



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
NICARAGUA-MANAGUA.
UNAN MANAGUA. FAREM, Chontales.

TESIS DOCTORAL

*El impacto de la Planificación Familiar: la
reducción de riesgos de embarazos en
adolescentes en la UNAN- FAREM-
Chontales.*

ROSMERY VALESKA SUÁREZ SUÁREZ

JUIGALPA, 2023



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
NICARAGUA-MANAGUA.

UNAN MANAGUA. FAREM, Chontales.

TESIS DOCTORAL

*El impacto de la Planificación Familiar: la
reducción de riesgos de embarazos en
adolescentes en la UNAN- FAREM-
Chontales.*

ROSMERY VALESKA SUÁREZ SUÁREZ

JUIGALPA, 2023

DIRECCIÓN

Dra. M^a Carmen Muñoz Díaz

Dr. Juan Agustín Morón Marchena



Dra. Dña. María Carmen Muñoz Díaz, profesora Asociada del Departamento de Teoría e Historia de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide.

Dr. D. Juan Agustín Morón Marchena, Profesor Titular del Departamento de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla

INFORMAN

Que Dña. Rosmery Valeska Suárez Suárez ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titulada: *“El impacto de la Planificación Familiar: la reducción de riesgos de embarazos en adolescentes en la UNAN- FAREM- Chontales* presentada para el título de Doctora y que a vuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para proceder a la lectura y defensa de Tesis Doctoral. Lo que firmamos a instancias de la interesada, para que surta los efectos oportunos donde haya lugar.

En Sevilla, agosto 2023

AGRADECIMIENTOS

En este momento personal y con estas líneas escritas quiero expresar mis agradecimientos en general a todas las personas que de una u otra manera han estado inmersas en mi formación profesional y sobre todo en el trascurso de la elaboración de mi tesis Doctoral.

De manera muy especial, quiero agradecer a Dios por la vida que me ha regalado, por devolverme la salud y superar obstáculos que se presentan en la vida y de esta forma, permitir haber llegado hasta este momento con tanto esfuerzo y dedicación.

A mi familia: A mis Padres por estar inculcándome prosperidad en mi vida profesional y de esta manera lograr el sueño que todo padre desea para sus hijos, gracias papá y mamá: Francisco y Daysi, por estar siempre pendiente de mí y de mis necesidades siempre que los necesito, los amo con todo mi corazón.

A mi esposo: Hildebrando, por apoyarme en todo lo que necesito, por estar acompañándome en mis horas de desvelo, por animarme en mis momentos de desánimo, por comprender ese tiempo que no estamos juntos por cuestiones de trabajo, sé que mis triunfos te llenan de felicidad.

A mi único hermano: Berman Francisco, que aunque no vivamos juntos siempre todos los días está pendiente de mí y hasta qué necesito y sé que estarás feliz con mis logros, gracias por apoyarme y quererme, yo también te quiero Hermano.

A mis suegros: Hildebrando y Mayra, que han sido como mis segundos padres y en este tiempo he recibido toda su comprensión y apoyo incondicional en lo que necesite y también son importantes para ellos mis logros profesionales.

También agradezco de manera muy especial a mi Tía María Dolores, que en

cualquier momento me brinda su mano y es incondicional para mí, a ella le doy gracias por todo su apoyo durante mi formación, a mi abuelita Socorro, porque a pesar de su edad y sus enfermedades me ha apoyado y siempre está pendiente de mí.

Agradecer de manera especial a todos mis compañeros de trabajo de la carrera de enfermería, M. Mercedes, Carmen, Karla, Zenayda, M. Luisa, Salcheri, Cristhyam, Reyna, Petrona, Pablo, M. Fernanda, Masiel, Maurinela, Esbelia, Luz Marina, Karla Arroliga, J. Andrés, de una u otra manera están inmersos en este proceso de mi formación unos más de cerca que otros pero siempre brindando su apoyo.

De manera muy especial a mi Director y Directora Tesis, gracias María Carmen Muñoz Díaz y Juan Agustín Morón Marchena, por todo su apoyo incondicional a lo largo de la trayectoria de mi Tesis, muy agradecida por acompañarme en este recorrido y brindarme todos sus conocimientos, por la disponibilidad y cercanía a pesar de la distancia, sobre todo por su generosidad de estar pendiente para brindarme sus orientaciones y ayudarme a cumplir esta meta de mi vida.

Y por último, pero no menos que otros agradecer al profesor Tonys Romero, nuestro coordinador de Doctorado en la UNAN- FAREM- Chontales, que siempre estaba pendiente de mis avances con mi tesis, preguntando, animando, aclarando dudas, muchas gracias Maestro Tonys.

Muy agradecida también con la Universidad FAREM – CHONTALES, a través de ella he abierto mi camino profesional y a su alumnado por permitirme realizar este estudio.

ÍNDICE
GENERAL

I. Índice General

| | |
|-------------------------|---------|
| I. Índice General | Pág. 9 |
| II. Índice de Tablas | Pág. 13 |
| III. Índice de Gráficos | Pág. 14 |
| IV. Índice de Figuras | Pág. 16 |

CONTEXTO Y ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

| | |
|--|---------|
| 1. Introducción | Pág. 19 |
| 1.1. Justificación | Pág. 27 |
| 1.2. Delimitación del Objeto de Estudio | Pág. 29 |
| 1.2.1. Objetivos de la investigación | Pág. 33 |
| 1.3. Estructura del informe de investigación | Pág. 36 |

MARCO TEÓRICO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|--|---------|
| 2.1. Aproximación al Concepto Educación para la Salud | Pág. 45 |
| 2.1.1. Concepto Educación | Pág. 46 |
| 2.1.2. Concepto de Salud | Pág. 50 |
| 2.1.3. Conceptualización de Educación para la salud | Pág. 55 |
| 2.1.3.1. La promoción de la salud y la educación para la salud | Pág. 62 |
| 2.2 Aproximación al concepto de Salud Sexual | Pág. 73 |
| 2.2.1. Educación Sexual como derecho | Pág. 74 |

| | |
|--|----------|
| 2.2.2 Normativa Internacional | Pág. 76 |
| 2.2.3. Normativa Nacional | Pág. 79 |
| 2.3. Modelos de Educación Sexual | Pág. 80 |
| 2.4. Adolescencia y embarazo | Pág. 85 |
| 2.4.1. Etapas de la adolescencia | Pág. 90 |
| 2.4.2. Sexualidad en la adolescencia | Pág. 95 |
| 2.4.3. Embarazos en adolescentes | Pág. 98 |
| 2.5. Planificación Familiar | Pág. 102 |
| 2.5.1. Responsabilidad y métodos de Planificación Familiar | Pág. 105 |

MARCO METODOLÓGICO

PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|--|----------|
| 3.1. Marco metodológico de la investigación | Pág. 123 |
| 3.2. El método científico | Pág. 125 |
| 3.2.1. Los paradigmas de la investigación | Pág. 127 |
| 3.2.2. Técnicas e instrumentos de recogida de información | Pág. 128 |
| 3.2.2.1. El cuestionario, instrumento y técnica cuantitativa de la investigación | Pág. 130 |
| 3.2.2.2. La entrevista | Pág. 133 |
| 3.3. Fases y características de nuestro proceso investigador | Pág. 134 |
| 3.3.1. Planteamiento del problema | Pág. 135 |
| 3.3.2. Revisión de la bibliografía | Pág. 136 |
| 3.3.3. Hipótesis y variables | Pág. 137 |

| | |
|--|----------|
| 3.3.3.1. Operacionalización de variables | Pág. 138 |
| 3.3.4. Metodología | Pág. 141 |
| 3.3.5. Método de la investigación | Pág. 141 |
| 3.3.6. Diseño | Pág. 142 |
| 3.3.7. Selección de la muestra | Pág. 142 |
| 3.3.8. Validación de instrumentos | Pág. 143 |
| 3.3.8.1. Alfa de Crombach | Pág. 145 |
| 3.3.9. Técnicas de recogida de datos | Pág. 148 |
| 3.3.9.1. Cuestionario | Pág. 148 |
| 3.3.10. Entrevista | Pág. 152 |
| 3.3.11. Técnica de análisis de datos | Pág. 155 |
| 3.3.12. Conclusiones | Pág. 160 |

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

| | |
|--|----------|
| 4.1. Fases para el análisis de datos. | Pág. 163 |
| 4.1.1. Fase descriptiva | Pág. 164 |
| 4.1.2. Fase Correlacional | Pág. 167 |
| 4.2. Análisis de datos cualitativos. La entrevista | Pág. 205 |

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

5. CONCLUSIONES

| | |
|-------------------------------|----------|
| 5.1. Conclusiones del estudio | Pág. 227 |
|-------------------------------|----------|

| | |
|--|----------|
| 5.2. Limitaciones de la investigación | Pág. 231 |
| 5.3. Futuras líneas de investigación | Pág. 231 |
| 5.4. Propuesta de Proyecto | Pág. 233 |
| 5.4.1. Denominación o Tema de Proyecto | Pág. 233 |
| 5.4.2. Naturaleza de proyecto | Pág. 233 |
| 5.4.3. Justificación | Pág. 234 |
| 5.4.4. Objetivos | Pág. 236 |
| 5.4.5. Desarrollo | Pág. 236 |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y TELEMÁTICAS

| | |
|-----------------|----------|
| 1. Bibliografía | Pág. 245 |
|-----------------|----------|

| | |
|---------------|----------|
| ANEXOS | Pág. 279 |
|---------------|----------|

II. Índice de Tablas

| | | |
|----------|---|----------|
| Tabla 1 | Modelos de Educacion para la Salud | Pág. 65 |
| Tabla 2 | Clasificación de las etapas de desarrollo en los adolescentes: Dimensión emocional del desarrollo | Pág. 94 |
| Tabla 3 | Clasificación de métodos anticonceptivos, Femeninos, masculinos y en situaciones especiales | Pág. 110 |
| Tabla 4 | Clasificación de Técnicas en función de objetivos | Pág. 129 |
| Tabla 5 | Operacionalización de variable | Pág. 139 |
| Tabla 6 | Distribución por carreras de los estudiantes del turno regular del departamento Ciencia Tecnología y Salud de la UNAN- FAREM- Chontales | Pág. 143 |
| Tabla 7 | Cuadro estadísticos de Fiabilidad Alfa de Cronbach | Pág. 147 |
| Tabla 8 | Cuadros estadísticos de correlación por ítems si se elimina un elemento. | Pág. 147 |
| Tabla 9 | Correlación entre sexo y conocimiento | Pág. 199 |
| Tabla 10 | Correlación entre Carrera que estudia vs conocimiento | Pág. 201 |
| Tabla 11 | Correlación entre Utilización de métodos de planificación familiar vs Existe un puesto médico en tu barrio | Pág. 202 |
| Tabla 12 | Correlación entre Religión vs utilizas algún método anticonceptivo. | Pág. 203 |
| Tabla 13 | Correlación de Pearson para varias variables | Pág. 204 |
| Tabla 14 | Matriz de relaciones entre categoría de análisis | Pág. 220 |
| Tabla 15 | Comunicación familiar | Pág. 239 |
| Tabla 16 | Sexualidad y Embarazo en adolescencia | Pág. 240 |
| Tabla 17 | Planificación familiar y métodos anticonceptivos | Pág. 241 |
| Tabla 18 | Recursos didácticos | Pág. 242 |

Índice de Gráficos

| | | |
|------------|--|----------|
| Gráfico 1 | Sexo de los estudiantes | Pág. 165 |
| Gráfico 2 | Edad de los estudiantes en estudio | Pág. 165 |
| Gráfico 3 | Carrera que estudia el alumnado | Pág. 166 |
| Gráfico 4 | Procedencia del alumnado en estudio | Pág. 167 |
| Gráfico 5 | Religión del alumnado | Pág. 168 |
| Gráfico 6 | El alumnado tiene pareja actualmente | Pág. 168 |
| Gráfico 7 | Hijos del alumnado encuestado | Pág. 169 |
| Gráfico 8 | Medios por los que ha recibido información sobre planificación familiar. | Pág. 170 |
| Gráfico 9 | La Planificación Familiar es importante para las parejas | Pág. 171 |
| Gráfico 10 | La planificación ayuda a reducir riesgos de embarazos | Pág. 172 |
| Gráfico 11 | Conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos | Pág. 173 |
| Gráfico 12 | Información sobre algunos de los métodos anticonceptivos | Pág. 174 |
| Gráfico 13 | Utilización de algún método de planificación familiar | Pág. 175 |
| Gráfico 14 | Los métodos orales son los más fácil de utilizar | Pág. 176 |
| Gráfico 15 | Momento en que se debe utilizar el preservativo | Pág. 177 |
| Gráfico 16 | Consideras que la PPMS es un método de planificación familiar. | Pág. 178 |
| Gráfico 17 | En qué momento se debe utilizar la PPMS | Pág. 179 |
| Gráfico 18 | Protección de los métodos anticonceptivos | Pág. 180 |
| Gráfico 19 | Los métodos de emergencia provocan aborto | Pág. 181 |

| | | |
|------------|--|----------|
| Gráfico 20 | Responsabilidad de la planificación familiar | Pág. 182 |
| Gráfico 21 | Factores que influyen en la utilización de métodos anticonceptivos | Pág. 183 |
| Gráfico 22 | En tu comunidad existe un puesto médico de salud | Pág. 184 |
| Gráfico 23 | Creer que el personal de salud es accesible | Pág. 185 |
| Gráfico 24 | Te gustaría que en tu universidad te brinden consejería sobre método de planificación familiar | Pág. 186 |
| Gráfico 25 | Creer que es importante la consejería sobre planificación familiar y sexualidad | Pág. 189 |
| Gráfico 26 | La toma de decisión para la planificación familiar o utilización de métodos anticonceptivos debe ser | Pág. 190 |
| Gráfico 27 | Creer necesario ampliar tus conocimientos sobre estos temas | Pág. 191 |
| Gráfico 28 | Que personal te gustaría que aborde estos temas | Pág. 192 |
| Gráfico 29 | Que temas específicos te gustaría recibir para información | Pág. 193 |
| Gráfico 30 | Te gustaría participar en que la universidad implemente para mejorar este problema. | Pág. 194 |
| Gráfico 31 | Creer que se puede reducir los embarazos en adolescentes o embarazos no deseados | Pág. 196 |
| Gráfico 32 | Proponer alguna solución a esta problemática | Pág. 197 |

III. Índice de Figuras

| | | |
|----------|---|----------|
| Figura 1 | Estructura de la Tesis | Pág. 39 |
| Figura 2 | Características del concepto de Educación | Pág. 49 |
| Figura 3 | Modelos de educación sexual | Pág. 83 |
| Figura 4 | Procedimiento de Oclusión de trompas bilaterales, esterilización femenina | Pág. 118 |
| Figura 5 | Procedimiento de Vasectomía u esterilización masculina | Pág. 119 |

CONTEXTO Y ÁMBITO

1. INTRODUCCIÓN

Las disertaciones sobre la problemática de la juventud se ha convertido en una esfera común en diversos debates sociales en la actualidad, referencia obligada cuando se discute sobre vivienda, emancipación, educación, empleo y como no, la salud.

Nuestro trabajo se enmarca dentro de la salud sexual, definiéndola como una actividad pedagógica, que está adaptada a la cultura y a la edad, utilizando una información rigurosa y realista, con niveles biológicos, sociales y psíquicos, para la formación en sexualidad como comunicación humana, salud, placer y afectividad (Organización Mundial de la Salud; 2006).

La adolescencia acarrea múltiples cambios psicosociales y biológicos, donde aparecen nuevas necesidades conllevando mayores cotas de responsabilidad, afrontando tareas “nuevas” , como aceptar los cambios físicos en su cuerpo, lograr cierta independencia en relación a la familia, y una búsqueda constante de su propia identidad personal, el sentido de pertenencia a un grupo, sus estudios e incluso la incorporación al mundo laboral; asumir responsabilidades, son entre otras muchas, esas nuevas necesidades que hemos mencionado con anterioridad. Tal como indica López (1995), son hechos en vertiginosa sucesión, retos transcendentales que provocan en la juventud inquietud y una cierta desorientación.

Consideramos que es una tarea de toda la sociedad en su conjunto y del sistema educativo ayudar y poder ofrecerles las herramientas suficientes para poder convertirse en personal adultas, responsables y con una buena calidad de vida. Por lo que con la llegada de la adolescencia, deben conocer que el paso a ser una persona sexualmente activa conlleva, a su vez, ser sexualmente responsable,

siendo parte del proceso normal de desarrollo de las personas.

Adentrándonos en ese concepto, la educación sexual, debemos considerarla como un derecho de niños, niñas y adolescentes, reconocido por organismos internacionales UNESCO; 2018, y recogido como meta en los **Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS** (NU; 2015), junto con otros derechos sexuales como libertad, equidad, privacidad. Todos estos preceptos son fundamentales para prosperar hacia sociedades más igualitarias, inclusivas y sin discriminación (UNESCO; 2018).

La responsabilidad de la educación sexual debe recaer en diferentes agentes y autoridades educativas y sanitarias. Quienes, junto con las familias, juegan un papel fundamental en dar información, formación y valores para que la juventud pueda tomar decisiones adecuadas. Son, de este modo, el personal sanitario y educativo, adecuadamente formado, quienes convendrían realizar la educación sexual de niñas, niños y adolescentes desde el ámbito profesional, dada su intermediación a estos grupos, su práctica y su capacidad docente.

A pesar de estas recomendaciones, diferentes estudios han señalado que la información sexual que recibe las personas adolescentes es algo vana, incompleta, y con creencias erróneas y facilitadas sobre todo por iguales, revistas y televisión (Bravo et al 2005; Serrano 2012). Estos mismos estudios recogieron que chicas y chicos preferirían recibir esta información de la familia, profesorado y sanitarios (Bravo et al 2005; Serrano 2012).

Debemos tener presente, que en los últimos años, han aparecido nuevas fuentes de información, relacionadas al uso generalizado de Internet y redes sociales (Durbenstein, Maddow-Zimmet, Boonstra: 2016), con fácil acceso a

pornografía entre otros, pudiendo favorecer conductas de riesgo, como la no utilización del preservativo, o acrecentar los estereotipos de género.

En paralelo, la salud sexual de la juventud presenta datos alarmantes, en España, la tasa de infección de VIH más alta se produce entre jóvenes de 25 a 29 años, y las mujeres de 20 a 24 años son las que más abortan. Por otra parte, la violencia de género es frecuente entre la juventud: de las más de 28.000 mujeres víctimas que contaban con medidas cautelares u órdenes de protección en 2016, el 59% tenía entre 20 y 39 años. (Ministerio de Sanidad, 2018; Observatorio X Estatal de violencia sobre la mujer: 2019)

En los últimos años hay una reducción significativa en la fecundidad en América Latina y Caribe, pero aún persisten altas tasas de fecundidad en niñas y adolescentes (Naciones Unidas, 2015). Actualmente, el embarazo en la adolescencia esboza problemas paralelos de salud materno-reproductiva, mortalidad y nutrición, abandono de actividades educativas y laborales, transmisión intergeneracional de la pobreza, y altos costos de desarrollo para las comunidades (Duflo et al., 2006; Chaaban y Cunningham, 2012; Loaiza y Liang, 2013; UNFPA, 2013; WHO, 2014).

Las mujeres nicaragüenses en las últimas décadas, aún presentan altas tasas de fecundidad en la adolescencia. Resaltando un mayor número en la región norte como en caribe, convirtiendo a Nicaragua como el primer país de América Latina y segundo del mundo con más número de embarazos en adolescentes.

Nicaragua cuenta con una tasa alta de nacimientos por cada 1000 mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 19 años, lo que nos lleva a reconocer que nuestro país tiene la necesidad de seguir mejorando aspectos educativos, con especial atención a la “Educación para la salud” con temáticas como la

planificación familiar.

Las niñas y adolescentes embarazadas en muy pocas ocasiones ejercitan sus derechos de una mejor calidad de vida (educación, salud...), perpetuando la pobreza en un país en desarrollo (Goicolea, Salazar, Edin, & Öhman, 2012).

Cuando hablamos de Educación para la Salud, y en nuestro caso de sexualidad, embarazos, juventud y planificación familiar, nos dirigimos a un entorno multicausal, social y económico con un fuerte impacto para el desarrollo de un país.

Nuestra investigación pretende aportar conocimientos educativos sobre sexualidad y prevención de embarazos a alumnado universitario, puesto que las prácticas sexuales incitan a mantener relaciones a muy temprana edad y en un alto porcentaje de casos sin tener información objetiva ni veraz sobre su sexualidad. La conjunción de estos antecedentes a la exposición a embarazos no deseados, abortos y enfermedades de transmisión sexual, nos muestra la importancia y urgencia de profundizar en el tema, analizar los motivos y, sobre todo, intervenir. Por estas razones, y por mi trabajo como docente surgió una motivación y un alto interés en investigar sobre el tema.

