (2008). *Qué sabemos de la perspectiva que los adolescentes tienen sobre la sexualidad y la educación sexual*. En Stern, C, (Coord.) El Colegio de México: *Adolescentes en México Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud reproductiva*, Centro de Estudios Sociológicos: Población Council. México.
- Welti, Carlos (2003). "*¡Quiero contigo!*" *Las generaciones de jóvenes y el sexo*. En José A. Pérez Islas. Coord. Nuevas miradas sobre jóvenes. México, Instituto Mexicano de la Juventud.
- (2003). "*Inicio de la vida sexual y reproductiva*". En *la Salud Reproductiva en México*. Análisis de la Encuesta de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud/ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. México.

Zúñiga, E. (2007). *La situación demográfica de los jóvenes*. En: Stern, C. (coordinador). *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México: El Colegio de México.

— (2008). *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México. Editorial El Colegio de México/ Population Council.

Ley General de Educación (última reforma enero del 2011). Tomado de: página web de la Cámara de Diputados <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/137.pdf> el día 8 de noviembre del 2010.

Ley General de Salud Tomado de: pagina web de la Cámara de Diputados <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> el día 8 de noviembre del 2010.

Ley General de Población (última reforma publicada 02 de junio 2010). Tomado de: página web de la Cámara de Diputados <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf> el día 8 de noviembre del 2010.

ANEXOS



• Encuesta de diagnóstico del proyecto de prevención del embarazo adolescente

Estamos realizando una encuesta para el programa **Gente Joven** de **SUPERA A. C.** Estamos haciendo un diagnóstico que nos permitirá obtener información para **mejorar** las estrategias de intervención en atención al adolescente. Los datos proporcionados en esta encuesta serán tratados de manera **confidencial** y **anónima**. Te pedimos contestes de la forma más sincera posible.

No de encuesta: _____ Entrevistador: _____ Fecha: _____

Datos personales

1. Edad _____

2. Sexo: 1) Masculino 2) Femenino

3. ¿Actualmente estudias? 1) Si 2) No

4. Grado de escolaridad

1. Ninguno	2. Primaria	3. Secundaria	4. Preparatoria	5. Profesional
------------	-------------	---------------	-----------------	----------------

5. Ocupación: _____

6. Religión: _____

7. ¿Con quién vives? (Señalar opciones).

- 1) ___ madre
- 2) ___ padre
- 3) ___ hermanas /os cuántas /os _____
- 4) ___ otros familiares ¿cuáles? _____
- 7) ___ vive solo/a
- 8) ___ vive con amigas /os
- 9) ___ otra situación _____

8. ¿En el último año practicaste algún deporte?

1) Si 2) No (*Pasar a pregunta 8*)

9. ¿Cuál? _____

10. ¿Qué actividades recreativas haces cuando estas con tus amigas /os? (numera en orden de importancia).

- ___ Van a bailar
- ___ Escuchan música
- ___ Ven TV o una película
- ___ Platican
- ___ Juegan
- ___ Hacen actividades al aire libre
- ___ Van al ciber
- ___ Se juntan a beber o consumir sustancias
- ___ Nada
- ___ Van al parque a platicar
- ___ Otras ¿Cuáles? _____



11. ¿Con qué frecuencia te juntas con tus amistades y realizas algunas de esas actividades?

- 1) ___ Menos de una vez por semana
- 2) ___ Una vez por semana
- 3) ___ Dos o tres veces por semana
- 4) ___ Cuatro a seis veces por semana
- 5) ___ Todos los días

12. ¿Fumas cigarrillos?

- 1) Si 2) No (pasar a la pregunta 12)

13. ¿A qué edad comenzaste a fumar cigarrillos? A los _____ años.

14. Durante el último mes ¿consumiste bebidas alcohólicas?

- 1) Si 2) No (pasar a la pregunta 14)

15. ¿Con que frecuencia consumes bebidas alcohólicas?

- 1) ___ Una o dos veces al mes
- 2) ___ Tres o cuatro veces al mes
- 3) ___ Más de cinco veces al mes

16. ¿Alguna vez consumiste drogas?