El concepto de Educación para la Salud es concebido por algunos autores y autoras como *“el proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugnando los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos”* (National Conferenci on Preventive Medicine, 1975).

Además de Educación para la Salud, abordamos la etapa donde se producen los embarazos no deseados, que es la adolescencia. La adolescencia implica una

nueva etapa de la vida en la que se producen cambios físicos y psicológicos en cada adolescente lo que se expone a muchos índices de riesgos entre ellos relaciones sexuales a temprana edad. Si pensar que la maternidad precoz genera cambios y consecuencias muy graves para la salud, la falta de acceso de la juventud a la educación sexual y reproductiva, el nivel socioeconómico bajo de la familia, la violencia sexual, son factores que predisponen embarazos en niñas y adolescentes (Naciones Unidas, 2017).

El inicio precoz de las relaciones sexuales, está relacionado directamente con un mayor número de embarazos en adolescentes y de enfermedades de transmisión sexual. Al tiempo que, según la organización mundial de la salud, diariamente mueren 1500 mujeres debido a diversas complicaciones en los embarazos y partos y de las cuales el mayor porcentaje es adolescente. (Meléndez, V. y Pos tomé, 2016).

La finalidad de la planificación familiar es reducir la morbimortalidad materna y neonatal, consiguiendo que las parejas disfruten plenamente de su sexualidad, protegidas, logrando en un futuro una maternidad y paternidad responsables. Consideramos que la planificación familiar es un derecho del ser humano, un medio para una sexualidad responsable, y por consiguiente una mejora en la calidad de vida.

A nivel mundial el desconocimiento a cerca de la planificación familiar es bajo en países desarrollados. Sin embargo, el desconocimiento es alto en países en desarrollo, siendo una cuestión prioritaria y de emergencia especialmente en América Latina.

La palabra intervención se usa mucho en la vida cotidiana, pues en el campo de la psicología social y de las ciencias sociales en general se suele tratar el tema de

manera extensa e informativa, pero cabe señalar que en la vida cotidiana suele ser muy compleja. Las intervenciones sociales son fundamentales en el área de salud pública, aportando beneficios positivos a la sociedad en general. En nuestro caso, trabajaremos la educación, la salud y la mejora de la calidad de vida de la población adolescente, que, de una u otra manera, se ve afectada a través de riesgos psicosociales en su vida diaria.

Es indispensable el planteamiento del diseño de una propuesta de intervención socioeducativa sobre planificación familiar en la adolescencia. Así, esta se debe de realizar con doble propósito centrado en la prevención; por un lado, desde el enfoque preventivo que la minimización y erradicación del embarazo no planificado y de enfermedades de transmisión sexual y reproductiva. Siendo, como no puede ser de otro modo, por medio de la educación; disminuyendo, por ende, el índice de riesgo psicosocial.

Detectado un alto porcentaje de adolescentes embarazadas y conocedoras de las repercusiones en la salud de la madre, del bebé, y existiendo un alto riesgo de morbilidad materna, desnutrición, morbilidad, impacto psicosocial en la vida de la joven y el futuro del bebe en caso de nacer, esperamos que este trabajo de investigación sea apropiado y sirva para la comunidad científica. Y en definitiva, ayude a la mejora de la calidad de vida de las personas adolescentes, influyendo directamente a toda la población de Juigalpa en particular y de Nicaragua en general.

Para profundizar en el tema, debemos conocer nuestro contexto y saber hacia dónde queremos llegar, indagando en los orígenes que nos han llevado a la situación actual. De esta manera deben estar muy claros sobre qué punto abordaremos en nuestro trabajo y con qué personas trabajaremos, para de esta

manera lograr que el proceso investigativo sea exitoso y obtener resultados claros para que nuestro plan de intervención de lugar a posibles mejoras de la problemática.

Nuestra investigación se centra en un contexto universitario, para tratarlo no como un problema individual, sino un problema social y educativo, y la vincularemos a campos cuyas coordenadas comprenden: impacto de la planificación familiar, intervención socioeducativa y prevención de riesgos de embarazos en los adolescentes. Todo con el objetivo de establecer acciones que vayan a mejorar la aplicación de las políticas de la planificación familiar de las mujeres en edades tempranas, así como la prevención de embarazos a corta edad.

El presente trabajo de investigación se centra en el contexto de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-MANAGUA, una universidad pública y la más antigua de Nicaragua, la cual fue fundada en 1812, en la ciudad de León, es la última de las universidades fundada por España durante la colonia en América.

En 1982, se elevó a universidad los recintos ubicados en Managua, siendo esta independiente, a partir de ahí se viene fundando la Facultad Regional Multidisciplinaria de la Universidad Autónoma de Nicaragua- Managua en Chontales (UNAN –FAREM- CHONTALES), donde centraremos nuestra atención.

La Facultad Regional Multidisciplinaria de la Universidad Autónoma de Nicaragua- Managua en Chontales (UNAN –FAREM- CHONTALES), fue fundada en 1984 en Juigalpa, cuando el Instituto Nacional de Administración Pública abrió una filial en esta ciudad, pero fue 4 años después en 1988 que INAP, paso a ser parte de la UNAN – Managua y la facultad de ciencias económicas comenzó a impartir varias carreras, luego se formó el Centro Universitario Regional (CUR),

de Juigalpa, desapareciendo INAP. En el año 2010 se crea la Facultad Multidisciplinaria de Chontales, ésta empezó con 100 estudiantes y en la actualidad cuenta con más de tres mil personas matriculadas. La Universidad está ubicada en la ciudad de Juigalpa en el km 139 de la carretera al Rama, de la gasolinera Puma 800 metros carretera Puerto Díaz.

Esta es una institución educativa pública, de nivel superior que forma, capacita a personas técnicas, investigadoras dotadas de conocimientos teóricos prácticos, científicos técnicos, humanísticos, sociales, políticos y culturales de la región del país (Morón, López y Cobos; 2011).

Actualmente la FAREM está dividida en 3 departamentos, Ciencia, Tecnología y salud, Ciencias Educación y humanidades; y Ciencias Económicas para el año 2021 la matrícula general es de 3561 estudiantes, la matrícula de primer ingreso es de 1002 estudiantes. Nuestra investigación se centrará en los grupos de turno regular de primer ingreso de las diferentes carreras del departamento ciencia Tecnología y Salud, el cual corresponde a un universo de 388 estudiantes, pero también retomaremos un grupo de personas profesionales de la salud/MINSA, que en algún momento nos brindaron su aporte en opiniones que serán necesarias para el análisis de esta investigación.

1.1. JUSTIFICACIÓN

Como todo problema de investigación se antecede por una necesidad o carencia detectada, en nuestro caso proviene del diagnóstico de la situación de la juventud en relación a la planificación familiar, el alto número de embarazos a temprana edad, etc.

Actualmente, en contraposición al avance y acceso a la información, así como el desarrollo y la apertura de la educación, se sigue manteniendo un alto número de embarazadas adolescentes. Por lo tanto y basándonos en lo anterior, queremos investigar las necesidades que existen en el manejo de la planificación familiar por parte de las personas adolescentes, para así plantear una solución o propuesta de intervención.

Cabe señalar que el embarazo en estas personas, generalmente no planificado o no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de las jóvenes, además de condicionar definitivamente su estilo de vida, por lo que constituye para ellas un problema más social que médico.

En la sociedad existen muchos problemas de salud pública, sin embargo, consideramos que la adolescencia es básica y el embarazo forma parte de uno de los mayores problemas de la sociedad en general y de la nicaragüense en particular, creando multitud de consecuencias negativas, entre ellas las anteriormente mencionadas.

Durante la adolescencia y la juventud, la vorágine experimentada, tanto fisiológica como psicosocial, lleva a que en la mayoría de situaciones no se sopesen ni eluciden los factores de riesgo ligados a determinados comportamientos y actitudes, lo que ocasiona riesgos en su vida, crecimiento y desarrollo vital. Cabe señalar que no todas las personas son iguales, existe mucha juventud (tanto

hombres como mujeres) que está informada y formada con respecto a los métodos de protección contra riesgos de embarazos. No obstante, a veces el conocimiento no es impedimento para un riesgo psicosocial.

La problemática ha sido pensada y analizada, y aunque haya muchos estudios al respecto siempre genera curiosidad saber que está pasando en nuestro ámbito social y nos ubicamos en el contexto de la UNAN- FAREM- Chontales, donde se puede observar que muchas jóvenes han tenido que abandonar sus estudios por causa de un embarazo.

La prevención de embarazos a temprana edad tiene muchos beneficios sociales, como por ejemplo la reducción de la muerte materna y neonatal, menos deserción escolar ya que la adolescente embarazada, en su mayoría, termina abandonando la escuela o universidad. Por tal razón la propuesta aportará un significativo desempeño en la construcción de adolescentes con pensamiento crítico, con una autoestima alta, una mentalidad responsable y sobre todo con un criterio propio del saber actuar.

Todo ello permitirá el involucramiento externo e interno con las personas adolescentes, permitiendo crear confianza en la utilización correcta y responsable de los métodos anticonceptivos, entre otros factores. Pretendemos que en nuestra universidad se formen círculos de personas adolescentes y que sean ellas mismas las protagonistas de mantener una información adecuada y responsable ante el uso de métodos anticonceptivos. Uno de los puntos fuertes de esta investigación no solo es describir qué conocen las personas adolescentes, o cuantificar el número de personas con algún tipo de problema o carencia, sino el establecer la propuesta que abrirá una nueva visión y actuación en estas personas.

La planificación familiar es un aspecto importante dentro de la salud pública y sobre todo en las ramas de las ciencias médicas (enfermería) y como profesionales de la salud tenemos la obligación de mejorar el bienestar de las personas, que parafraseando a la (OMS, 2016) la salud es el completo bienestar físico, mental y social de las personas, no solamente la ausencia de enfermedades.

Es de vital interés querer mejorar este nivel de salud, especialmente en la de las personas universitarias, generando una menor deserción escolar, lo que conlleva a un mayor número de profesionales, por consiguiente, una mejora de su calidad de vida, y un mayor desarrollo del país.

Todas estas razones fueron las que nos encaminaron a embarcarnos en la elaboración de la presente Tesis Doctoral que, sin duda, nos ayudará a profundizar en los aspectos anteriormente citados, conociendo y comprendiendo mejor las diferentes características de la planificación familiar, la adolescencia y la reducción de embarazos.

1.2. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.

Una vez analizada la problemática y todos aquellos aspectos relacionados con la misma, consideramos la necesidad de actuar, de una manera más específica, en el tema central de nuestra investigación.

Tras la realización de una búsqueda bibliográfica sobre el tema en cuestión y realizar el estudio pertinente, como hemos podido plasmar en el marco teórico de nuestra investigación, el problema de la planificación familiar y embarazos en personas adolescentes es algo que afecta a todo el territorio de Nicaragua, pero considerando que sería un estudio inalcanzable para nosotros, y aun siendo conocedores de esta realidad, hemos creído oportuno centrar nuestra investigación

en una sola Facultad, en este caso concreto en la Facultad Multidisplipinaria de Chontales, UNAN-FAREM-Chontales.

Nuestra investigación se centra en el caso del alumnado en edades de acceso de 15 a 20 años. Aunque si bien es cierto que la adolescencia inicia en edades más tempranas, en este caso retomaremos solamente estas, ya que es el periodo de inicio de la etapa universitaria y, además, están dentro de la adolescencia. Por otra parte, es reseñable que tomaremos a adolescentes de sexo femenino y masculino puesto que ambos son responsables de mantener una sexualidad oportuna y además son cruciales para trabajar el tema en cuestión, ya que:

- Son las primeras edades para la inmersión en las relaciones sexuales.
- Es un momento donde se deben adquirir una serie de conocimientos que se han de asimilar, interiorizar, poner en práctica, etc. y que resultan elementales y esenciales para la formación laboral y personal del individuo, donde se les va a dotar de una serie de herramientas, estrategias y destrezas de las que carecen, capacitándolos, así como para su desarrollo personal y a la vez mejorar su calidad de vida.

Pero además, retomamos parte del personal de salud de la comunidad universitaria que es merecedor de código profesional del MINSA, entre ellos personas licenciadas en enfermería y medicina, quienes en algún momento me brindaran su punto de vista sobre la temática de esta investigación.

La necesidad de ajustar este trabajo de investigación en 2 puntos de vista diferentes, alumnado y profesionales del MINSA, se manifiesta en el hecho de que los primeros son el eje fundamental y clave para darnos a conocer cómo viven sus

relaciones sexuales, sus inquietudes y sus propuestas en el caso que las hubiese. Es decir, podremos analizar el punto de vista de las personas más directamente implicadas, desde la perspectiva del alumnado y desde las personas profesionales de la materia, que nos mostrarán una visión más directa y concisa, la práctica cotidiana con relación a la utilización de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos en adolescentes.

Tenemos consciencia de que los datos que obtengamos no serán generalizables a todo el territorio nicaragüense, pero sí consideramos y quizás podemos decir que será el punto de partida para nuevas investigaciones y estudios, además que aportará datos para conocer una realidad existente y así poder realizar posibles propuestas de mejora, que en algún momento tomaremos en cuenta para realizar intervenciones.

No es fácil delimitar un problema de investigación en el campo de la educación, y tal como indica Latorre (2003:55): “en ocasiones hasta puede que resulte la tarea más compleja del proceso de investigación”. Este análisis se manifiesta dada que las realidades que se presentan en educación para la salud es muy compleja y problemática. Se puede manifestar que hasta hoy en día, no existe claro un modelo de intervención en relación a la educación para la salud, con incidencia en la planificación familiar.

Por este motivo, queremos manifestar que nuestra investigación es trabajada intentando buscar la mejor forma de resolver el problema que planteamos. En este sentido nuestro problema de investigación se posiciona en el campo de la salud.

Consideramos que la Educación y la salud son elementos claves para el desarrollo personal y social de los seres humanos, considerando de igual forma que es parte de la mejora de la calidad de vida el estar en posesión de ambos.

Sin embargo, esta afirmación que proviene de alguien que se dedica a la formación y la salud puede considerarse algo inconveniente. Muchos/as podrían rechazar nuestras palabras por algunas razones e incluso, atribuir corporativismo, pareciendo que tratamos de defender a toda costa nuestro papel en una sociedad que está viviendo una crisis en ambos sectores, educación y salud. Sin embargo, hay muchos documentos de carácter internacional que avalan la importancia de ambos.

Como personas investigadoras nos vemos obligadas a defender la función que cumple la labor educadora en el ámbito de la salud. Sobre todo, cuando hablamos de educación para la salud, que, pese a verse inmersa en un sistema de desarrollo emergente de las tecnologías de la información y, un proceso globalizador, encontramos cómo estos factores que en principio son base para motor de cambio y mejora, en muchas ocasiones se convierten en lastres, elementos de retroceso y exclusión; formando así parte de esta problemática multifactorial.

No podemos entender estos aspectos de forma individual, es decir, educación sin salud y salud sin educación en nuestro ámbito es un binomio irremediablemente inseparable. No se puede alcanzar el éxito con formación sin una buena calidad de vida y viceversa, que además de facilitar el éxito individual de cada uno de los seres humanos, también contribuye a mejorar este mundo en el que vivimos de forma colectiva.

Según experiencia propia, a los centros de salud del municipio de Juigalpa Chontales, asiste un gran número de mujeres embarazadas; al igual que dentro del recinto universitario FAREM-Chontales se pueden visualizar embarazadas adolescentes y sobre todo durante los primeros años de las diferentes carreras. Podemos asegurar que la mayoría de las personas durante su primer ingreso a las

carreras son adolescentes, y que de una u otra razón esto ocasiona riesgos psicosociales.

Por mi labor como “docente horario” de este recinto universitario y como profesional de la salud, he podido observar en unidades de salud a muchas adolescentes acudiendo a su programa de planificación familiar, pero no se sabe con qué responsabilidad asumen esta etapa, también cabe señalar que otra parte estas jóvenes, de preferencia suelen hacerlo a escondidas, a veces asisten a una unidad de salud privada o simplemente realizan anticoncepción de emergencia, con el fin de no tener una mala imagen ante la sociedad, ya que en nuestra cultura Nicaragüense aún existen muchos arraigos y tabúes perpetuados desde la propia familia y con extensión social.

Como todo problema de investigación viene acompañado de antecedentes o casos relevantes que hacen de su interés, la experiencia profesional hace muchas veces despertar curiosidad por la investigación, en mi caso la experiencia en el campo de la salud me ha llevado a observar muchos casos de embarazadas adolescentes, y esto lo he notado tanto en las unidades de salud, comunidad y comunidad universitaria.

1.2.1. Objetivos de la investigación.

Todo lo mostrado hasta el momento nos trasladó a establecer un conjunto de propósitos específicos que deberán guiar nuestra labor investigativa y conceder sentido a todas y cada una de las fases de la investigación que procuramos establecer, desde la revisión de la bibliografía, hasta la reflexión acerca de las conclusiones.

En el momento de hablar de objetivos que pretendemos alcanzar con la

elaboración de este trabajo de investigación, estimamos necesario realizar una breve distinción entre el planteamiento de los objetivos generales y de los objetivos específicos.

Los objetivos generales se formulan con base al problema de investigación, aquí se expresa el propósito general de la investigación, este responde a la pregunta que se va investigar y que busca con la investigación, por lo tanto todo objetivo general se debe de iniciar con un verbo en infinitivo que se pueda evaluar, verificar, explicar, evidenciar o interpretar en un momento dado. (Mora, 2005). En cambio, los objetivos específicos se derivan del objetivo general, plantean las variables en estudio y lo que se desea lograr a través de ellas, se usan verbos en infinitivo al igual que el objetivo general.

Nuestra investigación nace con el propósito de investigar en profundidad el modelo de programas de planificación familiar, describir las percepciones y conocimientos de los agentes implicados, principalmente para conocer los posibles proyectos que se puedan plantear en un futuro y que vayan a ser de mejora de la calidad de vida de los adolescentes.

De este método se recogerá los objetivos generales y específicos que articularán el presente trabajo de investigación.

Para el proceso de la investigación, proyectamos los siguientes objetivos:

Generales:

- a) Analizar el programa de Planificación Familiar con su normativa que existe en las unidades de salud.
- b) Describir el grado de conocimiento y valoración que tiene el alumnado adolescente, sobre determinados elementos de la planificación familiar.

Específicos:

Estos objetivos, están estrechamente relacionados, se concretan en base a cinco bloques de contenidos con significación en el conocimiento, valoración y posibles resultados de la investigación, para ejercer la propuesta de intervención.

1. Conocimiento de programas de Planificación familiar y sexualidad:

- a) Determinar el grado de conocimiento que posee el alumnado sobre Planificación Familiar y sexualidad.

2. Conocimiento del programa planificación familiar y su aplicación en el campo de la salud.

- a) Establecer el grado de conocimiento que poseen las personas profesionales de la salud/MINSA en los elementos que componen el programa de planificación familiar.

3. Valoración de los programas de Planificación familiar de Juigalpa.

- a) Conocer el grado de satisfacción que tiene el alumnado sobre los programas de planificación familiar.
- b) Conocer el grado de satisfacción que tienen las personas profesionales de la salud/ MINSA en cuanto a la participación de adolescentes en el programa de planificación.

4. Necesidades de formación e información y propuestas de mejora en la materia objeto de estudio.

- a) Identificar necesidades de formación/información por parte de las personas implicadas.
- b) Identificar propuestas de mejora en relación al objeto de estudio por parte de las personas implicadas.

5. Proyección de mejora sobre la situación actual:

- a) Elaborar un informe con las conclusiones extraídas de la investigación, lo cual nos ayudará a establecer una guía de medidas potenciales para la correcta elaboración de nuestra intervención.
- b) Elaborar un proyecto de intervención socioeducativa en la UNAN- FAREM - Chontales, según los resultados encontrados.
- c) Abrir posibles líneas de investigación futuras que complementen la labor realizada a lo largo de este trabajo.

1.3. ESTRUCTURA DEL PRESENTE INFORME DE INVESTIGACIÓN.

El presente informe de investigación que mostramos conserva una estructura clásica, considerando que favorecemos a su claridad. Consta de cuatro bloques imprescindibles en lo referente a la manera en la que se encuentra distribuido.

La primera parte (Marco Teórico), la consignaremos a la exposición de la estructura formal del Trabajo, así como fundamentar teóricamente la realidad concreta que rodea al objeto de estudio central de nuestra investigación.

Tras la primera fase, presentamos el segundo capítulo titulado *Fundamentación Teórica de la investigación*, la cual consta de partes bien diferenciadas y que recoge la revisión bibliográfica realizada para determinar los elementos conceptuales en los que se sustenta la investigación. En definitiva, es el marco teórico de nuestra investigación.

La segunda parte (Marco Metodológico), nos asentará en el estudio de campo

propiamente dicho, así como en el análisis de los datos, es decir, pasaremos de lo general a lo particular, mostrando los aspectos metodológicos que van a guiar de manera formal a nuestro estudio de investigación. Estará compuesto por diferentes epígrafes que se integraran para dar respuesta al “porqué” y al “cómo” de nuestro interés investigador por esta temática. Para esto, procederemos a la delimitación del objeto de estudio, llegando así a poder presentar los objetivos, tanto generales como específicos, que han encaminado nuestro camino investigador.