- 1) Si 2) No (pasar a la pregunta 16)

17. Si contestaste afirmativamente en la pregunta anterior, ¿qué droga/s has consumido?

- 1) ___ Marihuana
- 2) ___ Cocaína
- 3) ___ Tachas
- 4) ___ Éxtasis
- 5) ___ Heroína
- 6) ___ Crack
- 7) ___ Solventes/inhalables
- 8) ___ otra _____

18. ¿Qué entiendes por sexualidad?

19. ¿Has tenido alguna clase, curso o plática donde hayas recibido información sobre sexualidad?

- 1) Si (pasar a la pregunta 20) 2) No



20. Si contestaste negativamente en la pregunta anterior, ¿por qué no has recibido información de sexualidad? **(pasar a la pregunta 21)**

- 1) ___ Porque no me gusta
- 2) ___ Porque no me interesa
- 3) ___ Porque no quiero
- 4) ___ Porque nadie me la ha proporcionado
- 5) ___ Porque no la necesita

21. ¿Quién te proporciono esta clase, curso o plática sobre información sexual? **(puedes señalar varias opciones).**

- 1) ___ Maestra/o
- 2) ___ Médico/a
- 3) ___ Psicóloga/o
- 4) ___ Trabajadora social
- 5) ___ Amiga/o
- 6) ___ Papá
- 7) ___ Mamá
- 8) ___ Medios de comunicación, ¿Cuál? _____
- 9) ___ Otra persona _____

22. ¿A qué edad piensas que se debe dar educación sexual a las personas? _____

23. ¿Conoces sobre el ciclo menstrual o regla de la mujer?

- 1) Si 2) No

24. ¿Cuándo es más probable que una mujer quede embarazada?

- 1) ___ Una semana antes de que la regla comience
- 2) ___ Durante la regla
- 3) ___ Una semana después de que la regla comienza
- 4) ___ Dos semanas después de que la regla comienza
- 5) ___ No hay diferencia, cualquier tiempo es igual
- 8) ___ No sé

25. ¿Conoces sobre Infecciones de Transmisión Sexual?

- 1) Si 2) No **(pasar a la pregunta 28)**

26. Solo si contestaste afirmativamente en la pregunta anterior, ¿qué información recibiste?

- 1) ___ Tipo de infecciones
- 2) ___ Como se contagia
- 3) ___ Como se previene
- 4) ___ Otra



• Encuesta de diagnóstico del proyecto de prevención del embarazo adolescente

27. ¿Qué tipo de infecciones de transmisión sexual conoces? (*marcar todas las que conozcas*).

- 1) ___ Gonorrea
- 2) ___ Sífilis
- 3) ___ Herpes
- 4) ___ Chancro
- 5) ___ Piojo púbico
- 6) ___ Candidiasis
- 7) ___ VIH
- 8) ___ VPH (Virus del Papiloma Humano)
- 9) ___ Otra _____

28. ¿De qué forma se transmiten las infecciones?

- 1) Mediante besos
- 2) Mediante caricias y abrazos
- 3) Intercambio de ropa
- 4) Intercambio de objetos de aseo personal (cepillo dental, peines, cepillo, toalla, ropa interior)
- 5) Penetración vaginal/anal
- 6) Otra _____

29. Conoces sobre algún método anticonceptivo?

- 1) Si 2) No (**pasar a la pregunta 32**)

30. Los métodos anticonceptivos sirven para:

- 1) Evitar embarazos
- 2) Evitar ITS
- 3) Bajar de peso
- 4) Otra _____

31. ¿Qué métodos conoces para evitar el embarazo y ITS? (*marcar las que conoces*)

- 1) ___ Preservativo o condón
- 2) ___ Pastillas
- 3) ___ DIU
- 4) ___ Inyección
- 5) ___ Salirse antes (Coito interrumpido)
- 6) ___ Método del ritmo
- 7) ___ Pastilla del día siguiente
- 8) ___ Abstención
- 9) Otra forma, ¿cuál? _____

32. ¿Una mujer que no utiliza un método anticonceptivo puede quedar embarazada en su primera relación sexual?

- 1) Si 2) No



33. Desde tu perspectiva ¿Las relaciones sexuales son?: *(Se pueden marcar varias opciones)*

- 1) ___ Besos
- 2) ___ Caricias
- 3) ___ Abrazos
- 4) ___ Penetración vaginal
- 5) ___ Penetración anal
- 6) ___ Sexo oral
- 7) ___ Masturbación mutua

34. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?