La última parte (Conclusiones y propuestas de intervención), se realiza en base a las conclusiones y resultados que se derivaran del conjunto de esta investigación, así como las limitaciones con las que nos encontraremos en el transcurso de este trabajo y a la vez precisar posibles intervenciones a realizar. Aunque en este momento solo se esté destallando con claridad cada uno de los apartados, este es el orden que estaremos llevando al concluir.

Estos tres bloques irán precedidos por el presente capítulo *Contexto y ámbito de la investigación*.

Seguidamente, se presentará el apartado destinado a la presentación de *Fuentes bibliográficas e Informáticas* de las que nos hemos valido y seguiremos retomando para que nuestro trabajo tenga valides y poder hacer una comparación científica técnica que permitirá que nuestro trabajo sea aceptable científicamente.

Como para finalizar el trabajo o para cierre de este, estamos adjuntando una serie de anexos requeridos por el propio estudio, con el fin de que puedan llegar a explicar, aclarar, profundizar o analizar, sobre los diferentes aspectos que trataremos a lo largo de esta investigación. Añadiremos también los instrumentos que se utilizará para la recogida de la información, y que se ha elaborado personalmente siguiendo de manera ordenada el orden de las variables, y

atendiendo a las necesidades propias que traerá consigo la realización de la investigación.

Cabe destacar que en estos momentos añadiremos los instrumentos que se utilizaran para la recogida de la información de la investigación.

Para finalizar este apartado, sintetizamos en la siguiente figura la estructura de la investigación que acabamos de describir:

Figura 1: Estructura de la Tesis



Fuente: (Elaboración Propia)

MARCO TEÓRICO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN

La fundamentación teórica se considera una base muy importante ya que (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) se trata de un proceso de inmersión en el conocimiento existente y disponible que puede estar vinculado con nuestro planteamiento del problema. Así mismo, es importante aclarar que Fundamentación Teórica no es lo mismo que Teoría, por lo tanto, es un punto que se ampliará con fundamentos propios basados en quien realiza el trabajo investigativo. Siguiendo a Hernández, Fernández y Baptista (2010), encontramos que cuando elaboramos el marco teórico es necesario centrarse en el problema de investigación, un buen marco teórico no es aquel que contiene muchas páginas, si no el que trata con profundidad los aspectos relacionados con el problema de investigación.

Cabe señalar que esto no significa solo recoger la información, si no conectarla y analizarla, la redacción y narración en este punto son bases importantes que se deben de tomar en cuenta.

Adentrándonos en el tema que nos ocupa, ha de reseñarse que las personas desde tiempos ancestrales han utilizado todo tipo de sustancias y artefactos para controlar los embarazos, algunos de ellos no solo fallaban si no que podían ser peligrosos y nocivos para la salud. Así, los primeros datos que se obtienen de métodos anticonceptivos se remontan al Papiro de Petri de 1850 A.C., donde, en un libro titulado Historia de los animales se cuenta parte de la historia de los métodos anticonceptivos.

El coitus interruptus ya aparece mencionado en el pasaje bíblico Génesis (38, 8-10), «cásate con la mujer de tu hermano y cumple como cuñado procurándole

descendencia para tu hermano». En este, se describe como Onán, que sabía que la descendencia no iba ser de él, derramaba el semen en la tierra.

A nivel mundial existen problemas relacionados con la anticoncepción y principalmente con los embarazos no deseados en adolescentes. Los métodos anticonceptivos se han usado desde hace miles de años y surgieron por la necesidad del ser humano de poder decidir el momento para su procreación. Antes del avance técnico y médico, los métodos naturales fueron los primeros en ser utilizados; posteriormente, el método anticonceptivo más usado en el mundo era el condón masculino desde la época de los egipcios, con la finalidad de prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. (Vargas, 2013, p. 3).

La incidencia en España de embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual ha aumentado en los últimos años, a pesar del creciente interés social e institucional y las campañas de información general dirigidas a los jóvenes (Callejas et al., 2005). A pesar de que es un país desarrollado vemos que el embarazo en adolescentes, es un problema generalizado, podríamos decir que se expande mundialmente y lo podríamos llamar una pandemia de la juventud.

En el año 2000 hubo un aumento en la demanda de anticoncepción de emergencia del 0,2% entre los 15 y 19 años, el doble que en la franja de edad de 20 a 24 años. Se puede considerar que la adolescencia es una etapa en la cual se empiezan a tomar decisiones, a veces no correctas, que ponen en juego la salud física, mental y social de las personas.

En América Latina y El Caribe aproximadamente el 50% de las personas adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos y entre el 53% y el 71%

de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años (Mendoza, Claros y Peñaranda, 2016, p.244). En países como Colombia en el año 2010, se recoge como el 14% tuvo su primera relación antes de cumplir los 15 años, el 60% antes de cumplir los 18 años y el 82% antes de cumplir los 20 años (Mendoza, et al., 2016, p.244). En este país la planificación familiar es considerada como un derecho esencial a la dignidad humana (Rodríguez y Muñoz, 2003). Aunque para Colombia la planificación familiar es un derecho esencial, se tiene el riesgo de un embarazo a temprana edad y por lo tanto muchas veces no deseado. Asimismo, encontramos como en América Latina la tasa de mujeres adolescentes embarazadas corresponde a un 21,6% y un 38% tiene un hijo o más (Gogna y Binstock, 2007).

En relación con la anticoncepción entre las adolescentes, se observa que, en Nicaragua, el uso de métodos de planificación familiar en este grupo etario ha aumentado significativamente en la última década (Torrez y González, 2009). Así, en otro estudio, Guttmacher se indica que en el año 2001, al menos 9 de cada 10 mujeres de 15 y 19 años tenían conocimiento sobre uno o más métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, el hecho de que las adolescentes manifiesten tener conocimientos de tales métodos no significa que decidan usarlos u como obtenerlos y usarlos correctamente. (Cruz y Castillo, 2015A). Estamos ante un país donde la salud es gratuita, podemos acceder a un método de planificación e información cuantas veces queramos. No obstante, la disposición de la persona no es esa; por otro lado, no se debe obviar la violencia sexual como una de las principales causas de esta problemática.

En un estudio presentado en la facultad de las ciencias de la salud realizada en Valencia en el año 2014, titulado *Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en un grupo de jóvenes*, cuyo autor es William Casadiego, y atendiendo a una parte de

las conclusiones, plasma que la mayoría de los adolescentes tienen poca información acerca de los métodos anticonceptivos, no conociendo ciertos métodos hormonales, desconociendo también métodos naturales. En el mismo trabajo se afirma que quienes tienen vida sexual activa, no utilizan en su mayoría métodos para la prevención de embarazos. (Casadiego, 2014).

Para Cruz y Castillo, (2015b) en Nicaragua los niveles de conocimientos sobre la anticoncepción son consistentemente altos, pero no se reduce los embarazos a corta edad o no deseados.

A nivel del departamento de Chontales no se conoce un documento de investigación acerca de la anticoncepción de las personas adolescentes, sin embargo, se ha visualizado un gran número de adolescentes acudiendo a los centros de salud al programa de planificación familiar y al mismo tiempo también otras jóvenes acudiendo al programa para control prenatal. Significa que se debe investigar que está pasando con la anticoncepción o planificación familiar en adolescentes.

Cabe señalar que en lo mencionado los estudios han señalado que gran parte de las personas adolescentes tienen una vida sexual activa, que hay un aumento de los casos de adolescentes embarazadas y que existe un mal manejo de la planificación.

2.1 APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Para tratar de conceptualizar el concepto de Educación para la Salud (en adelante EpS) tenemos que reseñar la complejidad que presume concretar su definición.

Parte de la historia de Educación para la salud viene transitándose y fortaleciéndose desde el siglo pasado a partir de la década de los 70, cuando se le prestó mayor atención. Ya en la presente centuria tiene mayor espacio de realización y consolidación, la primera vez que se utilizó el termino de promoción de la salud fue en 1943, cuando Henry E. Sigerist, definió las cuatro grandes tareas de la medicina como: promoción de la salud, prevención de riesgos y enfermedades, curación y rehabilitación del enfermo; con lo anterior, la promoción como concepto de salud comienza a abordarse por la organización mundial de la salud (OMS), en 1978, en la declaración de Alma Ata, donde se adoptó la meta de salud para todos.

En esta declaración se reconoce formalmente el enfoque de cuidados primarios de la salud como estructura para el mejoramiento de la salud en los habitantes del planeta, posteriormente en 1986 en Ottawa, Canadá, la OMS, lleva a cabo la primera conferencia internacional, cuyo objetivo iba dirigido a la implementación, por parte de los países industrializados, de los principios sostenidos en la declaración de Alma Ata; donde se define la promoción de la salud como: proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre esta, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades de cambiar o adaptare al medio

ambiente.

La política de promoción de la salud abarca múltiples factores sociales y no es prioritaria solo del sistema de salud, si no que este ha tomado fuerza desde la segunda mitad del pasado siglo y se extiende en diferentes ámbitos como son investigación y los servicios de salud. (Díaz, Pérez y Báez, 2012).

2.1.1 CONCEPTO DE EDUCACIÓN

Concretar el sentido de educación requiere primeramente fundar sus características diferenciales. Nos hallamos, ante la definición de un concepto que comprendía el objeto de Educación para la Salud, por lo que una definición insuficiente de educación nos trasladaría a un axioma de Educación para la Salud incongruente o incompleta.

Según Perea (2002) hemos de construir una primera diferencia: dialogamos de educación entendiéndola como hecho y como reflexión teórica o conceptualización de una acción. Se abre, así, la panorámica que considera la educación como objeto, y, por otra parte, la ciencia que sistematiza los conocimientos del hecho educativo.

El proceso educativo no se equipara precisamente con “cambio” o el impreciso concepto de evolución o desarrollo... Es decir, el solo desarrollo o cambio no envuelve una transformación cualitativa favorable en las personas. Hay desarrollos que se pueden considerar buenos y sanos, pero también los hay malos o nocivos (Arroyo, 1993).

Entrar en la definición etimológica del término Educación, tanto si consideramos el vocablo educere (extraer, sacar a la luz, en el sentido socrático, desde dentro hacia afuera), como si se estudia la voz educare (criar, nutrir, o alimentar), están significando ambas lo que es propio de la raíz duco es decir, “tirar, sacar, traer, llevar, hacer salir, guiar, conducir” (Sanvisens, 1984).

De esta forma tenemos implícito un doble sentido: cuidado, conducción, desde fuera, pero además auto conducción o conducción desde dentro, por ello, manan dos vertientes distintas: la heteroeducación y la autoeducación. Por ello, Martínez (1987) asevera que la noción de educación, es simbiótica entre educare y educere.

Para Perea (2002) la educación como hecho es una evidencia que surge en las numerosas formas de cultura como integrador de la vida de los grupos sociales y de su pervivencia a lo largo de la historia. Nos encontraríamos con modelos diferentes según los grupos humanos y sociedades que se analicen, y según qué época se estudie.

Por otra parte, nos encontramos con posiciones teóricas diferentes, a la hora de concretar educación, que sin duda proceden de las creencias, experiencias y escalas de valores de los respectivos autores.

Entre los autores podemos nombrar a Arroyo (1983b) que ha explicitado los rasgos propios de la educación, y mostró los siguientes apuntes básicos que el concepto básico de la educación debe abarcar:

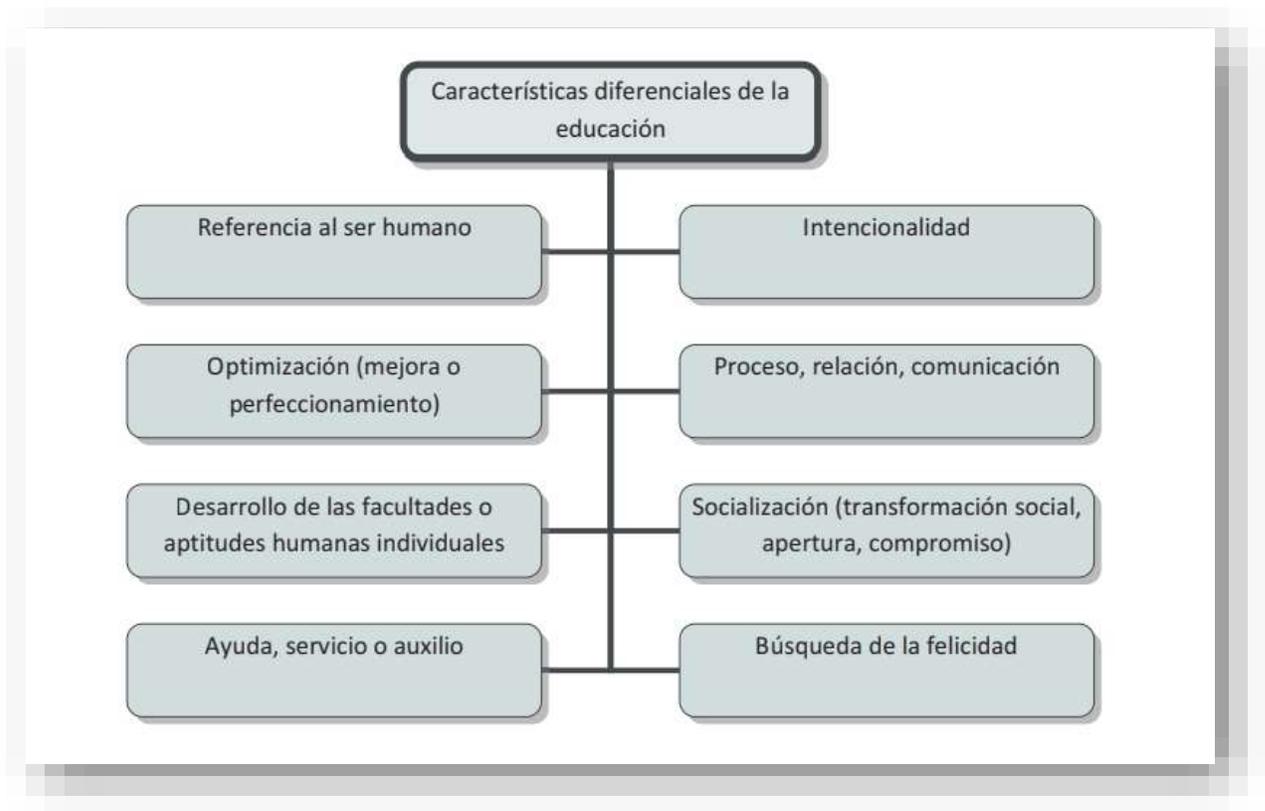
- a) El término educación designa no sólo una actividad o proceso sino también el efecto de esa actividad: “Acción y efecto de educar”.

- b) La educación propiamente dicha se refiere al hombre; es un proceso humano, que supone de algún modo racionalidad y “libertas”.
- c) La educación encierra necesariamente la orientación a un fin. El significado de la educación no se comprende sin referencia al fin o los fines de la misma.
- d) El fin de la educación debe implicar, de un modo u otro, una mejora, dignificación o perfeccionamiento del sujeto humano.
- e) La educación, en última instancia, depende y está condicionada por opciones o decisiones previas sobre las cuestiones acerca del sentido y valor del hombre, mundo, sociedad, transcendencia de la vida humana. Se inscribe, por tanto, en un “sistema” de valores, del cual recibe inspiración y guía.
- f) La educación del hombre, de todo hombre, estará sometida y deberá respetar las exigencias básicas que dimanen de la libertad, dignidad y derechos fundamentales de la persona humana. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) otorga fuerza política y moral a esos derechos “del hombre”, de “toda persona” (Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo, 1,2).
- g) La educación, ya se considere como actividad o como efecto, no se comprende plenamente sin una referencia –explícita o implícita- al bien de la persona humana como un todo y unidad psicofísica indivisible, sujeto último de atribución de los efectos educativos. El criterio de interpretación de una influencia o efecto presuntamente educativo deberá tener en cuenta esa referencia al “bien de la persona”, y no sólo a un aspecto o dimensión de la

misma. Se entiende, por otra parte, que ese “bien” de la persona íntegra todos los aspectos de la existencia individual y social, sin excluir, en su caso, la dimensión ética o religiosa en el respeto a la libertad de conciencia y a las convicciones íntimas de educadores y educandos (Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo, 1,18).

Siguiendo con otro autor, López-Barajas (2000), reflexiona, las siguientes características diferenciales de la educación que mostramos en la siguiente figura:

Figura 2. Características del concepto de Educación.



Fuente: López Barajas (2000).

2.1.2. CONCEPTO DE SALUD

Consideramos que el vocablo salud pertenece a ese grupo de concepciones cuya diversidad semántica y distinta percepción cultural permite considerarlo como ciertamente ambiguo (González y García, 1998). Posiblemente entendemos una idea más o menos clara de lo que es la salud y, muy posiblemente, nos asombraría confirmar que nuestra definición puede ser desigual a la de otras personas. Como todo concepto impreciso, el de salud está determinado por las personas y la cultura, con una constante evolución.

Castillo Lemee (1998) asevera que el sentimiento de estar sano se basa en algunos elementos objetivos, pero, sobre todo, en dimensiones subjetivas dificultosas de precisar. De cualquier manera, “estar sano” no es lo mismo para una persona joven que para una persona adulta mayor, para la mujer que para el hombre, para una persona trabajadora intelectual que para una persona obrera, etc... Sin embargo, nos hace falta compartir una noción común de salud si se trata de convertir el acceso a ella en una tarea de todos. Tendríamos que examinar la relatividad del concepto salud y admitir una definición que habría que ser revisada con asiduidad.

A continuación, mostraremos con el término Salud un examen histórico y etimológico afín al que hemos realizado anteriormente con el término Educación.

Para Perea (2002) el término Salud proviene del latín “salus” y significa el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. El sentido del término salud ha ido evolucionando en relación al momento histórico, cultural,

social, así como del nivel de sapiencias que se han ido obteniendo a lo largo del tiempo.

En los primeros años de la historia se conservó, el pensamiento originario (mágico-religioso), ajustado en la creencia que la enfermedad era un castigo divino; esta actitud aún se conserva hoy día en algunos pueblos o tribus de África, Asia, Australia y América.

En las civilizaciones egipcia y mesopotámica se originó un cambio de idea donde se desplegó un mayor interés por la higiene personal y pública. Sabemos que la palabra higiene, así como el actual juramento hipocrático halla su origen en la cultura griega, inspirada en la mitología: Higea “diosa de la salud” e Hipócrates “padre de la medicina”.

Posteriormente, el pueblo romano usó sus conocimientos de carácter urbanístico a la salud pública, edificando grandes acueductos para la dotación de aguas, como para el alejamiento de las sustancias de desecho.

Hasta mediados del siglo XX, se continuó concibiendo la salud en términos negativos, como ausencia de enfermedad e invalidez.

Belando y López (2003) piensan, erradamente, que la visión negativa del término salud ya no es compartida por nadie, pues no se atiene a la realidad, y no es operativa, porque:

- 1) Su aceptación supondría acotar un límite entre lo normal y lo patológico, lo que no siempre es factible;
- 2) Los conceptos de normalidad cambian con el tiempo.

3) las definiciones negativas no son útiles en las ciencias sociales (así como, por ejemplo, no se puede afirmar que la paz sea la ausencia de guerra, tampoco podremos decir que la salud sea la ausencia de enfermedad).

Aun así, la mayor parte de los gastos públicos en salud se destinan a servicios, instalaciones, equipamiento tecnológico e investigación para tratar las enfermedades, por lo que es un hecho la gran influencia que dicha tesis de salud continúa ejerciendo en la sociedad. De hecho, no será hasta mediados del siglo XX cuando la Organización Mundial de la Salud (1948) defina en su Carta Magna, concretamente en el artículo 11, la salud como: “Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades”.

La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los Estados y los individuos”.

Si examinamos esta definición, nos encontramos con dos aspectos significativos (García Martínez, et al; 2000:29):

a) Por un lado, la utilización de términos abstractos, que se observan en la formulación de buenos e incluso utópicos deseos en consonancia con la pretensión de promocionar la salud, antes que de definirla, así como en la

propuesta de cambiar la sociedad de manera que posibilite la plena realización de las personas.

b) Por otro, aparece otro enfoque estático del concepto de salud, como afirma Polaino (1987), al considerarlo como un estado “completo de bienestar físico, mental y social”.

La definición en sí, concibe la salud como situación positiva que tiene en cuenta a la persona en su totalidad. Esta construcción interconectada de salud total, o completa, como presenta la OMS, es más bien un esbozo holístico y utópico, que como indica García (2000) tiene más de intención o voluntad política de que realidad.

No obstante, un acercamiento sistémico a la visión de una salud global, en interacción de la persona como individuo social, a la vez que mente que se siente y tiene su propia idea de la armonía o equilibrio de su cuerpo con el cuerpo social (grupo) al que pertenece, en el medio ambiente en el que se encuentra, “es una transformación positiva de las estructura equilibrada del *mens sana in corpore sano*, para extenderla holísticamente a una cosmovisión revolucionaria del futuro de la salud” (Sarlet, García y Belando, 1996:95).

Sea como fuere, esta definición supuso un verdadero cambio cualitativo respecto de las concepciones anteriores, ya que incluía junto con la dimensión física, también la psíquica y social y sirvió como punto de partida para los debates posteriores que sobre este término se han ido produciendo. Aunque, sin embargo y a pesar del avance cualitativo, esta definición sufrió posteriormente numerosas críticas, ya que se la calificó como algo absoluta, estática e incluso utópica.

Como puede comprobarse, la definición de salud ha ido sufriendo modificaciones diversas en el tiempo, desde la rigidez clásica de la ausencia de la enfermedad a la maleable del completo estado de bienestar, concepciones que han condicionado modelos de planificación e intervención, estableciendo distintas metodologías para acercarse a la realidad sociosanitaria de las clases sociales (Ponce, Muriel y Gómez, 1997).

A día de hoy, nos encontramos constantemente con la definición originaria de salud de la OMS. Como ya hemos asentado con anterioridad, supuso un adelanto en su pensamiento y un sustancial cambio cualitativo para el futuro. Terris (1980) y San Martín y Pastor (1988) tras criticar la definición establecida por la OMS, la han modificado proponiendo la eliminación del término “completo”, formulando en el caso de Terris la siguiente definición de salud: “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Son cuantiosas las definiciones que se han enunciado sobre el concepto de salud, tropezando con un elemento común en todas ellas, la formulación de la salud en términos positivos, de esta forma podemos determinar que la salud hoy día no es entendida como ausencia de enfermedad, ya que ha quedado superada dicha acepción.

Para finalizar este punto, detallamos a continuación, los elementos que se desglosan según Sarlet, García y Belando (1996), de las aportaciones anteriores sobre el concepto de salud y que, para según nuestra visión, componen los ejes primordiales sobre los que cimentar las intervenciones en salud. Dichos aspectos

propios de nuestra posición sobre la salud son los que exponemos a continuación (Pedrero, 2012):

- Concepto que debe ser determinado en términos positivos, siendo un concepto dinámico; no se puede intentar definirla como algo estático ni absoluto. La salud es, además, un proceso.
- Influida por múltiples aspectos, entre los que podemos encontrar los físicos, mentales, sociales, entre otros.
- Debe ser concebida como recurso para la vida y constituye un factor fundamental de la calidad de vida.
- Elemento que permite ampliar las potencialidades de las personas. Es decir, la salud proporciona el crecimiento personal, lo que conlleva un sentimiento de satisfacción y plenitud.

2.1.3. CONCEPTUALIZACIÓN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Partiendo de las ideas expuestas con anterioridad sobre salud, podemos entender que la educación para la salud es una herramienta de promoción de salud, que facilita habilidades para que las personas opten por las opciones más saludables, siempre que el entorno procure oportunidades de elección. Sin embargo, hay que esclarecer que la educación para la salud no se refiere únicamente a las conductas individuales de salud y de riesgo, sino que pretende desarrollar actividades destinadas a grupos y organizaciones que sensibilicen sobre las causas ambientales, económicas y sociales de la salud y de la enfermedad (Pedrero,2012).

Como hemos podido observar el concepto de salud se ha ido modificando con el paso del tiempo, pero hablar de salud conlleva la necesidad de observarla en

términos positivos, dinámicos, holísticos y ecológicos, en los que la educación, la participación comunitaria y los aspectos sociales tienen un importante papel.

Para poder concretar qué es Educación para la Salud, debemos reflexionar y partir de las propias definiciones de Educación y Salud, ya que la concepción que poseamos de ambos conceptos definirá qué entendemos por Educación para la Salud.

Numerosas instituciones o autores/as han definido, si bien no de manera uniforme, pero sí de forma coincidente, la concepción de Educación para la Salud. Como punto de partida, es bueno efectuar una aproximación al término, que permita trazar el tema y ver su predecible evolución.

El interés por la Educación para la Salud tiene una larga trayectoria, donde la especie humana ha manifestado una gran preocupación por la salud y su transmisión; sin embargo, la evaluación sistemática y científica es relativamente reciente.

Para Perea (2002) la educación para la salud se convierte en disciplina como materia autónoma en 1921, con el primer programa de Educación para la Salud que ofreció el Instituto de Massachusetts, si bien, había sido empleado por primera vez en 1919, en una conferencia sobre asistencia a la salud infantil.

Para Calvo Fernández y et al; (1996), tras examinar distintos axiomas, los múltiples conceptos de Educación para la Salud podrían constituir las doctrinas de las diferentes personas profesionales y organismos que están comprometidos en su

estudio, aunque tienen como objetivo común la transformación de los conocimientos, actitudes y conductas, hacia una salud efectiva.

Siguiendo la citada revisión, describimos algunas definiciones (Pedrero, 2012):

- La primera organización profesional surge en 1922 The Public Health Education, perteneciente a la Asociación Americana de Salud Pública. Esta asociación define la Educación para la Salud como la suma de experiencias y motivaciones que incrementan el conocimiento de la salud o influyen en el comportamiento sano.
- El Comité de Terminología para la Educación para la Salud la entiende como un proceso con dimensiones sociales, intelectuales y psicológicas, relacionadas con las actividades que incrementen las capacidades de la gente para tomar decisiones informadas, que afectan su bienestar personal, familiar y comunitario.
- Salleras (1985): la Educación para la Salud no sólo debe ser un instrumento fundamental para la consecución de los objetivos de la Salud Pública en la fase de Promoción de la salud, sino que lo debe ser también, y de igual manera, en la fase de Restauración de la salud.
- National Conference on Preventive Medicine (1975): proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugnando los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos. Después de fundarse la primera organización profesional de Educación para la Salud en 1922, tendríamos que esperar hasta 1937 para que se estableciera una cualificación profesional. Cuatro

décadas después, en 1977, se editó un documento que regulaba las funciones de los educadores de la salud pública. La formación de estos educadores se impartió en diversas instituciones y niveles, desde el bachillerato hasta la formación postuniversitaria. El número de programas fue en aumento, y se les consideró a los educadores para la salud el primer ámbito profesional en la promoción de la salud por su contribución a la reducción de problemas de salud y, en consecuencia, a elevar el nivel de bienestar en la sociedad (Rothman y Byrne, 1981).

Salleras (1985) muestra que, en la última conferencia de Medicina Preventiva celebrada en los Estados Unidos en 1975, se expone la definición más completa de Educación para la Salud, donde se encierran actividades que conducen a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las que los individuos pueden mejorar su propia salud;
- Motivar a la población para que, con el cambio, consiga hábitos más saludables;
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarios para adoptar y mantener unos hábitos y estilos de vida saludables;
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludables y una conducta hacia la salud positiva;
- Promover la enseñanza, la formación y la capacitación de todos los agentes de Educación para la Salud de la Comunidad;

- Incrementar, mediante la investigación y evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos. Como hemos podido observar en las definiciones presentadas anteriormente y como ocurre casi siempre en los comienzos de la estructuración y sistematización de un saber autónomo, las posiciones de los autores son diferentes.

En la actualidad podemos observar cuantiosas definiciones formuladas sobre Educación para la Salud, provocando algunas discusiones. La Organización Mundial de la Salud (1969) en su definición, perseveró en la idea de preparar a las personas y grupos sociales, dotándolos de medios y recursos para la toma de decisiones, y donde se en la preparación de los sujetos y los grupos sociales, en la necesidad de dotarlos de medios y recursos para tomar decisiones correctas, manifestando la Educación para la Salud como: “El proceso que se interesa por todas aquellas experiencias de un individuo, grupo o comunidad que influyen las creencias, actitudes y comportamientos en relación a la salud, así como por los esfuerzos y procesos que producen un cambio cuando éste es necesario para una mejor salud”.

En 1978, la OMS en la Conferencia de Alma Ata, crea las estrategias que en materia de salud se desarrollarán en todas las naciones, por la necesidad imperiosa por parte de todos los gobiernos de proteger y promover la salud, con la idea de lograr la “Salud para todos en el año 2000”.

Modolo (1979) mantiene que la Educación para la Salud es uno de los instrumentos de promoción de la salud y de la acción preventiva, aseverando que es “el instrumento que ayuda al individuo a adquirir un conocimiento científico sobre problemas y comportamientos útiles, para alcanzar el objetivo salud”.

La OMS, en la 36^a Asamblea Mundial de la Salud (1983) concreta la Educación para la Salud como: "...esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos" o "cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que la gente sepa cómo alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite".

Además, es amplia la definición de Educación para la Salud que ofrece el Glosario de la Organización Mundial de la Salud (Nutbeam, 1986): "La Educación para la Salud es un término que se utiliza para designar las oportunidades de aprendizaje, creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta, encaminados hacia una meta predeterminada. La Educación para la Salud ha estado hasta ahora estrechamente ligada a la prevención de la enfermedad, como medio susceptible de modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades. Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud".

Como atestigua Morón (2000) pueden identificarse dos etapas distintas en la evolución del concepto de Educación para la Salud. Una etapa clásica, hasta la década de los setenta, en la que las acciones educativas se dirigen a las personas con la idea de comprometerse con propia salud, para obtener la transformación de sus conductas en un sentido positivo. Posteriormente se añadió la consideración que las conductas de las personas también dependen de factores externos, de tipo

ambiental y social, por lo que las acciones educativas deberían promover cambios en dichos ámbitos.

Rochon (1991) mantiene que la definición más completa es la que realizó Lawrence W. Gordon, para quien la “Educación para las Salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar cambios de comportamientos saludables”.

Bajo nuestra visión, la Educación para la Salud puede definirse como una actividad que procura aportar elementos a las personas y comunidad para que se cambien las conductas hacia comportamientos más saludables, así como los determinantes que no son sólo responsabilidad individual.

Siendo consecuentes de los límites que concurren para operar de un modo analítico en el ámbito de la salud, la forma de abordaje de las diversas problemáticas por parte de la Educación para la Salud suele producirse en torno a tres grandes epígrafes que expone Pedrero (2012):

- a) Por temas: nutrición, deporte, tabaquismo, sexualidad, SIDA, drogas, adicciones, accidentes, malos tratos,...
- b) Por sectores de población: niños, jóvenes, mujeres, tercera edad, poblaciones desfavorecidas,...
- c) Por lugares de vida: escuela, barrio, ciudades, lugar de trabajo,...

Finalizando este punto sobre el concepto de Educación para la Salud, expondremos las reflexiones de González Hernández y García Martínez (1998:8) cuando afirman que: “Posiblemente en el fondo de lo que se trata es de saber amar la vida y quizá de recuperar el proyecto educativo que apunta a la urgencia

liberadora de la necesaria coherencia entre el discurso que se sostiene y los modos de vida que se practican”.

Así mismo, nunca podemos dejar de lado, que para alcanzar al planteamiento actual de la Educación para la Salud asumiremos tener en cuenta el de Promoción de la Salud, como marco teórico configurador, sin el cual no podría comprenderse aquella.

2.1.3.1. Relación entre Educación para la salud y promoción de la salud.

La promoción de la salud es un proceso educativo que toma en consideración el escenario de enseñanza aprendizaje a partir del cual la comunidad es autónoma para lograr ejercer el control de su propia salud, con esta se pretende transformar los hábitos y costumbres de los estilos de vida de riesgo y/o nocivos confluendo en lo que llamamos educación para la salud. (OMS, 1997; OMS, 1986; Flores, 2003)

La educación para la salud pretende hacer énfasis no solamente en información, sino también en observar los comportamientos de la salud, y está orientada a distintos grupos de la población, por lo que constituye un elemento esencial para que la ciudadanía pueda prevenir y afrontar de una manera más autónoma sus propios problemas de salud y los de su entorno. Como anteriormente se recoge, ayuda a potenciar hábitos y comportamientos sanos y seguros, en nuestro caso para tener una mejor comprensión del significado de una planificación familiar o una utilización adecuada de métodos anticonceptivos.

Estamos ante una tarea global y que trasciende el hecho de transmitir información ya que también se relaciona con la acción comunitaria para lograr su

participación, de manera que dicha educación establece un propósito hacia donde se deben dirigir las acciones comunitarias para lograr la participación activa, la cual implica responsabilidad, integración, sentido de pertenencia y capacidad de organización. (Díaz, Pérez y Báez, 2012)

Por otro lado, estamos ante un proceso de generación de aprendizajes no solo para el autocuidado individual sino también para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud.

La estrategia se inserta en el círculo educativo y cada vez toma mayor relevancia para la formación de valores desde la infancia hasta el desarrollo, fortaleciendo las capacidades de interpretar mejor los fenómenos que intervienen en la salud y permitiendo un mejor trabajo individual y colectivo, (Morón et al; 2006).

Siguiendo a Morón, podríamos decir que la educación para la salud es una herramienta para la promoción de la salud, que, además de crear oportunidades de aprendizaje para los individuos también puede facilitar cambios de conductas de estilos de vidas saludable, es muy importante que los individuos conozcan las causas y consecuencias de cada punto que nos ocasione un deterioro de la salud y de esta manera fortalecer la motivación para mejorar la calidad de vida.

Con lo anterior, podemos decir que la misma tiene la finalidad de responsabilizar a la ciudadanía en defensa de la propia salud, y por ende la promoción de la salud va de la mano como una función esencial de profesionales de la sanidad, de las ciencias sociales y de la educación. Este enfoque supone tener en cuenta que es una complejidad de los procesos de educación, lo cual requiere redirecciones al entorno primario, es necesario pasar de procesos cortos y

localizados de educación en salud a procesos permanentes y sistemáticos, abandonando un enfoque clínico y asistencial y reemplazarlo por otro más constructivo, potenciador, comunitario, preventivo, ecológico y diferencial. (Borga y Del Pozo, 2017).

La educación, en este caso, formará para fortalecer ese bienestar físico, mental y social de las personas. Así, educar para la salud supone, por lo tanto, cambiar hacia hábitos de vida más saludables, fomentando la autonomía personal, la responsabilidad individual y colectiva frente a la salud, así como la solidaridad y el compromiso con el entorno. Es decir, una nueva manera de ser y de hacer, al servicio de una mayor y mejor calidad de vida, meta que resultaría inviable sin la participación de toda la comunidad en dicho proceso.

La sociedad actual vive una época de profundas transformaciones que configuran una nueva realidad social, compleja e inestable donde se generan constantes demandas relacionadas con la educación. Esta nueva concepción pone de manifiesto la necesidad de transmitir y desarrollar otro tipo de contenido, habilidades y actitudes de carácter formativo como el aprendizaje de pautas de convivencia, normas, actitudes, creencias, desarrollo de la capacidad de juicio y capacidad crítica; en este sentido la formación de valores constituye uno de los temas más relevantes en el debate educativo de las últimas décadas. (López, Morón y Gallardo, 2020).

Hablar de promoción para la salud también es educar para la salud, esto puede ser desde el enfoque de desarrollo personal y desarrollo social, dirigida a los comportamientos o situaciones identificadas como riesgo para la salud, en nuestro

caso el impacto de la planificación familiar en la adolescencia, la reducción de riesgo de embarazos en dicha horquilla que de una u de otra manera sufre deterioro la salud de la persona, no solo físico si no también psicosocial.

Tabla 1. Modelos de Educación para la Salud

| MODELOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---|
| | “Tradicional” | Participativo |
| Fin fundamental | Conocimiento | “Empoderamiento” |
| Teoría de “aprendizaje” | Transmisión de conocimientos | Interaccionismo social |
| Papel del sujeto | Receptor y constructores del | Utilización del conocimiento para |
| Papel de la Comunidad | Cliente y Contexto | interacción con los demás en tareas |
| Papel de la Educación para la Salud | Autoridad | Organizadora de proyectos participativos de grupo en la comunidad |

Fuente: (Elaboración propia)

Podemos comprender que cada individuo es responsable de su propia salud, ya que pueden ayudarse a sí mismos para mejorar su nivel de salud personal y tienen el potencial de eliminar los riesgos de diversas índoles sociales. Es importante destacar que la conducta personal es un punto clave en la educación, por lo tanto, es modificable y puede influir tanto positiva como negativamente en los seres humanos.

Según Fortuny (sf), abordar los numerosos problemas colectivos y ambientales planteados es una responsabilidad colectiva. Vivir en una sociedad llena de problemáticas requiere una tarea colectiva y la responsabilidad de los ciudadanos hacia estos problemas es crucial. Esto implica adquirir una base cultural, información y actitudes que nos permitan resolver problemas de salud a

través de la información, ya que nos ayuda a comprender más a fondo los riesgos que nos amenazan, así como los medios para evitar cualquier problema y los recursos necesarios para intervenir adecuadamente en cada caso. El primer paso es la intervención primaria.

En relación al concepto de Promoción de la Salud, fue dado a conocer principalmente a partir del informe de la Organización Mundial de la Salud de 1984. Aunque existían antecedentes previos que se preocupaban por el mantenimiento de patrones de vida saludables para el desarrollo normal de las personas, esto condujo a los conceptos actuales de salud positiva y a la posterior aparición de actividades destinadas a fomentar hábitos de vida saludables en la población y capacitar a las personas para aumentar su control sobre su propia salud. Nutbean (1986) interpretaba la Promoción de la Salud como un conjunto de medidas que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los individuos, las familias y las comunidades.

La promoción de la salud implica que la población se vincule con su entorno con el fin de no solo cambiar las condiciones de vida, sino también la forma de vivir. Su campo de acción abarca a toda la población, tanto sana como enferma, de manera que implica trabajar con la población para fomentar estilos de vida saludables, intervenir en el entorno para mantener los factores que promueven dichos estilos y eliminar aquellos que no lo hacen.

Los cinco principios clave de la promoción de la salud según la OMS son los siguientes (Flores, García y Rabadán, 2003):

- Implica a toda la población en su contexto diario de vida en lugar de dirigirse a grupos específicos en riesgo de enfermedades.
- Se centra en abordar las causas o determinantes de la salud para asegurar que el entorno, que está más allá del control de los individuos, sea favorable para la salud.
- Combina diversos enfoques y métodos complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambios organizativos y desarrollo comunitario.
- Busca la participación efectiva de la población, fomentando la autoayuda y animando a las personas a encontrar formas de promover la salud en sus comunidades.

Aunque la promoción de la salud es principalmente una actividad del ámbito de la salud y lo social, no es un servicio médico, y los profesionales de la salud, especialmente en atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

El concepto de Promoción de la Salud fue impulsado por Sigerist (1981) al dotar a la sanidad de ciertas funciones, como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento del enfermo y la rehabilitación del paciente.

En el informe Lalonde se reconoció que la atención sanitaria no era el único factor responsable de la salud de la población, sino que existían otros factores ambientales, biológicos y relacionados con el comportamiento, como los estilos de vida (Asenjo, 1999).

Otro impulsor importante fue la respuesta de la Organización Mundial de la Salud a la situación generada por la escasa influencia de los factores asociados a la asistencia sanitaria en la salud de la población. Esto llevó a la elaboración en 1977 de la "Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000", que estableció una serie de objetivos destinados a elaborar planes a nivel nacional, regional y local para lograr el objetivo de la salud para todos los pueblos y naciones (Nájera, 1996).

Ashton y Seymour (1990) señalan que la Promoción de la Salud se diferencia de sus predecesoras, la educación para la salud y la medicina comunitaria, en dos características principales: en primer lugar, la Promoción de la Salud abarca no solo la prevención, sino también la participación, la multidisciplinariedad, el populismo, etc. Además, se ocupa de temas importantes tanto en el ámbito político como en la educación, así como en una economía próspera.

En segundo lugar, si bien se enfatiza el papel del individuo en su propia salud a través de la adquisición de hábitos y actitudes saludables, la Promoción de la Salud también resalta la importancia de la responsabilidad social y propone la creación de entornos y opciones que faciliten elegir lo saludable.

En cuanto a la metodología utilizada en los proyectos de Promoción de la Salud, es evidente que está orientada a ser más eficiente cuando se interviene en la población de un área o región en su conjunto. Incluso si el problema de salud solo afecta a un grupo específico, el resto de la comunidad también debe participar como posibles agentes de salud. En relación a los recursos, generalmente los proyectos de Promoción de la Salud comienzan con pocos recursos, pero a medida que avanza el proceso y mediante técnicas de marketing social y comunicación

orientadas a obtener recursos, se supera esa limitación. Estas técnicas también tienen como objetivo lograr la participación social.

El profesor Barriga (1995) distingue entre los conceptos de prevención y promoción de la salud. Mientras que la promoción se centra en aspectos positivos en favor de la salud, como facilitar que las opciones saludables sean más fáciles de elegir, la prevención se enfoca en reducir factores de riesgo, enfermedades específicas o fortalecer factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad.