- 1) Si (PASAR A LA PREGUNTA 35) 2) No (PASAR A PREGUNTA 36)

35. ¿Porque consideras que no has tenido relaciones sexuales? *****TERMINAR**

ENCUESTA

- 1) ___ Porque no le interesa
- 2) ___ Porque no se siente preparado
- 3) ___ Porque no tiene ganas
- 4) ___ Porque se lo prohibieron
- 5) ___ Porque es pecado
- 6) ___ Porque tiene miedo
- 7) ___ Otra _____

36. *Solo si contestaste afirmativamente en la pregunta 34*, ¿Con quién has tenido relaciones sexuales?

- 1) ___ Amigo/a
- 2) ___ Novio/a
- 3) ___ Pareja ocasional
- 4) ___ Sexo servidor/a
- 5) ___ Otro/a

37. ¿A qué edad tuviste relaciones sexuales por primera vez? A los _____ años

38. Esa primera vez ¿usaron algún método anticonceptivo?

- 1) Si 2) No (pasar a la pregunta 39)

39. *Si contestaste afirmativamente en la pregunta anterior*, ¿qué método anticonceptivo utilizaron en esa ocasión?

- 1) ___ Usaron condón
- 2) ___ Utilizaron la píldora
- 3) ___ DIU
- 4) ___ Inyección
- 5) ___ Salirse antes (Coito interrumpido)
- 6) ___ Método del ritmo



• Encuesta de diagnóstico del proyecto de prevención del embarazo adolescente

- 7) ___ Pastilla del día siguiente
8) ___ Otra forma. ¿cuál? _____
40. **Si contestaste negativamente**, ¿por qué no utilizaron algún método anticonceptivo?
- 1) ___ No teníamos
 - 2) ___ Es muy caro
 - 3) ___ Mi pareja no quiso
 - 4) ___ No me gusta usarlo
 - 5) ___ No es natural
 - 6) ___ Quita placer
 - 7) ___ Otro motivo, ¿cuál? _____
41. ¿Has estado embarazada o has embarazado a alguien alguna vez?
1) Si 2) No (**pasar a pregunta 46**)
42. Si en la pregunta anterior respondiste que sí, ¿cuántas veces? _____
43. ¿Por qué causa se embarazo?
- 1) ___ Porque quería
 - 2) ___ porque no uso métodos anticonceptivos
 - 3) ___ porque no sabía
 - 4) ___ Porque no lo planeo
44. ¿Cuántos hijos nacidos vivos tienes? _____
45. ¿Has tenido (o tu pareja ha tenido) algún aborto?
1) Si 2) No
46. **Si contestaste afirmativamente en la pregunta anterior**, ¿Por qué motivo abortó?
- 1) ___ porque en ese momento no quería tener un hijo
 - 2) ___ por el miedo a los papás
 - 3) ___ por la edad
 - 4) ___ por no sentirme preparada
47. ¿Cuándo fue tu última relación sexual? _____
48. ¿Con quién?
- 1) ___ Amigo/a
 - 2) ___ Novio/a
 - 3) ___ Pareja ocasional
 - 4) ___ Sexo servidor/a
 - 5) ___ Otro/a



49. Esta última vez que tuviste relaciones sexuales ¿hicieron algo para evitar el embarazo o las Infecciones de Transmisión Sexual? (*marcar una sola opción*)

- 1) No hicieron nada (*Ir a pregunta 50*)
- 2) Usaron condón
- 3) Utilizaron la píldora
- 4) DIU
- 5) Inyección
- 6) Salirse antes (Coito interrumpido)
- 7) Método del ritmo
- 8) Pastilla del día siguiente
- 9) Otra forma. ¿cuál? _____

*****TERMINAR ENCUESTA**

v50. Si en la pregunta anterior contestaste “no hicieron nada”, ¿cuáles fueron los motivos para no usarlo? (*no leer lista; se puede marcar más de una opción*)

- 1) No teníamos
- 2) Es muy caro
- 3) Mi pareja no quiso
- 4) No me gusta usarlo
- 5) No es natural
- 6) Quita placer
- 7) Otro motivo, ¿cuál? _____

*****TERMINA ENCUESTA**

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACION!