Cuando hablamos de educación para la salud, nos referimos a un instrumento de promoción que proporciona estrategias para que las personas elijan lo más saludable cuando el entorno les brinda varias opciones. Sin embargo, elegir implica conocer y tener habilidades y recursos para hacerlo. La promoción de la salud abarca acciones individuales, sociales y comunitarias.

Sarlet, García y Belando (1996) han observado contradicciones en los programas de promoción de la salud. Aunque los programas se realicen con una adecuada orientación teórica, se pueden presentar contradicciones. Algunas de ellas incluyen:

- Añadir años a la vida como objetivo de las intervenciones de salud. Barriga (1995) propone evaluar el costo que esto implica y destaca que lo importante es vivir con una cierta calidad de vida.
- Ante los altos costos sanitarios, es importante priorizar la equidad en salud. No es justo que la distribución beneficie a unos pocos mientras muchos no cuentan con servicios mínimos.

- El riesgo está presente en la vida cotidiana, por lo que no se puede promocionar un estilo de vida sin riesgos. Barriga indica que se debe seleccionar los riesgos en función del control que el individuo tenga sobre cada situación, lo cual se puede considerar como un ejercicio de promoción de un estilo de vida saludable.
- La salud no es el valor máximo para todos en todo momento, por lo tanto, se deben utilizar estrategias de influencia socialmente validadas para transmitir nuestras prioridades en valores.

El Consejo de la Juventud de España (1997) destaca que la educación para la salud tiene como objetivo fomentar estilos de vida saludables mediante la promoción de actitudes y hábitos de responsabilidad hacia la salud propia y del entorno.

Apostar por una perspectiva de promoción de hábitos de vida saludables implica:

- a) Entender la salud en un sentido amplio, no solo buscando prevenir problemas específicos, sino también brindar bienestar individual y colectivo.
- b) Promover una educación centrada en los aspectos positivos de la salud.
- c) Crear y desarrollar hábitos y estilos de vida saludables a través de la responsabilidad individual y colectiva. Esto implica proporcionar información necesaria, fortalecer habilidades personales y capacitar a las personas para que tomen decisiones e influyan en los factores que

determinan su salud, así como reforzar los factores que favorecen elecciones saludables y modificar aquellos que no lo son.

- d) Educar para la libertad y la responsabilidad, brindando a las personas el mayor grado de autonomía e independencia.
- e) Implicar a la comunidad y a los destinatarios de los programas en diferentes niveles.

Es importante destacar el término "libertad" como uno de los objetivos que debe plantearse la promoción y educación para la salud. Sin embargo, su definición y mecanismo de funcionamiento son complejos y difíciles de describir. Por lo tanto, la educación para la salud debe ir más allá de la adquisición de conocimientos y también abordar aspectos que permitan la posibilidad real de conocer y adoptar posturas que favorezcan la salud individual y comunitaria.

Además de estos términos, se pueden mencionar otros relacionados como el bienestar y la calidad de vida. García Martínez y otros (2000) comentan que la incorporación del término "bienestar" en sus diversas dimensiones al contexto de la salud supuso considerar su alcance más allá de la propuesta de la OMS.

El bienestar se relaciona con el contexto social de la vida humana como un determinante fundamental de la salud. Además, la salud no se limita solo a los aspectos físicos o biológicos, sino que también se considera el equilibrio de los factores psicológicos de la personalidad. El bienestar espiritual también se ha incluido en las definiciones más recientes y se reconoce su influencia en el bienestar subjetivo y la capacidad para emplear los recursos personales y sociales disponibles.

La salud se aprecia como un todo integrado de diversos factores que incluyen aspectos biológicos, culturales y ambientales.

La calidad de vida es otro término relacionado que se incorporó a las ciencias sociales en los años sesenta. Se refiere a una forma de existencia superior a lo meramente físico y abarca aspectos como las relaciones sociales, el acceso a bienes materiales, el entorno ambiental y los riesgos para la salud.

La calidad de vida se basa en la percepción individual y subjetiva de las condiciones de vida en comparación con otras situaciones. Incluye tanto aspectos cuantitativos como cualitativos y se relaciona con el nivel de satisfacción y felicidad de los individuos.

En conclusión, la educación para la salud está estrechamente vinculada a la escuela y desempeña funciones educativas, sociales y preventivas. La promoción de la salud implica una perspectiva amplia que abarca no solo la prevención de enfermedades, sino también la participación social, la responsabilidad individual y colectiva, y la creación de entornos favorables. También se destacan los conceptos de bienestar y calidad de vida, que amplían la comprensión de la salud más allá de los aspectos físicos y biológicos. La educación para la salud busca promover estilos de vida saludables y fomentar actitudes y hábitos responsables hacia la salud propia y del entorno.

2.2 APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD SEXUAL.

La definición de educación sexual ha experimentado cambios a lo largo de los años y actualmente se concibe como una actividad pedagógica adaptada a diferentes edades y culturas. Su objetivo es proporcionar información científica rigurosa y sin prejuicios de valor, abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, con el propósito de formar en sexualidad. La sexualidad se entiende como una forma de comunicación humana, fuente de salud, placer y afectividad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad. Esta definición va más allá de la mera ausencia de enfermedad o disfunción. La OMS presenta una representación positiva, integral y cuidadosa de la sexualidad, definiéndola como un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida, que engloba el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.

La sexualidad se experimenta y se expresa en diversos aspectos como pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Está influenciada por una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales.

La salud sexual busca que todas las personas puedan disfrutar de una vida sexual plena y satisfactoria en todas las etapas, promoviendo relaciones placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Es importante destacar que la salud sexual está estrechamente relacionada con la salud

reproductiva. El concepto de "salud sexual y reproductiva" se estableció en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de la ONU en 1994.

Sin embargo, la salud sexual va más allá de la salud reproductiva y se considera un ámbito propio que abarca a personas y parejas de todas las orientaciones e identidades sexuales, siendo relevante a lo largo de toda la vida. La salud sexual incluye aspectos como el placer, las prácticas eróticas, las condiciones de elección o coacción en estas prácticas, la diversidad sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el uso de anticonceptivos, entre otros.

En conclusión, la salud sexual es un componente fundamental del bienestar de todas las personas, reconociendo la sexualidad como un valor humano real y una fuente de placer. Desde este enfoque, se promueve el empoderamiento individual, la igualdad de género y el respeto a las diversas orientaciones e identidades sexuales como condiciones necesarias para desarrollar proyectos de vida emocional, afectiva y sexual en libertad.

2.2.1 LA EDUCACION SEXUAL COMO DERECHO. NORMATIVA

La educación sexual de menores y adolescentes es un derecho reconocido por la comunidad internacional, respaldado por la familia de Naciones Unidas y reflejado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Su finalidad es construir una sociedad basada en la igualdad y libre de discriminación entre mujeres y hombres. La importancia de este derecho a una educación sexual de alta calidad ha sido reforzada por organismos como la Comisión Internacional sobre Población y Desarrollo, que en su resolución 2012/1 insta a los gobiernos a proporcionar una

educación integral sobre sexualidad humana, salud sexual y reproductiva, e igualdad de género.

La educación sexual se convierte así en una herramienta fundamental para promover la salud sexual y el bienestar de las personas, permitiéndoles tomar decisiones autónomas sobre su vida sexual y reproductiva, y disfrutar de una sexualidad placentera, segura y saludable.

El compromiso de garantizar que los adolescentes ejerzan su derecho a la educación sexual recae en las autoridades, especialmente en los sectores educativo y sanitario, así como en las familias. Estas entidades tienen la responsabilidad de proporcionar información, formación y valores para que los jóvenes puedan tomar el control de su salud y mejorar su calidad de vida.

La educación se posiciona como una vía para promover la salud sexual de manera integral, incluyendo la promoción de la formación en salud en los entornos escolares, así como la capacitación de profesionales de diversos sectores, como el sanitario y el educativo. Asimismo, es necesario sensibilizar e informar a la comunidad en general.

Los centros escolares se convierten en un escenario crucial para la promoción de la educación para la salud en general, y para la salud sexual en particular. Además, desempeñan un papel fundamental en la socialización y desarrollo de la persona. La intervención en educación para la salud y sexualidad no solo proporciona un apoyo invaluable, sino que también contribuye a reducir las desigualdades en salud, fomentando una mejor salud en el futuro.

2.2.2 Normativa internacional.

Existen diversas normativas internacionales que abordan el tema de la salud sexual y reproductiva. A continuación, mencionaré algunas de las principales:

1. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD): Adoptado en 1994 en El Cairo, este programa estableció que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano fundamental. Reconoce la importancia de la educación sexual integral, el acceso a servicios de salud reproductiva, incluido el acceso a métodos anticonceptivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
2. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): Los ODS fueron adoptados por las Naciones Unidas en 2015 como una agenda global para el desarrollo sostenible hasta 2030. El ODS 3, "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", incluye metas específicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Entre ellas se encuentra el acceso universal a la atención de salud sexual y reproductiva, la reducción de la mortalidad materna y el acceso a la planificación familiar.
3. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW): Adoptada en 1979, esta convención es un tratado internacional que establece los derechos humanos de las mujeres y prohíbe la discriminación de género. La CEDAW reconoce la importancia de la igualdad de género en el ámbito de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

4. Organización Mundial de la Salud (OMS): La OMS ha desarrollado numerosas directrices y recomendaciones sobre salud sexual y reproductiva. Entre ellas se encuentra la "Estrategia Mundial sobre Salud Sexual y Reproductiva" y la "Guía de Práctica Clínica sobre Atención Integral del Aborto Seguro". en el documento "**Estándares de Educación en Sexualidad para Europa**"³⁷ (2010), reconoce el derecho a una educación en sexualidad integral, sustentada en numerosos acuerdos internacionales como el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (1966)⁸⁴, el **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos** (1966)⁸⁵, la **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer** (1979)⁶, la **Convención sobre los Derechos del Niño** (1989)⁸⁶ y la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (2006)⁸⁷. La OMS decreta así que "es importante que la educación en sexualidad se convierta cada vez más en una materia curricular obligatoria".
5. Declaración de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de la Asociación Mundial de Sexología (WAS): Esta declaración fue adoptada por la WAS en 1999 y se centra en los derechos humanos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción. Reconoce los derechos de todas las personas a la igualdad de género, la autonomía sexual, la intimidad, la información y la educación sexual, entre otros.
6. **Resolución 34/180 de la Asamblea General de la ONU**, decretaba en su artículo 12 que "los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y

mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluidos los que se refieren a la planificación familiar”.

7. **Plataforma de Acción de Beijing (1995)**, acordada en la **IV Conferencia de la ONU sobre la Mujer**⁸, sentenció que “los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia”.
8. **Comisión de Población y Desarrollo de la ONU (2012)** insta una acción intergubernamental global para aseverar los derechos reproductivos de la juventud, reafirmando la importancia de la salud y los derechos sexuales de la adolescencia.
9. **“Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)”** considerándola como: “universal, sostenible, basada en los derechos humanos, orientada a la equidad, sensible a las cuestiones de género, basada en evidencias, impulsada por alianzas, centrada en las personas, asumida por las comunidades y que rinde cuentas a las mujeres, los niños y los adolescentes”.
10. **Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las ITS 2016- 2021**, donde se da prioridad a programas de información sanitaria, educación y promoción de la salud dirigidos a personas jóvenes y a programas donde se promociona el uso del preservativo.
11. UNESCO (2017) **“La educación para la salud y el bienestar”**, determina

como imperativo garantizar que todas las niñas, niños y jóvenes reciban una educación en sexualidad integral y de calidad: “una educación escolar integral y de calidad sobre sexualidad transmite conocimientos exactos, promueve actitudes y valores positivos, y desarrolla competencias que permiten tomar decisiones con conocimiento de causa. Estas, a su vez, surten efectos positivos para la salud sexual y reproductiva”.

Estas normativas resaltan la importancia de garantizar una educación integral y de calidad en sexualidad, promoviendo conocimientos, actitudes y valores positivos, y desarrollando competencias que permitan tomar decisiones informadas y responsables.

2.2.3 Normativa nacional.

La legislación específica sobre salud sexual en Nicaragua incluye principalmente:

1. Ley 779, conocida como Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres, y la Ley 822, Ley de Atención Integral en Salud.
2. Ley 779: Esta ley, aprobada en 2012, tiene como objetivo prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en todas sus formas. Si bien su enfoque principal es la violencia de género, también aborda aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, reconociendo su derecho a vivir una vida libre de violencia y a recibir atención integral en salud.
3. Ley 822: Esta ley, aprobada en 2013, establece la obligación del Estado de garantizar una atención integral en salud, incluyendo la atención en salud sexual y reproductiva. La ley reconoce el derecho de todas las personas a recibir información, servicios y educación en salud sexual y reproductiva,

con un enfoque en la prevención de embarazos no deseados, la promoción de métodos anticonceptivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

4. Ley No. 636, aprobada en 2007, establece disposiciones para la atención integral a las personas con VIH y busca promover la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento del VIH/SIDA. Esta ley también aborda la promoción de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención de la transmisión vertical del VIH (de madre a hijo/a durante el embarazo, parto o lactancia) y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para las personas con VIH.
5. Ley No. 423, aprobada en 2003, se enfoca específicamente en la planificación familiar y establece los derechos y responsabilidades de las personas en relación con la salud sexual y reproductiva. Esta ley garantiza el acceso a información y servicios de planificación familiar, incluyendo la disponibilidad de métodos anticonceptivos, la educación sexual integral y la atención en salud reproductiva

2.3 MODELOS DE EDUCACIÓN SEXUAL

La educación sexual es un tema de vital importancia en la formación integral de las personas, y existen diversos modelos y enfoques respaldados por reconocidas organizaciones internacionales. A continuación, se presentan algunos de estos modelos, acompañados de citas relevantes y referencias bibliográficas para profundizar en el tema:

▪ Modelo de Educación Integral en Sexualidad: "La educación integral en sexualidad es un proceso de por vida que se basa en el respeto de los derechos humanos y el reconocimiento de la dignidad de cada individuo" (UNESCO, 2018).

Este modelo busca brindar una educación que abarque aspectos biológicos, psicológicos, sociales y emocionales de la sexualidad, con el objetivo de promover relaciones saludables, equidad de género, respeto y autonomía sexual.

▪ Modelo de Enfoque Basado en Derechos: "La educación sexual debe estar basada en los derechos humanos, incluyendo el derecho a la información, la igualdad de género y la no discriminación" (Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994).

Este modelo reconoce la salud sexual y reproductiva como un derecho humano fundamental y promueve el acceso a información precisa, servicios de salud reproductiva y el respeto por la autonomía de las personas.

▪ Modelo de Enfoque de Género: "La educación sexual debe abordar las desigualdades de género y promover relaciones basadas en el respeto, la equidad y la no violencia" (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 1979).

Este modelo enfatiza la importancia de abordar las normas de género, promoviendo relaciones igualitarias y respetuosas, y reconociendo la influencia de las desigualdades de género en la salud sexual y reproductiva.

▪ Modelo de Enfoque Basado en la Salud Pública: "La educación sexual integral es fundamental para prevenir enfermedades de transmisión sexual, promover el uso de métodos anticonceptivos y mejorar la salud sexual de las personas" (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Este modelo se centra en brindar información precisa y basada en evidencia sobre salud sexual, prevención de enfermedades y promoción de prácticas sexuales seguras.

Estos modelos de educación sexual, respaldados por citas y bibliografía, reflejan la importancia de abordar la sexualidad de manera integral, basada en derechos, de género y de salud pública. Al implementar estos enfoques, se puede contribuir a una sociedad informada, respetuosa y saludable en términos de sexualidad y reproducción.

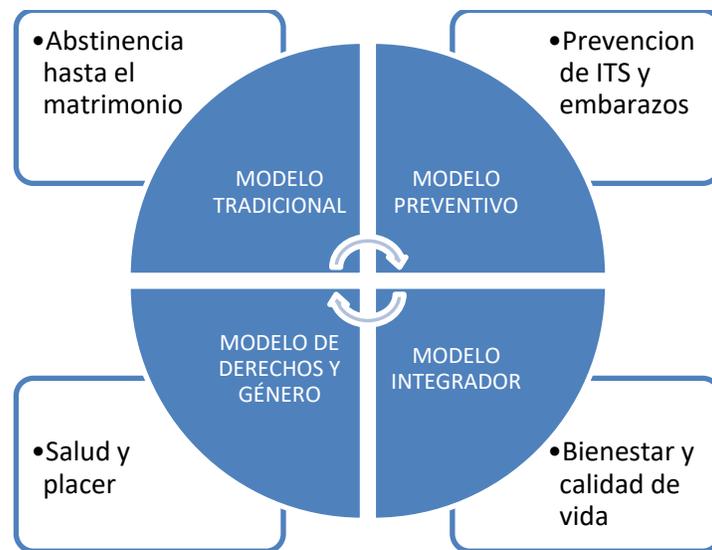
Para García (2020) existen otros modelos de intervención en la materia que nos ocupa. Estos son abstinencia, riesgos, integral y derechos/género.

- Modelo abstinencia, también conocido como moral o tradicional, donde el foco se encuentra en retrasar las prácticas sexuales hasta el matrimonio, ya que considera que otro tipo de educación sexual incitaría a los jóvenes a mantener relaciones sexuales y a la promiscuidad.
- Modelo de riesgos, donde se da prioridad a la prevención de riesgos derivados de las prácticas sexuales y se focaliza en reducir las ITS y embarazos no deseados. Se asocia así la sexualidad con las ideas de peligro y enfermedades. Otras denominaciones para este modelo son preventivo o médico.
- Modelo de educación sexual integral. Este modelo concibe la sexualidad como una reconstrucción personal, fundada en la importancia de la propia biografía sexual, así como en el conocimiento científico, la formación no

sesgada y la libre elección. Se parte de un concepto positivo de la salud sexual, como fuente de bienestar y de calidad de vida.

- Por último, el Modelo integral, donde organismos internacionales apuestan por una educación sexual integral se base en derechos y género. El modelo integral evoluciona así para que los derechos humanos y el género pasen a ser componentes centrales para entender la sexualidad como un valor humano positivo y fuente de placer, y para empoderar las personas.

Figura 3. Evolución de los modelos de educación sexual



Fuente: Elaboración propia. Extraído de García (2020)

Estas perspectivas tienen como objetivo principal empoderar a los jóvenes, especialmente a las niñas y a los jóvenes en situación de vulnerabilidad, promoviendo su capacidad para proteger su propia salud y participar activamente en la sociedad.

Este cambio en los enfoques de educación sexual también se acompaña de diversos marcos teóricos para el aprendizaje. Por ejemplo, los enfoques de abstinencia y convencionales se basan en teorías de normas sociales y cambio de comportamiento, como el aprendizaje social o la teoría cognitiva social, que sostienen que las personas aprenden al observar a los demás.

Por otro lado, la educación sexual integral, especialmente cuando se enfatizan los derechos, puede mantener estos enfoques teóricos, pero también incorpora otros enfoques centrados en el género y el poder. Por ejemplo, la teoría feminista considera que comprender cómo se construyen socialmente las desigualdades entre hombres y mujeres conduce a tomar decisiones y adoptar comportamientos diferentes. La pedagogía del oprimido postula que la educación puede y debe empoderar a los estudiantes para que reconozcan cómo las desigualdades sociales generan problemas personales. Estas teorías cuestionan las normas establecidas al fomentar el pensamiento crítico y el análisis de la realidad.

El objetivo es promover actitudes y relaciones más igualitarias que empoderen a los jóvenes, para que puedan adoptar comportamientos que mejoren su salud sexual y general.

2.4 ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

Se estima que la población mundial de adolescentes alcanza los 1.200 millones de personas, lo que equivale aproximadamente al 20% de la población global. Estos adolescentes presentan una notable diversidad en cuanto a cultura, nacionalidad, nivel socioeconómico, educación, estructura familiar y otras variables, lo cual indudablemente influye en su salud y bienestar.

En lo que respecta a la salud sexual, los adolescentes enfrentan un riesgo particularmente elevado de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS) en comparación con otros grupos etarios. Esta mayor susceptibilidad biológica a las infecciones, sumada a un acceso relativamente limitado a los servicios de salud y a la falta de utilización de los mismos, entre otros factores, contribuyen a esta realidad.

En el año 2015, se reportó que casi la mitad de las nuevas infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) a nivel mundial ocurrieron en jóvenes de 15 a 24 años, estimándose que 250.000 adolescentes entre 15 y 19 años contrajeron el VIH, siendo aproximadamente dos tercios de estas nuevas infecciones en mujeres jóvenes. A nivel global, se estima que más de 2 millones de menores viven con el VIH. Adicionalmente, la mortalidad relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana ha experimentado un aumento en la población adolescente, tanto a nivel mundial como especialmente en África, donde se ha convertido en la octava causa de muerte entre los adolescentes en el año 2015.

En lo que concierne a otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), existe una limitación en la disponibilidad y sistematización de datos, pero se mantiene un alto nivel de vulnerabilidad en este grupo. Además, se ha documentado que algunas ITS presentan una mayor tasa de transmisión al inicio de la actividad

sexual, tanto en mujeres como en hombres, lo cual ocurre en ocasiones durante la etapa de la adolescencia.

Por otro lado, las mujeres adolescentes también enfrentan las consecuencias de embarazos no deseados, los cuales pueden acarrear graves implicaciones para su salud.

En el año 2015, el 11% de todos los nacimientos a nivel mundial correspondieron a mujeres de 15 a 19 años. La tasa global de natalidad en este grupo fue de 44 nacimientos por cada 1000 mujeres, con variaciones que oscilaron entre 1 y más de 200 por cada 1000 mujeres, dependiendo del país. Como resultado, las complicaciones durante el embarazo y el parto se convirtieron en la principal causa de mortalidad entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años en el mundo.

Es importante destacar que la violencia contra las mujeres representa un serio desafío para la salud pública y una violación flagrante de los derechos humanos, con consecuencias significativas en la capacidad de las mujeres para ejercer el control sobre su salud sexual y reproductiva. Según estimaciones, alrededor del 35% de las mujeres ha sido víctima de violencia física y/o sexual, mientras que aproximadamente el 10% de las chicas menores de 20 años reporta haber experimentado violencia sexual.

El cuidado de la salud sexual y reproductiva durante la adolescencia se posiciona como una prioridad en la agenda de salud pública a nivel mundial. En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas,

llevada a cabo en 1995, se resaltó la necesidad de abordar de manera adecuada las necesidades educativas y sanitarias de los adolescentes, para que puedan abordar de forma positiva y responsable su sexualidad.

Casi dos décadas más tarde, la Comisión de Población y Desarrollo subrayó la urgencia de garantizar los derechos sexuales de los jóvenes. Los aspectos clave de la resolución final incluyeron la implementación de una educación sexual integral, la provisión de atención sanitaria sexual y reproductiva, así como la protección y promoción del derecho de los jóvenes a ejercer el control sobre su sexualidad, sin violencia, discriminación ni coerción. Estas medidas se orientan a brindar un entorno seguro y respetuoso que fomente el bienestar sexual y reproductivo de los jóvenes.

En la actualidad, la "Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente" (2016-2030), desarrollada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), destaca la importancia de diversas intervenciones para promover la salud general y el desarrollo de los adolescentes, entre las cuales se incluye la educación sexual. Además, en 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con ONU Mujeres, ONUSIDA, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), identificó siete intervenciones efectivas para lograr la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, siendo una de ellas la implementación de una educación sexual integral en los entornos escolares.

Por último, en 2017, la UNESCO, en su estrategia de contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), titulada "La educación para la salud y el bienestar", estableció como máxima prioridad garantizar que todas las niñas, niños

y jóvenes reciban una educación integral y de calidad en sexualidad. Se reconoce que una educación integral y de calidad sobre sexualidad, impartida de manera integral en las escuelas, no solo proporciona conocimientos precisos, sino que también promueve actitudes y valores positivos, y desarrolla habilidades que les permiten tomar decisiones fundamentadas. Estas acciones, a su vez, tienen efectos positivos en la promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

La etapa de la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios físicos y psicológicos que requieren una atención especial debido a su importancia en el desarrollo personal. Esta etapa se considera una preparación para la edad adulta y se caracteriza por experimentación, riesgos y una influencia significativa del contexto social.

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2012), la adolescencia marca el inicio de la maduración sexual, el desarrollo psicológico y la socialización. Este período abarca desde los 10 hasta los 19 años y puede dividirse en dos subgrupos: de 10 a 14 años, que corresponde a la etapa puberal, y de 15 a 19 años, que se sitúa en el comienzo de la juventud. Aunque los determinantes biológicos de la adolescencia son universales, la duración y las características específicas pueden variar a lo largo del tiempo y en función de los diferentes contextos.

En palabras de Lozano (2014), existe un creciente interés por comprender mejor el fenómeno de la adolescencia tanto desde un enfoque analítico y experimental como desde una perspectiva interdisciplinaria. Se reconoce la necesidad de brindar una atención diferenciada a los adolescentes en comparación con la infancia y la adultez, ya que las personas en esta etapa no siempre tienen la

capacidad de tomar decisiones de manera coherente, lo que resalta su vulnerabilidad ante los desafíos de la vida.

Es fundamental entender y abordar adecuadamente las particularidades y necesidades de los adolescentes, proporcionando un apoyo adecuado que fomente su desarrollo saludable y bienestar integral.

Aunque no existe una definición internacionalmente aceptada de la adolescencia, las Naciones Unidas establecen que los adolescentes se encuentran en el rango de edad de 10 a 19 años, es decir, durante la segunda década de vida (UNICEF, 2011).

La adolescencia se define como el período en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y experimenta la transición de los patrones psicológicos propios de la niñez hacia los de la adultez (Issler, 2001). De manera similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) también define a los adolescentes como aquellas personas que se encuentran entre las edades de 10 y 19 años. Aunque la definición no es restrictiva, es importante destacar las edades y los cambios que se experimentan durante este período.

En numerosas teorías, se destaca que la adolescencia es una etapa compleja y que requiere un manejo cuidadoso. No es coincidencia que el consumo de drogas, alcohol, tabaco y el número significativo de embarazos se produzcan con frecuencia durante esta etapa. Como mencionamos anteriormente, la vulnerabilidad está presente y es importante abordarla de manera adecuada.

El término "adolescentes" carece de una definición unívoca, aunque la mayoría de las definiciones coinciden en destacar que se trata de una etapa de

transición en la que los jóvenes ocupan un lugar ambiguo entre la infancia y la vida adulta (Burak, 2001).

Según Quintero y Rojas (2015), la adolescencia representa una fase de incertidumbre en la que los jóvenes buscan establecer un proyecto de vida, persiguen sus sueños, forjan vínculos afectivos intensos y, al mismo tiempo, buscan independencia. Durante esta etapa, caracterizada por la exploración del cuerpo y el entorno, la sexualidad se intensifica y se convierte en un tema de gran interés, especialmente en el contexto de las relaciones de pareja.

Es importante destacar que la adolescencia no puede considerarse como un fenómeno estático e inmutable, sino más bien como un proceso de descubrimiento que está sujeto a circunstancias históricas (Salazar et al., 2007). Es decir, la adolescencia se configura en función de las condiciones y contextos en los que se desarrolla. Como etapa de desarrollo humano, la adolescencia representa un desafío personal y una oportunidad para que los individuos adquieran madurez e independencia, tanto física como social y psicológica, lo cual es fundamental para su transición hacia una vida adulta plena (Quintero y Rojas, 2015).

2.4.1. Etapas de la Adolescencia

La adolescencia es una etapa de transición crucial en la vida de un individuo, caracterizada por una serie de cambios físicos, emocionales y sociales. Durante este periodo, que abarca desde la pubertad hasta la adultez emergente, los jóvenes experimentan una serie de transformaciones en su cuerpo, así como en su forma de pensar, sentir y relacionarse con el mundo que les rodea (Smith, 2010; Brown, 2004).

Las etapas de la adolescencia pueden ser entendidas como distintos capítulos en este viaje de autodescubrimiento. En primer lugar, se encuentra la etapa temprana de la adolescencia, que suele coincidir con el inicio de la pubertad. En este momento, los jóvenes experimentan un rápido crecimiento físico, cambios hormonales significativos y la aparición de características sexuales secundarias. A nivel emocional, pueden surgir sentimientos de confusión e inseguridad a medida que intentan comprender y aceptar estos cambios en sus cuerpos y en su identidad (Steinberg, 2005; Arnett, 1999).

A medida que la adolescencia avanza, los individuos ingresan en la etapa intermedia. Durante esta fase, los jóvenes continúan enfrentándose a desafíos y explorando su identidad en diferentes aspectos. Desarrollan un mayor sentido de autonomía e independencia, estableciendo relaciones más profundas y significativas con sus compañeros y construyendo su propia identidad en función de sus intereses, valores y metas personales (Erikson, 1968; Marcia, 1966).

Finalmente, la etapa tardía de la adolescencia marca el acercamiento a la adultez emergente. Los jóvenes empiezan a tomar decisiones más trascendentales en cuanto a su educación, carrera y relaciones. A medida que se preparan para enfrentar responsabilidades y desafíos más significativos en la vida adulta, se espera que adquieran una mayor madurez emocional y habilidades para la toma de decisiones (Arnett, 2000; Schulenberg et al., 2004).

Es importante tener en cuenta que el desarrollo adolescente puede variar ampliamente entre los individuos, ya que cada persona experimenta estas etapas de manera única. Además, factores como el entorno familiar, la cultura y las experiencias personales también influyen en la forma en que los jóvenes atraviesan estas etapas (Bronfenbrenner, 1979; Larson & Richards, 1994).

En resumen, las etapas de la adolescencia constituyen un período de transformación y crecimiento, donde los jóvenes enfrentan desafíos y oportunidades para descubrir su identidad, establecer relaciones significativas y prepararse para la vida adulta. Comprender estas etapas es fundamental para brindar el apoyo y la orientación adecuada a los adolescentes mientras navegan por esta emocionante y desafiante etapa de sus vidas (Steinberg, 2014; Lerner & Steinberg, 2009).

Según Gaete (2015), la adolescencia se puede dividir en 3 etapas:

- **Adolescencia Temprana:** (10 a 13 años) biológicamente es el período puberal con grandes cambios, psicológicamente se comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con personas del mismo sexo, se preocupan mucho por sus cambios personales y su apariencia física.
- **Adolescencia media:** (14 a 16 años) han completado prácticamente su crecimiento y desarrollo, psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares. Es la edad promedio de inicio de la experiencia y la actividad sexual, se preocupan mucho por su apariencia física, les gusta tener un cuerpo más atractivo y sienten fascinación por la moda.
- **Adolescencia tardía:** (17 a 19 años) aquí ya casi no presentan cambios físicos, de alguna manera se acercan nuevamente a la familia y sus valores presentan una perspectiva más adulta. Cabe destacar que en esta etapa se ha aceptado su maduración biológica, hay mayor aceptación de sus cambios corporales, tienen la necesidad de definir la vocación y

elección de pareja y empiezan a tomar decisiones como trabajar y estudiar.

Es importante conocer estas características que forman cada una de las etapas, ya que, de una u otra manera, podemos interpretar actitudes y así poder comprender a estas personas, especialmente en el caso de los embarazos que se dan en estas etapas. No obstante, hay que tener en cuenta que habrá variantes dependiendo de la persona, no todos ni todas las adolescentes crecen y se desarrollan de la misma manera, ni al mismo tiempo, además siempre influye su ambiente y cultura. Es decir, y como apuntan Salazar et al., (2007), la adolescencia no puede considerarse como un fenómeno de naturaleza fija e inmutable, si no que como todo estadio del desarrollo humano es un producto de circunstancias históricas.

En la clasificación de las etapas de la adolescencia la OPS/OMS, presenta un nuevo enfoque identifica 5 dimensiones que comienzan con la pre adolescencia y terminan con los primeros años de la adultez, teniendo en cuenta que los cambios suceden generalmente entre los 10 y 24 años. Las dimensiones son el desarrollo corporal, cerebral y emocional, ese enfoque es la primera iniciativa para integrar las contribuciones más recientes y todavía bastante fragmentadas de las diferentes teorías en un enfoque evolutivo. En la dimensión emocional se presentan las siguientes etapas:

Tabla 2. Clasificación de las etapas de desarrollo en la adolescencia: Dimensión emocional del desarrollo

| | |
|--|--|
| <p>Pre-adolescencia 9-12 años (mujeres) 10-13 años varones</p> | <p>Se produce un incremento gradual de la autoconciencia y aumento de los sentimientos de vergüenza. Aflora la necesidad de tener más privacidad. Individualización y autonomía emocional con respecto a los padres; es decir, el deseo de sentirse individualizado dentro de la relación con los padres [...]. Se producen fluctuaciones en la expresión verbal. Surge la habilidad para explorar las diversas razones de un sentimiento, comparar los sentimientos y comprender las interacciones triádicas entre los estados emocionales. Esto va acompañado de la capacidad de diferenciar los matices y las gradaciones entre los diferentes estados emocionales. Existe un desplazamiento gradual de la moralidad convencional (las recompensas y los castigos) a la moralidad convencional (las reglas de la sociedad.)</p> |
| <p>Adolescencia inicial 12 a 14 años (mujeres) 13- 15 años varones</p> | <p>Se presenta un alto nivel de autoconciencia y ocurren fluctuaciones en la autoestima. Se incrementa el grado de estrés, particularmente en las mujeres. La necesidad de lograr una mayor autonomía emocional de los padres continúa y, se alimenta por un abandono más firme de la idealización de los padres y una mejor definición de las opiniones del propio adolescente. Al mismo tiempo aumenta la dependencia emocional del amigo. Existe una mayor empatía y receptividad hacia los amigos íntimos y una habilidad emergente para reflexionar sobre los sentimientos en las relaciones con un sentido interiorizado de sí mismo [...]</p> |
| <p>Adolescencia media. 14-16 años (mujeres) 15-17 años varones</p> | <p>Hay un intenso desarrollo de las nociones de sí mismo más diferenciadas, una mayor autosuficiencia y la capacidad de reflexionar sobre los sentimientos en relación con un sentido interiorizado de sí mismo. Disminuyen los sentimientos de nostalgia que anteriormente se sentían como ansiedad y depresión. Hay una mayor atención en la amistad, particularmente en las mujeres. Se advierte mayor empatía y receptividad hacia los amigos y amigas íntimas. Todavía está presente una moralidad convencional en la mayoría en la etapa de la adolescencia media.</p> |
| <p>Adolescencia tardía 16 a 18 años</p> | <p>Se percibe nuevamente un incremento paulatino de la intimidad con progenitores, siempre y cuando la relación haya sido buena en los años anteriores. Existe un incremento gradual en la autonomía de</p> |

| | |
|--|--|
| (mujeres) 17-18 años varones. | valores y en algunos casos en el desarrollo de la moralidad posconvencional (es decir, se cree que las reglas de la sociedad tienen por fin apoyar y servir a las personas). Los cambios relacionados incluyen un incremento de la capacidad de razonamiento, el pensamiento hipotético y la autonomía emocional; además comienza a notarse interés hacia los planes futuros. |
| Juventud 18 a 21 años | La autonomía emocional sigue en crecimiento, se empieza a tener la capacidad de ver a padres y madres como personas, más allá de su función de padres. Aumenta la estabilización de la intimidad intrafamiliar, siempre y cuando la relación haya sido buena en los años anteriores [...]. Se logra la autonomía de valores y, algunas veces, la moralidad posconvencional. Se intensifica el interés y las preocupaciones por los planes futuros. |
| Primeros años de la adultez 21 a 24 años | La mayoría de adultos y adultas jóvenes logran niveles emocionales y de autonomía de valores más elevados y, en algunos casos alcanzan la moralidad posconvencional; esto sucede porque tienen el potencial biológico y cognitivo adecuado, así como apoyo social y emocional. Se incrementa la preocupación por lograr independencia económica. |

Fuente: (Vélez, 2012).

2.4.2. SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

La sexualidad es un elemento intrínseco del ser humano desde el nacimiento hasta la muerte, manifestándose en sus relaciones con pares, familia, sociedad y consigo mismo. En el contexto de la adolescencia, la sexualidad adquiere una relevancia significativa, ya que coincide con un período de desarrollo físico y psicosocial. Es fundamental incorporar la educación sexual en todas las etapas de la vida, con especial énfasis en la niñez y la adolescencia, con el objetivo de promover la salud y prevenir diversos riesgos psicosociales.

La sexualidad no debe ser concebida únicamente como la capacidad de tener relaciones sexuales, sino que abarca una amplia gama de sentimientos, emociones y preferencias que experimentan los individuos a lo largo de su vida. El desarrollo de la sexualidad está vinculado con la capacidad de las personas para expresar sus

emociones de manera saludable y placentera, incluyendo elementos como el amor y el afecto, que son aspectos fundamentales de la sexualidad (OPS, 2010).

En el marco de un proceso educativo continuo y estrechamente relacionado con la formación de los jóvenes, la educación sexual busca fomentar un pensamiento crítico en relación con la sexualidad, ayudando a los adolescentes a reconocerse como seres sexuales, promoviendo valores de respeto, solidaridad y equidad, y brindando conocimientos sobre el crecimiento y desarrollo durante la adolescencia. Esta educación debe llevarse a cabo en el ámbito familiar, en grupos de pares, en los centros educativos y en la comunidad en general.

Es importante destacar que cuanto más temprano inicie un adolescente en la actividad sexual, mayor es la probabilidad de experimentar consecuencias negativas (OPS, 2010) como:

- Mayores probabilidades de transmisión sexual
- Embarazo precoz no deseado.
- Complicaciones obstétricas y perinatales
- Consecuencias en la crianza del niño.
- Deserción escolar.
- Menores ingresos económicos.
- Menos posibilidades laborales.
- Mayor frecuencia de problemas emocionales (psicosociales).

En este apartado, mencionaremos y explicaremos algunos factores de riesgo multifactoriales identificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que aceleran la práctica sexual en adolescentes. Estos factores incluyen:

- Desarrollo puberal: La aparición temprana de la menarquia en las mujeres y la maduración precoz en los hombres, que se caracteriza por niveles elevados de testosterona que aumentan la libido e interés sexual.
- Desarrollo cognitivo y psicosocial: Durante la adolescencia, los jóvenes experimentan la búsqueda de nuevas experiencias y la separación de la familia, aspectos que desempeñan un papel fundamental en el inicio de la actividad sexual. La influencia familiar, la comunicación limitada, el embarazo precoz en la familia, los divorcios y los nuevos matrimonios de los padres son algunos de los factores importantes que pueden influir en la práctica sexual temprana y representar riesgos.
- Factores individuales: La baja experiencia académica, la baja autoestima y la falta de religiosidad son características individuales que pueden estar asociadas con una mayor probabilidad de involucrarse en conductas sexuales de riesgo.
- Medios de comunicación: Los medios de comunicación utilizan la sexualidad como una herramienta para vender productos y difunden mensajes y modelos que pueden impulsar a los adolescentes a adoptar conductas de riesgo. Aunque los medios de comunicación desempeñan un papel importante en la información sobre sexualidad, es fundamental que las familias y la educación analicen críticamente estos mensajes y proporcionen una educación integral en sexualidad que vaya más allá de la simple exposición mediática.

En conclusión, estos factores de riesgo identificados por la OMS, como el desarrollo puberal, el desarrollo cognitivo y psicosocial, los factores individuales y la influencia de los medios de comunicación, pueden contribuir a la aceleración de la práctica sexual en adolescentes. Comprender y abordar estos factores es fundamental para promover una educación integral en sexualidad que brinde a los jóvenes las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas y saludables en relación con su vida sexual.

2.4.3. EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Los embarazos en la adolescencia representan una preocupación importante a nivel mundial debido a sus implicaciones tanto para la salud de las jóvenes como para el bienestar de la sociedad en general. Esta situación plantea desafíos significativos en términos de salud, educación y desarrollo social. A través de diversas investigaciones y estudios, se ha evidenciado la necesidad de comprender y abordar de manera integral este fenómeno para promover la salud y el bienestar de las adolescentes. "El embarazo en la adolescencia es un desafío global de salud y desarrollo con importantes consecuencias sociales y de salud pública" (Organización Mundial de la Salud, 2014). "Los embarazos en la adolescencia son un problema complejo que requiere una atención integral y una respuesta coordinada a nivel individual, familiar y comunitario" (Ganchimeg et al., 2014).

Es fundamental comprender las complejas dinámicas involucradas en los embarazos en la adolescencia a fin de implementar intervenciones eficaces y mejorar los resultados tanto para las jóvenes como para la sociedad en su conjunto.

"Los embarazos en la adolescencia están asociados con mayores riesgos para la salud materna e infantil, así como con desafíos educativos y socioeconómicos" (UNFPA, 2013).

El inicio temprano de la actividad sexual se ha asociado directamente con un aumento en la incidencia de embarazos no deseados en adolescentes (García, Menéndez, Fernández & Cuesta, 2012).

Según Issler (2001), se considera embarazo en la adolescencia aquel que ocurre durante los años ginecológicos, es decir, desde la menarquia y aun cuando el adolescente depende de su núcleo familiar de origen. Por lo tanto, el matrimonio infantil está estrechamente relacionado con el embarazo en adolescentes, ya que existe una mayor probabilidad de que las niñas que se casan antes de los 18 años queden embarazadas.

El embarazo en la adolescencia es una situación de crisis que se manifiesta de manera evidente en el mundo actual y conlleva profundos cambios psicosociales. Es importante tener en cuenta que, por lo general, no es un evento planificado, lo que puede llevar a que las actitudes de los adolescentes frente al embarazo varíen según su estilo de vida, contexto familiar y la etapa específica de la adolescencia en la que se encuentren.