Encuesta del proyecto de prevención del embarazo adolescente

Se está realizando una encuesta por parte de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano UANL y el programa GENTE JOVEN de SUPERA A. C., que nos permitirá obtener información para **mejorar** las estrategias de intervención en la prevención del embarazo adolescente. Los datos proporcionados en esta encuesta serán tratados de manera **confidencial** y **anónima**. Te pedimos contestes de la forma más sincera posible. Esta encuesta no es un examen, si no sabes la respuesta indícalo; esto por sí mismo es de gran utilidad para nosotros. **POR TU COOPERACIÓN TE DAMOS LAS GRACIAS DE ANTEMANO.**

No de encuesta: _____ Entrevistador: _____ Fecha: _____

I. DATOS PERSONALES

1. Edad _____
2. Sexo: 1) _____ Masculino 2) _____ Femenino
3. ¿Actualmente estudias? 1) _____ Sí 2) _____ No
4. ¿Qué grado estudias actualmente? _____
5. Aparte de estudiar, ¿tienes otra ocupación? 1) _____ Sí 2) _____ No (*pasar a la pregunta 7*)
6. ¿Cuál? _____
7. ¿Con quién vives? (Señalar opciones).
 - 1) _____ madre
 - 2) _____ padre
 - 3) _____ hermanas /os cuántas /os _____
 - 4) _____ otros familiares ¿cuáles? _____
 - 7) _____ vive solo/a
 - 8) _____ vive con amigas /os
 - 9) _____ otra situación _____

II. CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD Y BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

8. ¿Qué entiendes por sexualidad?

9. ¿Has tenido alguna clase, curso o plática donde hayas recibido información sobre sexualidad?
 - 1) _____ Sí
 - 2) _____ No (*pasar a pregunta 12*)
10. ¿Quién te proporciono esta clase, curso o plática sobre información sexual? (**puedes señalar varias opciones**).
 - 1) _____ Maestra/o
 - 2) _____ Médico/a
 - 3) _____ Psicóloga/o
 - 4) _____ Trabajadora social
 - 5) _____ Amiga/o
 - 6) _____ Papá
 - 7) _____ Mamá
 - 8) _____ Medios de comunicación, ¿Cuál? _____
 - 9) _____ Otra persona _____

11. En esa clase, curso o práctica sobre educación sexual, ¿qué tipo de información te proporcionaron?

- 1) Ciclo menstrual o regla de la mujer
- 2) Información sobre métodos anticonceptivos
- 3) Infecciones de Transmisión Sexual
- 4) Biología de la Reproducción

12. ¿A qué edad piensas que se debe dar educación sexual a las personas? _____

13. ¿Cuándo es más probable que una mujer quede embarazada?

- 1) Una semana antes de que la regla comience
- 2) Durante la regla
- 3) Una semana después de que la regla comienza
- 4) Dos semanas después de que la regla comienza
- 5) No hay diferencia, cualquier tiempo es igual
- 8) No sé

14. Una relación sexual es cuando el hombre mete su pene en la vagina de la mujer, a esto se le conoce como coito.

¿Estás de acuerdo en que las parejas tengan relaciones sexuales antes del matrimonio?

- 1) Sí
- 2) No

15. Si contestaste negativamente en la pregunta anterior. ¿Porqué no estás de acuerdo con las relaciones sexuales antes del matrimonio?

- 1) Cuestiones religiosas
- 2) Se traicionaría la confianza de los padres
- 3) Principios morales
- 4) Temor al contagio de una enfermedad
- 5) Posibilidad de un embarazo
- 6) Por lo que diga la gente

16. ¿El hombre debe de llegar virgen al matrimonio, es decir sin experiencia sexual?

- 1) Sí
- 2) No

17. ¿La mujer debe de llegar virgen al matrimonio, es decir sin experiencia sexual?

- 1) Sí
- 2) No

18. ¿La única finalidad de las relaciones sexuales es tener hijos?

- 1) Sí
- 2) No

19. ¿Quién debe decidir tener relaciones sexuales?

- 1) La mujer
- 2) El hombre
- 3) Ambos

20. ¿Conoces sobre Infecciones de Transmisión Sexual?