Según Celade Guzmán (2001, p. 34-35), se han producido cambios significativos en las últimas décadas en relación con los valores y comportamientos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes. Estos cambios están determinados por múltiples factores, como la evolución en los conceptos de masculinidad y feminidad, los nuevos roles en términos de paternidad y maternidad, el mayor conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos, una

mayor información sobre la sexualidad y las relaciones sexuales, y una mayor exposición a la erotización en los medios de comunicación y la pornografía.

Es importante destacar que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales ha disminuido en la mayoría de los países de América Latina. Esta tendencia plantea desafíos significativos en términos de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y destaca la necesidad de implementar intervenciones efectivas de educación y prevención para abordar este problema.

Según Issler (2001), existen factores predisponentes para que se dé un embarazo en la adolescencia:

- Menarca temprana: otorga la madurez reproductiva cuando aún o manejas la situación de riesgo.
- Inicio precoz de relaciones sexuales, cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- Familia Disfuncional: monoparentales o conductas promiscuas que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia.
- Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y sola.
- Bajo nivel educativo: con desinterés general, cuando hay un proyecto que prioriza alcanzar determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta es más probable que la joven aun teniendo relaciones sexuales adopte una prevención del embarazo.
- Migraciones recientes con pérdida del vínculo familiar, ocurre con el traslado de las jóvenes en busca de trabajo o motivos de estudios superiores.

- Pensamientos mágicos: Propios de esta etapa de la vida que los lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- Fantasías de esterilidad: Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y como no se embarazan por casualidad piensan que son estériles.
- Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen mitos como, por ejemplo: “solo se embarazan si tienen orgasmos cuando lo hace con la menstruación o también cuando no hay penetración completa”.
- Controversias en su sistema de valores y el de sus familias.
- Aumento en números de adolescentes. Alcanzando el 50% de la población femenina.
- Factores socioculturales: la evidencia de los cambios de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en sus diferentes niveles económicos.

El embarazo en la adolescencia conlleva una serie de dificultades que afectan negativamente a los jóvenes, como el rezago educativo, el rechazo familiar y la mayor posibilidad de recurrir al aborto inducido, entre otras complicaciones (Ramírez y Villareal, 2015). Según estos autores, los factores individuales que contribuyen a este problema incluyen el inicio temprano de la actividad sexual, la falta de uso de anticonceptivos, experiencias de abuso sexual y la decisión propia de quedar embarazada.

El inicio precoz de la actividad sexual aumenta el riesgo de embarazo en la adolescencia debido a la falta de orientación y acompañamiento durante los procesos de maduración biológica y psicológica propios de esta etapa del ciclo de

vida (Quintero y Rojas r, 2015). Las consecuencias de este embarazo pueden ser tan significativas e irreversibles que pueden alterar completamente el bienestar físico, emocional y social de la adolescente. Además, el embarazo ocurre en un momento en el que la joven aún no ha alcanzado la madurez física y mental, y puede enfrentarse a circunstancias adversas, como creencias nutricionales inadecuadas o enfermedades preexistentes, en un entorno familiar que suele mostrar poco apoyo y protección (González, Hernández, Conde, Hernández y Brizuela, 2010).

Es importante destacar que en muchos países, las niñas embarazadas o madres adolescentes se enfrentan a obstáculos para continuar su educación debido a su condición, lo que se traduce en la reducción del tiempo disponible para estudiar y atender a sus hijos (ONU). Estas barreras adicionales dificultan aún más la situación y limitan las oportunidades de desarrollo de estas jóvenes.

2.5 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar es un componente fundamental de la salud sexual y reproductiva que permite a las personas tomar decisiones informadas sobre el número de hijos que desean tener y el espaciamiento entre ellos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la planificación familiar como "el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados y espaciar los embarazos deseados" (OMS, 2021).

Podemos considerar la planificación familiar como esencial para el bienestar de las personas y las comunidades. Como menciona la OMS, "la planificación

familiar contribuye a reducir la mortalidad materna y neonatal, mejorar la salud de las mujeres y los niños, y promover el desarrollo económico y social" (OMS, 2021).

La elección de métodos anticonceptivos adecuados y accesibles es fundamental para la planificación familiar. Según la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), "los servicios de planificación familiar deben ofrecer una amplia gama de métodos anticonceptivos para adaptarse a las necesidades y preferencias individuales de las personas" (IPPF, 2020).

La educación y el acceso a información precisa sobre la planificación familiar son cruciales. Como señala la Organización de las Naciones Unidas (ONU), "la educación integral en sexualidad y la información sobre anticoncepción son esenciales para permitir que las personas tomen decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva" (ONU, 2015).

La planificación familiar también desempeña un papel importante en la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), "cuando las mujeres tienen acceso a servicios de planificación familiar, pueden ejercer su derecho a decidir si y cuándo tener hijos, lo que les permite perseguir sus objetivos educativos y profesionales" (UNFPA, 2021).

En resumen, la planificación familiar es esencial para promover la salud y el bienestar de las personas. Como señalan diferentes organizaciones, su implementación adecuada contribuye a la reducción de la mortalidad materna y neonatal, mejora la salud de las mujeres y los niños, promueve el desarrollo económico y social, y fomenta la igualdad de género. Es fundamental garantizar el acceso a información precisa, servicios de calidad y una amplia gama de métodos

anticonceptivos para satisfacer las necesidades individuales y promover la autonomía en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva.

La planificación familiar es un derecho fundamental que permite a las parejas e individuos tomar decisiones libres y responsables sobre la cantidad de descendencia deseada, el momento oportuno para tener hijos y el espaciamiento entre embarazos, además de acceder a información y métodos para materializar sus decisiones y alcanzar el más alto nivel de salud sexual y reproductiva (MINSA, 2008).

Aunque el Ministerio de Salud ha difundido ampliamente la planificación familiar, todavía existe un desconocimiento generalizado, especialmente entre los jóvenes, acerca de los diferentes métodos disponibles y sus ventajas y desventajas respectivas.

La planificación familiar ocupa un lugar prioritario dentro del marco de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque centrado en la prevención de riesgos para la salud de las mujeres, hombres y sus descendientes. Su implementación se basa en el ejercicio del derecho de toda persona a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre el número y el espaciamiento de los hijos, respetando plenamente su dignidad.

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluida la provisión de información y servicios de planificación familiar, se reconoce no solo como una medida clave para mejorar la salud de las mujeres y los niños, sino también como un derecho humano. Todas las personas tienen derecho a elegir y beneficiarse de

los avances científicos en la selección de métodos de planificación familiar (MINSA, 2008).

Además, en el contexto de Nicaragua, las personas adolescentes están protegidas por un marco legal establecido en la constitución política, que garantiza sus derechos sexuales y reproductivos. La planificación familiar se reconoce como un derecho humano que permite a las parejas y personas tomar decisiones libres y responsables sobre el número y espaciamiento de hijos (Torrez, 2015, p. 9).

2.5.1 Responsabilidad y métodos de planificación familiar

a) Responsabilidad

La responsabilidad en la planificación familiar es crucial para asegurar la salud y el bienestar de las parejas y personas, así como para promover el desarrollo sostenible de las comunidades. Podemos considerarla como una responsabilidad individual y colectiva que conlleva importantes implicaciones para la salud y el futuro de las personas y las sociedades. Como señala el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), "la planificación familiar responsable es clave para mejorar la salud y el bienestar de las personas y para avanzar hacia los objetivos de desarrollo sostenible" (UNFPA, 2017).

La responsabilidad implica tomar decisiones informadas y conscientes sobre la reproducción, el número de hijos y el espaciamiento entre embarazos. Según el Ministerio de Salud (MINSA), "la responsabilidad en la planificación familiar implica el uso adecuado de métodos anticonceptivos, así como la búsqueda de información y atención de calidad" (MINSA, 2014).

Además, también implica promover una cultura de respeto y equidad de género. Como menciona el Informe sobre la Situación de la Población Mundial de la UNFPA, "la igualdad de género y los derechos de las mujeres son fundamentales para lograr una planificación familiar responsable y satisfactoria" (UNFPA, 2020).

No solo podemos limitarla al ámbito individual, sino que también tiene implicaciones sociales y medioambientales. Como destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la planificación familiar responsable contribuye a la reducción de la pobreza, el empoderamiento de las mujeres, la mejora de la salud materna e infantil, y la protección del medio ambiente" (OMS, 2019).

La responsabilidad en la planificación familiar es esencial para garantizar la salud y el bienestar de las personas, así como para promover el desarrollo sostenible. Como afirma el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), "la planificación familiar responsable es un componente fundamental de la agenda global de desarrollo sostenible" (PNUD, 2015). Es responsabilidad de todos promover una planificación familiar informada, equitativa y respetuosa, para asegurar un futuro más saludable y próspero para todos.

Hablar de responsabilidad implica un concepto profundo y significativo en el contexto humano. Se refiere a la capacidad de ser conscientes y tomar decisiones informadas acerca de nuestras acciones y consecuencias. En el ámbito de la sexualidad, la responsabilidad adquiere una relevancia especial.

La práctica sexual temprana y sin planificación ni protección adecuada puede llevar a consecuencias no deseadas para los individuos. Según Arias, Cruz y

Ramírez (2014), "la falta de planificación y protección en las relaciones sexuales puede resultar en embarazos no planificados y riesgos para la salud" (p. 38). En la actualidad, el inicio temprano de la actividad sexual aumenta el riesgo de embarazo, especialmente en la población adolescente.

La planificación familiar a través de métodos anticonceptivos brinda a las personas la oportunidad de tomar decisiones informadas y tener control sobre el momento y el número de hijos que desean tener. Los métodos anticonceptivos son herramientas que permiten a las parejas y los individuos planificar su familia de manera consciente y responsable.

En este contexto, los métodos de planificación familiar representan una opción para alcanzar el objetivo deseado, es decir, planificar una familia en función de las circunstancias individuales y sociales. Estos métodos ofrecen una base para tomar decisiones informadas y estratégicas sobre la formación de una familia, permitiendo a las personas tener un mayor control sobre su vida reproductiva y la crianza de sus hijos.

En resumen, la responsabilidad en la planificación familiar implica tomar decisiones informadas y conscientes sobre la sexualidad y la reproducción. Los métodos anticonceptivos se convierten en herramientas clave para evitar embarazos no deseados y promover la autonomía y el bienestar de las personas. La responsabilidad en este ámbito se basa en la capacidad de elegir y planificar de manera responsable, teniendo en cuenta las necesidades individuales y las circunstancias sociales.

b) Métodos anticonceptivos.

La disponibilidad y el uso de métodos anticonceptivos son fundamentales en la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como en la planificación familiar. Los métodos anticonceptivos son herramientas eficaces que permiten a las personas tomar decisiones informadas y responsables sobre su vida reproductiva. Estos métodos ofrecen una variedad de opciones para prevenir embarazos no deseados y permiten a las parejas y personas tener un mayor control sobre el momento y el número de hijos que desean tener.

En el contexto actual, donde la planificación familiar y el cuidado de la salud sexual son aspectos esenciales, es importante comprender los diferentes métodos anticonceptivos disponibles y sus características. Los métodos anticonceptivos abarcan una amplia gama de opciones, desde métodos hormonales como píldoras anticonceptivas y parches, hasta métodos de barrera como preservativos y diafragmas, así como dispositivos intrauterinos (DIU) y métodos permanentes como la esterilización.

Los métodos anticonceptivos son una variedad de medios utilizados para prevenir o reducir la posibilidad de fecundación durante las relaciones sexuales, ya sea con el objetivo de evitar embarazos de manera definitiva o de espaciarlos adecuadamente. Estos métodos actúan como una barrera que impide la unión de los gametos y, por lo tanto, la fertilización. Según Torrez (2015), su utilización es fundamental para regular la capacidad reproductiva y planificar la vida familiar.

Es importante destacar que la eficacia de los métodos anticonceptivos puede variar, pero se estima que pueden ser efectivos hasta en un 95% de los casos,

siempre y cuando se utilicen de manera correcta y constante. La seguridad que brindan a las personas que los utilizan es fundamental, pero se debe tener en cuenta que su efectividad depende de la adecuada aplicación.

Existen numerosos métodos anticonceptivos disponibles, algunos de los cuales pueden ser utilizados de manera autónoma, sin necesidad de acudir a una unidad médica para su aplicación. Estos métodos pueden ser sustancias, dispositivos o técnicas que regulan temporal o permanentemente la capacidad reproductiva de una persona (MINSA, 2012).

Según Baltodano y Rivera (2017), los métodos anticonceptivos permiten a las personas y parejas decidir de manera autónoma si desean tener hijos, cuántos y en qué momento de sus vidas.

Los métodos anticonceptivos se clasifican en temporales y permanentes, según la necesidad de su utilización. Los métodos temporales son reversibles y pueden ser reemplazados por otros según las necesidades individuales. Por otro lado, los métodos permanentes son irreversibles y requieren una decisión firme por parte de la persona, ya que implican un compromiso definitivo (Baltodano, 2017).

En conclusión, los métodos anticonceptivos son herramientas esenciales para regular la capacidad reproductiva y tomar decisiones autónomas sobre la planificación familiar. Su utilización adecuada y constante brinda seguridad y permite a las personas tener un mayor control sobre su vida reproductiva. Es fundamental conocer las diferentes opciones de métodos anticonceptivos y recibir información precisa para tomar decisiones informadas y responsables sobre la elección del método que mejor se adapte a las necesidades y preferencias individuales.

A continuación, en la tabla N° 3, se muestra la clasificación de cada uno de los métodos y su descripción.

Tabla 3: Clasificación de métodos anticonceptivos, Femeninos, masculinos y en situaciones especiales.

| Métodos anticonceptivos femeninos | Métodos anticonceptivos masculinos | Métodos anticonceptivos en situaciones especiales |
|--|---|---|
| Métodos temporales a. Naturales b. De barrera * Hormonales ➤ Métodos permanentes a. Oclusión tubarica bilateral (OTB) | Métodos temporales a. Naturales b. De barrera. c. Hormonales * Métodos permanentes a. Vasectomía | a. Anticoncepción en la adolescencia. b. Anticoncepción en la perimenopausia. c. Anticoncepción en el post parto, post aborto y transcesárea. d. Anticoncepción de emergencia. |
| (*) No disponibles en el MINSA. | | |

Fuente: MINSA (2008).

Métodos temporales femeninos:

Los métodos temporales femeninos son opciones utilizadas para prevenir embarazos no deseados y pueden ser interrumpidos en cualquier momento sin generar ningún perjuicio. Entre estos métodos se encuentran:

- **Naturales:**

Los métodos naturales fueron los primeros utilizados por la humanidad como la abstinencia durante parte del ciclo menstrual, la cual también ha sido practicada a través del tiempo como un acto religioso, tabú o intento fortuito de

evitar embarazos (método a elección según las características socio culturales de cada persona).

La abstinencia es compartida con la pareja, pero se trata de una decisión individual. Según el MINSA (2008): “La pareja evita el acto sexual en forma voluntaria. Puede ser decidido en cualquier momento y por el tiempo que lo deseen puede ser de forma permanente o en forma periódica durante el periodo fértil de la mujer” (p.37).

Aquí mencionaremos y explicaremos algunos tipos de métodos de abstinencia periódica:

1. Métodos del ritmo o candelario: Este método se basa en la abstinencia durante el periodo fértil de la mujer, para que este método funcione la mujer debe conocer perfectamente su cuerpo.
2. Método de moco cervical: Este método reconoce los cambios clínicos del moco cervical en los periodos pre y post ovulatorios por medio de la observación e interpretación de las sensaciones vaginales y vulvares que producen cambios en la calidad y cantidad del moco a respuesta de los niveles cambiantes de estrógeno.
3. Método sintotérmico: La elevación de la temperatura indica que la mujer está en el periodo de ovulación, por lo general la temperatura se eleva un poco más a lo normal durante el periodo de ovulación.
4. Método del collar o días fijos: Permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural a través de conocer su ciclo menstrual, su periodo fértil y tener abstinencia periódica de relaciones sexuales o evitar relaciones sexuales desprotegidas durante esos días.

La duración de estos métodos depende de la práctica correcta y del tiempo

que la pareja quiera utilizarlos, lo más importante que no tiene efectos colitigantes. Es importante que la mujer que desee utilizarlo conozca bien su cuerpo y por lo tanto su ciclo menstrual.

Métodos de barrera:

Actualmente el Ministerio de Salud no ofrece ningún método de planificación de barrera femenino, pero si existe preservativo masculino. Este es un método anticonceptivo temporal conocido también como preservativos profilácticos, gomas o forros, tiene la función de cubrir el pene erecto durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el espermatozoides del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer. (MINSA, 2008, p.87).

Este método es muy importante porque también actúa como protección contra las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, sin embargo la mayoría de las veces si se utiliza otro método de planificación no suelen utilizar la protección dual.

Podemos destacar las siguientes ventajas que actualmente tiene el preservativo:

- Es el único método que puede evitar un embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Indispensable saber que es una doble protección.
- No tiene efectos colitigantes en la persona que lo utiliza.
- Se consigue con facilidad, es muy conocido, se vende en las pulperías y farmacias, no necesariamente se encuentra en unidades de salud.
- No hay necesidad de consultar con un médico para conseguirlo.

Métodos mecánicos:

El Ministerio de Salud solamente dispone de un método mecánico para la mujer, en este caso es el Dispositivo intrauterino (DIU), siendo un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plásticos que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante la combinación de mecanismos (MINSA, 2008, p.51).

Este dispositivo afecta la capacidad de movilización de los espermatozoides, dificulta el paso de estos por el útero hacia las trompas de Falopio, por lo que se reduce la posibilidad de que el espermatozoide se una con el ovulo.

No obstante, no puede ser utilizado por mujeres que padezcan alguna infección vaginal o infección de transmisión sexual, mujeres que tengan problemas Gineco obstétricos, como cáncer cervical u endometrial, que tengan múltiples parejas sexuales o que tengan sangrado vaginal por causas desconocidas.

Asimismo, se puede utilizar en mujeres de cualquier edad reproductiva y en cualquier momento, siempre que tenga la seguridad de no estar embarazada, puede insertarse después de los 4 semas después del parto para que el útero recupere a su tamaño normal y así tener la seguridad de que la T de cobre no se mueva o se expulse, puede también colocarse inmediatamente después de un aborto.

Después de insertarlo puede presentarse cambios en la menstruación, sangrado irregular, dolor abundante durante la menstruación (Torrez, 2015).

A continuación, mencionaremos algunas de las ventajas de este método.

- Método a largo plazo, importante para aquellas parejas que deseen alargar su periodo intergenesico.
- No interfiere en las relaciones sexuales, no causa ninguna molestia, aunque el efecto se puede llegar a presentar de manera psicológica.

- No afecta la lactancia materna, para el caso de aquellas personas que están en periodo post natal.
- Retorno inmediato de la fertilidad al retirar la T de cobre.

Métodos Hormonales:

En Nicaragua solamente las mujeres pueden utilizar métodos anticonceptivos hormonales, a continuación, se describen algunos que proporciona de manera gratuita el Ministerio de Salud:

Métodos hormonales orales: su eficacia oscila entre el 97% cuando el método es utilizado correctamente. Las pastillas son un método temporal de corto plazo que contiene 2 hormonas artificiales parecidas a las que el cuerpo produce naturalmente: predestina y el estrógeno, impiden la ovulación y liberación de óvulos, el moco cervical aumenta su consistencia (Torrez, 2015, p.17.)

Existen algunas contraindicaciones como en los casos:

- Mujeres embarazadas.
- Durante la lactancia materna en los primeros 6 meses, debido a que los estrógenos disminuyen la producción de leche.
- Fumar o tener 35 años o más.
- Presentar diabetes por más de 20 años.
- Hipertensión arterial o enfermedades cardíacas.
- Cirrosis hepática.
- Haber tenido cáncer de mama.
- Migrañas.

- Usar medicamentos antituberculosos o anticonvulsivantes.

En relación al modo de uso de pastilla anticonceptiva, esta se debe de tomar todos los días a la misma hora, comenzar a utilizarse en cualquier momento del mes, pero se debe tomar algunas consideraciones: si comienza dentro de los 5 primeros días después de su menstruación, no necesitas método de respaldo, si ya han pasado 5 días o desde el primer día de su última menstruación puede empezar a tomar las pastillas en cualquier momento si existe certeza de que no está embarazada. No obstante, necesita un método de respaldo, sea abstinencia o preservativos por lo menos 7 días, si olvida una pastilla debe tomarla lo antes posible en cuanto se dé cuenta y continuar luego tomándola a la hora acostumbrada (Torrez, 2015,p.18).

Para algunas personas genera compromiso sobre ellas mismas, al ser responsable con el método de utilización de este. Algunas ventajas de este método son:

- Son muy efectivas cuando se usan correctamente, como cualquier otro método.
- La fertilidad retorna tan pronto como se interrumpe su uso.
- Protege contra el cáncer endometrial, cáncer de ovarios, quistes ováricos etc.
- Reduce problema de sangrado menstrual.