- 1) Sí
 - 2) No
- (pasar a la pregunta 26)

21. *Solo si contestaste afirmativamente en la pregunta anterior*, ¿qué información recibiste?

- 1) Tipo de infecciones
- 2) Como se contagia
- 3) Como se previene
- 4) Otra

22. ¿Qué tipo de Infecciones de Transmisión Sexual conoces? (marcar todas las que conozcas).

- 1) Gonorrea
- 2) Sífilis
- 3) Herpes
- 4) Chancro
- 5) Piojo púbico
- 6) Candidiasis
- 7) VIH
- 8) VPH (Virus del Papiloma Humano)
- 9) Otra _____

23. En general sabes ¿qué puede hacer una persona para evitar el contagio de una Infección de Transmisión Sexual?

- 1) Sí
- 2) No (pasar a la pregunta 26)

24. ¿Qué se puede hacer para evitar el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual?

Circula una respuesta por cada una de las líneas

	SI	NO	NO SÉ
Usar condón	1	2	3
Usar pastillas anticonceptivas	1	2	3
Tener relaciones con una sola pareja	1	2	3
Pedirle fidelidad a la pareja	1	2	3
No tener relaciones sexuales	1	2	3
No tener relaciones sexuales con personas infectadas	1	2	3
No usar agujas/jeringas infectadas	1	2	3
Otro _____	1	2	3

Especifica

25. ¿A través de quién o de qué medios has obtenido información sobre las Infecciones de Transmisión Sexual?

- 1) Padre
- 2) Madre
- 3) Hermanos (as)
- 4) Amigos
- 5) Profesor (a)
- 6) Medico
- 7) Personal de alguna institución de salud pública
- 8) Radio/TV
- 9) Libros, folletos o revistas
- 10) Documentales o audiovisuales didácticos
- 11) Internet
- 12) Otro, ¿cuál? _____

26. ¿Conoces sobre algún método anticonceptivo?

- 1) Sí
- 2) No (pasar a la pregunta 29)

27. Los métodos anticonceptivos sirven para:

- 1) Evitar embarazos
- 2) Evitar ITS
- 3) Bajar de peso
- 4) Evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual
- 5) Otra, ¿cuál?

28. ¿Qué métodos conoces para evitar el embarazo y las Infecciones de Transmisión Sexual? (*marcar las que conoces*)

- 1) Preservativo o condón
- 2) Pastillas
- 3) DIU
- 4) Inyección
- 5) Salirse antes (Coito interrumpido)
- 6) Método del ritmo
- 7) Pastilla del día siguiente
- 8) Abstención
- 9) Otra forma, ¿cuál? _____

29. ¿Una mujer que no utiliza un método anticonceptivo puede quedar embarazada y/o contraer una Infección de Transmisión Sexual en su primera relación sexual?

- 1) Sí
- 2) No

30. ¿Conoces o has oído hablar de los condones o preservativos masculinos?

- 1) Sí
- 2) No (*pasar a la pregunta 33*)

31. ¿Cómo se usa el condón masculino?

- 1) Se puede volver a usar el mismo en más de una relación sexual
- 2) Se usa solo una vez durante la relación sexual
- 3) Se usa después de tener relaciones sexuales
- 4) No sé

32. ¿Sabes cuándo se debe usar el condón masculino?

- 1) Cuando se ha eyaculado
- 2) Cuando el pene esta erecto
- 3) Desde que inicia la relación sexual
- 4) No sé

33. ¿Cuando tengas relaciones sexuales piensas utilizar (o seguir utilizando) tú o tu pareja algún método anticonceptivo?

- 1) Sí (*pasar a pregunta 47*)
- 2) No
- 3) No se

34. ¿Cuál es la razón principal por la que no piensas utilizar ningún método anticonceptivo?

- 1) No estoy de acuerdo en usar métodos anticonceptivos
- 2) Mi pareja se opondría
- 3) Mi religión no me lo permite
- 4) No conozco ningún método anticonceptivo
- 5) No se donde conseguir los métodos anticonceptivos
- 6) No planeo tener relaciones sexuales
- 7) No me atrevo a pedírselo a mi pareja
- 8) Deseo embarazarme
- 9) Temor a efectos colaterales
- 10) Pena o vergüenza de conseguirlos
- 11) Otro _____

EXPECTATIVAS DE VIDA

35. Ahora quisiéramos preguntarte sobre tus expectativas de vida. Actualmente que tan importante es para ti...?

CIRCULA UNA RESPUESTA POR CADA UNA DE LAS LINEAS

	Muy importante	Importante	Poco importante	Nada importante
La familia	1	2	3	4
Tener dinero suficiente	1	2	3	4
El amor	1	2	3	4
La religión	1	2	3	4
La amistad	1	2	3	4
La política	1	2	3	4
Los estudios	1	2	3	4

36. ¿Cuál es la principal razón por la que estudias?

- 1) Para aprender más/ para tener más conocimientos
- 2) Para continuar mis estudios/ Para estudiar grados más avanzados
- 3) Para tener una carrera/Para ser profesionalista
- 4) Para ayudar económicamente a mi familia
- 5) Para que mis padres estén orgullosos de mí
- 6) Para tener un buen trabajo
- 7) Para ser alguien en la vida
- 8) Para poder mantener a mi familia cuando la tenga (futuro)
- 9) Otra: _____

37. Menciona dos aspectos que tú consideres importantes para que un matrimonio tenga éxito. (**Recuerda marcar solo dos opciones**).

- 1) Amor /quererse
- 2) Confianza, fidelidad, respeto
- 3) Comunicación entre la pareja, "llevarse bien", "buena convivencia"
- 4) Evitar violencia doméstica (física, psicológica...)
- 5) Planificar a la familia/ no tener muchos hijos
- 6) Decidir cuando quieren tener relaciones sexuales
- 7) Tener relaciones sexuales satisfactorias
- 8) Conocer bien a su pareja/ elegir bien a la pareja
- 9) Tener recursos económicos suficientes /tener buenos ingresos
- 10) Darle buena educación a los hijos
- 11) Otra _____

38. En tu opinión, ¿qué crees que deba hacer una pareja que decide unirse o casarse y no ha terminado sus estudios?

- 1) La mujer debe abandonar sus estudios
- 2) El hombre debe abandonar sus estudios
- 3) Ambos deben abandonar sus estudios
- 4) Ninguno de los dos debe abandonar sus estudios
- 5) No se

39. En tu opinión, ¿qué crees que deba hacer una pareja que tiene un hijo y no ha terminado sus estudios?

- 1) La mujer debe abandonar sus estudios
- 2) El hombre debe abandonar sus estudios
- 3) Ambos deben abandonar sus estudios
- 4) Ninguno de los dos debe abandonar sus estudios
- 5) No sé

40. ¿Quién crees que tiene mayores oportunidades para...? (Circula una respuesta por cada una de las líneas)

	Hombre	Mujer	Ambos
Concluir sus estudios	1	2	3
Conseguir un buen trabajo	1	2	3
Conseguir mayores ingresos	1	2	3
Divertirse	1	2	3

41. En tu opinión ¿es posible o no planear la vida por adelantado?

- 1) ___ Sí 2) ___ Sí en parte 3) ___ No 4) ___ No sé

42. En tu opinión ¿vale o no la pena planear la vida por adelantado?

- 1) ___ Sí 2) ___ Sí en parte 3) ___ No 4) ___ No sé

43. Respecto a la vida familiar ¿qué crees que tú puedas planear por adelantado...

Circula una respuesta por cada una de las líneas

	Sí	No
cuándo terminar sus estudios?	1	2
cuándo empezar a trabajar?	1	2
cuándo casarte?	1	2
cuándo tener hijos?	1	2
cuántos hijos tener?	1	2
la educación de los hijos?	1	2

44. ¿Qué tan importante para ti es en el futuro:

Circula una respuesta por cada una de las líneas

	Muy importante	Importante	Poco importante	Nada importante
trabajar fuera de casa?	1	2	3	4
seguir estudiando?	1	2	3	4
atender el hogar?	1	2	3	4
casarte?	1	2	3	4
tener hijos?	1	2	3	4
cuidar a los hijos?	1	2	3	4
realizar una actividad artística?	1	2	3	4

**NUEVAMENTE AGRADECEMOS TU PARTICIPACION Y
ESPERAMOS TENER TUS COMENTARIOS**