Pero además existen algunas desventajas:

- No usar si toma medicamentos para tratar epilepsia, tuberculosis.
- No protege contra las enfermedades de transmisión sexual.
- No funciona en mujeres que generalmente olvidan tomar la pastilla.

✓ *Métodos hormonales inyectables intramusculares, hormonales combinados mensuales:*

Estos actúan inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical, lo vuelve inadecuado para la penetración de los espermatozoides (MINSA, 2008.p.71). Para Torrez (2015), estos funcionan igual que las pastillas y todos los métodos hormonales, impiden la ovulación y liberación del ovulo. El moco cervical aumenta su concentración y dificulta el paso de los espermatozoides de la vagina hacia las trompas de Falopio.

Pero también existen algunas contraindicaciones:

- Mujeres que estén embarazadas.
- Mujeres con diabetes mayor de 20 años.
- Pacientes con hipertensión arterial o enfermedades cardiacas.
- Hayan tenido cáncer de mama.

Siguiendo las disertaciones del MINSA (2008), los anticonceptivos hormonales inyectables trimestrales contienen solo una hormona y tiene mejores ventajas en el periodo post natal como por ejemplo:

- La inyección trimestral puede ser usada en madres lactantes, inmediatamente después del parto.
- Es un método que no se utiliza a diario, tiene un periodo de efectividad largo.
- Puede ser utilizada en cualquier edad reproductiva.

Sin embargo, su uso presenta alteraciones como:

- Cambios en el patrón del sangrado menstrual durante los primeros 6 meses de uso.
- No brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual.
- Aumento de peso más o menos 4 libras cada año.
- En el caso de la inyección trimestral la fertilidad puede retrasarse entre 6 y 10 meses después de la aplicación de la última inyección.
- En uso de la inyección trimestral por más de tres años puede causar la pérdida de densidad ósea y no está completamente comprobado que puede llegar a ser irreversible si se usa por más tiempo.

Métodos permanentes femeninos:

Oclusión tubarica bilateral (OTB): es un método que es solo disponible para el sexo femenino el ministerio de salud (MINSA, 2008) nos dice en la norma de planificación familiar que es un método anticonceptivo quirúrgico para suprimir en forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer, es un método muy eficaz que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de evitar que el ovulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo la fecundación.

Figura 5: Procedimiento de Vasectomía u esterilización masculina.



Fuente: (MINSA, 2008)

Se trata de una operación sencilla, mediante la cual, con anestesia local, se cortan y se ligan los conductos para impedir el paso de los espermatozoides al pene. Como recomendación se debe de recordar que la vasectomía no es eficaz hasta después de 20 eyaculaciones o más o menos 3 meses después del procedimiento.

Los métodos permanentes presentan los siguientes elementos comunes:

- Son permanentes, aunque también esta suele ser una desventaja cuando no se ha tomado la mejor decisión y se produce el arrepentimiento.
- Implica menor riesgo quirúrgico y menos gastos.
- No tiene efectos secundarios.
- No produce cambios en la función sexual.

Anticoncepción de emergencia:

Son métodos de prevención del embarazo que actúan dentro del plazo, varias horas o pocos días después de haber tenido una relación sexual sin protección

(MINSA, 2008, p.106). Estos no son métodos de planificación familiar ni abortivos, sin embargo a como su nombre lo dice actúan de forma emergente para resolver el problema después de unas horas del acto sexual.

Algunos métodos anticonceptivos como las píldoras pueden actuar como métodos de emergencia para casos especiales y actúan siempre en las primeras horas después del actúan siempre después del acto sexual.

a) Factores que favorecen y restringen la planificación familiar.

Según MINSA, (2008) la juventud y adolescencia puede hacer uso de cualquier método anticonceptivo, sin embargo, hay criterios de elegibilidad y condiciones no médicas que son importantes para la toma de decisión informada. Generalmente tienen comportamientos de alto riesgo, como tener varios compañeros sexuales, la falta de información exacta o completa, dependiendo de los conocimientos de sus padres y madres, incluidos mitos y conceptos erróneos.

Es posible que no utilicen los métodos correctamente y que tiendan a tener relaciones sexuales esporádicas y no planificadas sin protección.

Para Torrez (2015), existen diferentes factores que pueden favorecer o restringir la planificación familiar:

- La religión: está asociada comúnmente al estado de acción o un sistema específico de prácticas asociado con alguna denominación, culto, sexta o misas. La religión de una persona influye en la marea en que un individuo ejercita una fe o creencia y acción, sirve a diferentes propósitos de la vida de una persona, para algunos es un conjunto de reglas. Las iglesias cada

día participan más en la temática de salud reproductiva. (Torrez, 2015). Existen líderes que sostienen que las familias deben tener el número de hijos que quieran, como dice la sagrada biblia; fructificar y multiplicaos, por lo que sus feligreses tienen cierto respeto y optan por métodos naturales como la lactancia materna, entre otros.

- Factor psicológico: La timidez; generalmente en las comunidades se observa la timidez de la población, para hablar acerca del tema de la reproducción, por lo que no se acercan a los servicios de salud a consultar sobre el tema, mas sin embargo también hay ciertas personas que piensan en un sentido figurado por ejemplo según mitos y creencias planificar es un aborto, otro ejemplo puede ser que los padres creen que hablar de planificación familiar con los hijos es darles libertinajes.
- Factor económico: El desempleo es muy marcado en el medio, así como la falta de preparación de las personas, esta situación desencadena una serie de acontecimientos donde las familias no tienen accesibilidad al recurso. La falta de dinero dificulta el acceso a los servicios de salud, sobre todo cuando el traslado implica pasaje y alimento.
- Factor relacionado con los servicios de salud: El respeto y la ética en este aspecto el comportamiento institucional del personal de salud, las personas acuden a los servicios de salud con el propósito de ser atendidas y si el trato es amable obtienen y desarrollan confianza tanto hacia el médico, enfermera, auxiliar de enfermería y otros miembros del equipo de salud, además la disponibilidad de métodos y tiempo de espera para una respetiva atención al programa de planificación familiar.

***MARCO
METODOLÓGICO***

MARCO METODOLÓGICO PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.MARCO METODOLÓGICO

En este punto tratamos de ofrecer una justificación epistemológica y metodológica de nuestro trabajo, describiendo detalladamente el diseño y los procesos metodológicos implementados; partiendo de que «el fin último de la ciencia es la generación y verificación de una teoría» (McMillan y Schumacher, 2005, p.10).

Cuando hablamos de investigación científica, mencionamos el proceso que realizamos para alcanzar una finalidad, el conocimiento científico, considerando a éste un conocimiento objetivo y verdadero para que pueda ser utilizado posteriormente por la comunidad científica, para realizar una práctica transformadora en la sociedad.

Ante esta situación nos planteamos la realización de una investigación educativa cuya metodología expondremos a continuación y de la que Husén (1971, cit. en Dendaluce, 1988, p.47) señala que:

Todo esfuerzo de investigación en educación tiene como último propósito: llegar a un conocimiento que pueda utilizarse para la acción, ya se trate de una acción en el ámbito político, ya de un cambio de práctica en la clase. Así, pues, la vía que sigamos al estudiar un determinado problema depende, en gran medida, de qué clase de conocimiento deseamos obtener mediante nuestros esfuerzos investigadores.

El concepto investigación presenta múltiples definiciones, Hernández y Maquillón, consideran ésta como:

El estudio de los métodos, los procedimientos y las técnicas que debemos utilizar para obtener conocimientos, para buscar unas explicaciones y para una comprensión científica de los fenómenos educativos, así como también para solucionar los problemas que la educación, en particular, y la sociedad, en general, plantea o demanda (2009, p.32).

Por su parte, la investigación social se comprende como una actividad organizada y orientada a la descripción, comprensión, explicación y transformación de la realidad social a través de un plan de indagación y desde una perspectiva científica. Citando a Dendaluce, al hablar de investigación hacemos referencia al procedimiento o conjunto de procedimientos cuya finalidad es: *«Mejorar nuestras teorías sobre nuestro campo de interés con sistemas cada vez más coherentes de conceptos y relaciones, y con generalizaciones a niveles progresivamente más amplios»* (1995, p.9).

Es decir, toda investigación social es abordada desde un punto de vista metodológico, desarrollando modelos conceptuales o paradigmas que representan distintas perspectivas desde las cuales se explica la realidad social objeto de estudio. Por ello, es fundamental conocer las distintas corrientes metodológicas o paradigmáticas, para determinar aquella que mejor encuadre nuestra investigación. Todo ello, sin perder la visión de que *«la investigación contribuye a elaborar y reelaborar el conocimiento profesional, con independencia de las perspectivas epistemológicas y metodológicas bajo las que se afronte»* (Pérez Serrano, 2001, p.21).

3.2. EL MÉTODO CIENTÍFICO.

La ciencia es el resultado de aplicar el método científico a problemas que puedan tener solución (McGuigan, 1977, p.15). Así mismo, la investigación científica es la acción de aplicar el método científico. Por lo tanto, partimos del convencimiento de que en la ciencia no hay un camino fijo y real, que es la investigación la que abre esos caminos, diversos en ocasiones.

En palabras de Bunge, podemos encontrar la aseveración de que:

Los científicos que van en pos de la verdad no se comportan ni como soldados que cumplen obedientemente las reglas de la ordenanza (opiniones de Bacon y Descartes), ni como los caballeros de Mark Twain, que cabalgaban en cualquier dirección para llegar a Tierra Santa (opinión de Bridgman). No hay avenidas hechas en ciencia, pero hay en cambio una brújula mediante la cual a menudo es posible estimar si se está sobre una huella promisoria. Esta brújula es el método científico, que no produce automáticamente el saber, pero que nos evita perdernos en el caos aparente de los fenómenos, aunque sólo sea porque nos indica cómo no plantear los problemas y cómo no sucumbir al embrujo de nuestros prejuicios predilectos (2012, p. 32).

Todos estos conceptos nos llevan a determinar que hay dos elementos claramente diferenciados como son la estrategia a seguir y la meta a lograr. En esta misma línea Arnal, Del Rincón y Latorre manifiestan que en el método científico «lo que distingue su naturaleza de las otras formas de conocer es el modo de proceder y el tipo de conocimiento que persigue» (1992, p.21).

Por consiguiente, consideramos el método científico como un conjunto de reglas sistemáticas que se utilizan para llegar a un conocimiento ecuánime de una realidad determinada de estudio, con la necesaria austeridad y rigurosidad que tal conocimiento sea reconocido como válido por la comunidad científica.

Siguiendo con el método científico, debemos partir de un problema real que se esté originando en la vida cotidiana, o en un axioma meramente teórico. Este postulado es lo que diferencia la investigación básica y la investigación aplicada, una parte de la teoría, de lo general; y la otra, parte de hechos concretos, de lo particular.

Aun partiendo de estas premisas o propuestas, las fases del método científico se pueden reducir en la mayoría de los casos a tres partes claramente diferenciadas: planteamiento del problema, construcción de un modelo de conocimiento y contraste de dicho modelo. Pese a esta afirmación, esta sucesión puede ser susceptible de adaptarse a casos particulares, sobre todo en aquellas aplicadas a Ciencias Sociales.

Siguiendo Bisquerra (1996) podemos tomar el siguiente guion:

- Planteamiento del Problema.
- Revisión de la bibliografía.
- Formulación de Hipótesis.
- Método de recogida de datos:
 - a) Selección del método.
 - b) Planificación de la recogida de datos.
 - c) Definición de las variables y términos importantes.
 - d) Selección de la muestra.
 - e) Diseño experimental
 - f) Selección de los instrumentos.
 - g) Procedimiento.

h) Supuestos y limitaciones.

- Análisis de datos.
- Conclusiones.

Con lo anterior, el proceso a seguir será particular de cada persona investigadora, realizándolo con cierta flexibilidad, ya que como hemos indicado con anterioridad, el método científico encierra una gran cantidad de caminos. Sin embargo, hay aspectos que son cambiantes, como es el enfoque paradigmático que orienta los diferentes modelos o fases.

3.2.1 LOS PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN.

Para Popkewitz (1988), la idea de paradigma llama la atención por el hecho de que la ciencia contempla diferentes concepciones, costumbres y tradiciones que constituyen reglas de juego orientando la labor investigadora. En este mismo orden de ideas Castillo y Gento lo definen como «*el marco de referencia ideológico o contexto conceptual que utilizamos para interpretar una realidad*» (1995, p. 27).

Así, el paradigma vendría a ser una estructura constituida por una red de creencias teóricas y metodológicas (patrones o reglas operativas) entrelazadas que permiten la selección, evaluación y crítica de temas, problemas y métodos. Es decir, un sistema conceptual representado por un conjunto de supuestos acerca de los fenómenos que examina o indaga (metodología) y explica (teoría).

Los paradigmas no acometen describir la realidad y por eso sus descripciones no son convenientemente ni verdaderas ni falsas, sino que sólo procuran ser útiles para representar, comprender y explicar los fenómenos. Así, incluyen supuestos fisiológicos, epistemológicos y metodológicos, que permanecen generalmente de manera oculta (implícitos) en el quehacer investigativo. Entendiendo por supuesto

a un conjunto de proposiciones incontrastables, aceptadas como verdaderas por convención o establecidas por la práctica, como pilares o fundamentos de una estructura teórica o conceptual.

Carr y Kemmis (1988), desde el vértice de la teoría crítica de la enseñanza, establecen también tres posturas paradigmáticas a partir de la relación entre teoría y práctica: positivismo, interpretativo y sociocrítico. Si bien, la terminología para denominar a los paradigmas es amplia, hablaremos de estas tres categorizaciones que recogen y clarifican mejor el sentido de las perspectivas de investigación.

Dada la naturaleza que presenta, nuestro estudio se sitúa en el paradigma interpretativo. Este enfoque tiene una larga tradición en las ciencias sociales y nuestros objetivos están destinados a describir un caso con unas particularidades concretas, para posteriormente plantear estrategias de mejoras de dicha realidad. En este último sentido, consideramos que nuestro estudio se vincula también a algún aspecto en concreto del paradigma sociocrítico, puesto que como sostienen algunos autores, un estudio que pertenezca al campo social no puede estar libre de valores, no puede ser neutro.

Partiendo de este paradigma interpretativo, hemos decidido utilizar métodos descriptivos para acercarnos a nuestro objeto de estudio.

3.2.2. Técnicas e instrumentos de recogida de información.

La recogida de datos envuelve una buena planificación que presume seleccionar un instrumento o método de recolección de datos (técnica), su aplicación y la preparación de las observaciones, registros y mediciones obtenidas (Hernández, Fernández y Baptista, 2002).

En palabras de Bisquerra: «Se entiende por técnicas de recogida de datos aquellos medios técnicos que se utilizan para registrar las observaciones o facilitar el tratamiento experimental» (1996, p. 87).

Como ya comentábamos anteriormente hemos apostado por la utilización de métodos descriptivos y por la complementariedad de las metodologías cuantitativa y cualitativa ya que creemos que la triangulación entre métodos supone un enriquecimiento al facilitar una aproximación múltiple y diferenciada a la realidad social para poder conocerla efectivamente en su totalidad.

En nuestro trabajo de investigación, tenemos que señalar que hemos desarrollado una parte cuantitativa, mediante un cuestionario, y otra parte cualitativa, a través de entrevistas a informantes clave.

Realmente, si concebimos que un método es la guía que nos lleva a un determinado escenario, a la hora de plantearnos un diseño metodológico, hemos de tener muy claro el propósito que pretendemos conseguir con nuestra investigación, puesto que diferentes propósitos pueden demandar diferentes estrategias metodológicas.

Tabla 4: Clasificación de técnicas en función de objetivos.

| MOMENTOS DEL ANÁLISIS | OBJETIVOS | TÉCNICAS |
|------------------------------|---|--|
| DESCRIPCIÓN | Conocer los recursos e intereses, las carencias y necesidades. Provocar la reflexión conjunta. | Recopilación documental Entrevistas estructuradas Cuestionarios Observación |

| | | |
|--|--|---|
| PERCEPCIÓN SOCIAL | Conocer lo que las personas piensan de su realidad. Analizar su situación. | Grupos de discusión Entrevistas en profundidad Mesas redondas Contactos informales Reuniones Debates El árbol social El pictograma |
| INTERPRETACIÓN/EXPLICACIÓN | Analizar por qué la realidad es así. Conseguir una toma de conciencia por parte del colectivo. | Seminarios Grupos de estudio |
| ALTERNATIVAS: DISEÑO DE FINALIDADES | Facilitar la creatividad colectiva: generar ideas Diseñar un cambio en la realidad Formular finalidades. | Método Delphos Tormenta de ideas El pasado mañana Miremos el más allá |
| AJUSTES | Ordenar necesidades Ajustar las expectativas a las posibilidades Iniciar la planificación | DAFO Discusión de grupos |

Fuente: Cembranos, Montesinos y Bustelo (1997)

En la presente investigación, dada la complejidad de la investigación planteada, se hizo precisa la utilización de estrategias diversas, que fueron demandadas por los objetivos y las características de las tareas de investigación, a abordar en cada una de las fases. Este enfoque metodológico se encuadra dentro del paradigma interpretativo, según el cual, hemos de “enfocar el mundo a través de los ojos del actor y, no suponer que lo que él observa es idéntico a lo que el actor observa en la misma situación” (Valles, 1997).

3.2.2.1. El cuestionario, instrumento y técnica cuantitativa de la investigación.

El cuestionario es un instrumento de recogida de información que permite la recopilación masiva de información, siendo muy utilizado en la investigación en ciencias sociales por las ventajas que reporta en cuanto a la economía del tiempo, a

pesar de que estas Ciencias se encargan de analizar y estudiar fenómenos de carácter más cualitativos, como ya apuntamos con anterioridad.

Podemos afirmar que el cuestionario es uno de los instrumentos más utilizado y conocido, de uso generalizado en la recogida de información en las investigaciones del ámbito de lo social, debido a sus características entre las que destacan su fácil aplicación y la gran cantidad de información que nos llega a aportar.

El cuestionario resulta ser la técnica de investigación que utiliza por excelencia el paradigma cuantitativo.

a) Concepto y características.

El cuestionario surge a partir de los años veinte y su empleo hoy es habitual en la investigación social de todo tipo. Consiste en un conjunto más o menos amplio de preguntas o cuestiones que se consideran relevantes para el gasto, características o variable que es objeto de estudio (Bisquerra, 1996, p. 88), basada en las declaraciones de una población concreta (Cea, 1996). Alguna de las definiciones de cuestionario son las que se recogen a continuación:

Siguiendo a McMillan y Schumacher: «Los cuestionarios abarcan una variedad de documentos en los que el sujeto responde a cuestiones escritas que sonsacan reacciones, opiniones y actitudes. El investigador elige o construye un conjunto de preguntas adecuadas y le pide al sujeto que las conteste, normalmente en forma de preguntas en las que debe elegir la respuesta » (2005: 50).

En opinión de Bisquerra el cuestionario consiste en un conjunto, más o menos amplio, de preguntas o cuestiones que se consideran relevantes para el rasgo, característica o variable que es objeto de estudio y que está basado en las

declaraciones de una población concreta (1996).

Para Torrado Fonseca, se trata de un « [...] instrumento de recopilación de información compuesto de un conjunto limitado de preguntas mediante el cual el sujeto proporciona información sobre sí mismo y/o sobre su entorno» (2011, p. 240).

Algunas sugerencias a tener en cuenta a la hora de elaborar un cuestionario según Barquín y Fernández (1992), citado por Herrera Menchén (1998) son:

- Las preguntas cerradas deben contemplar todas las posibles respuestas.
- Evitar inducir al encuestado en una determinada respuesta.
- Las preguntas generales se situarán al principio y se irán concretando a lo largo de la encuesta.
- Es conveniente incluir alguna pregunta dos veces pero formulada de manera distinta para detectar el grado de coherencia y veracidad de las respuestas. Y a su vez no repetir preguntas parecidas de las que se obtengan la misma información.
- No excedernos en el número de preguntas.

Los cuestionarios suelen tener tres apartados claramente diferenciados: contexto, datos personales y opiniones; donde los dos primeros, habitualmente, son muy breves y siempre que sean pertinentes con el objeto de investigación. Las preguntas abiertas, aunque son las que más dificultades entrañan a la hora de tabular, son las que nos pueden aportar mayor información a la investigación, ya que pueden aparecer aspectos no previstos.

3.2.2.2 Entrevista como técnica cualitativa de la investigación.

Herrera Menchén describe la Entrevista como una formulación de preguntas que permite conocer datos sobre un aspecto concreto (1998). La entrevista se define como un proceso de comunicación programada, en el que las personas ofrecen explicaciones sobre sus conductas y acciones para reflexionar sobre sus prácticas, hechos y fenómenos. La entrevista constituye una relación entre dos o más personas, es una vía de comunicación bidireccional y requiere unos objetivos prefijados.

Los tipos de entrevistas según su nivel de estructura pueden ser:

- *Entrevistas abiertas*: son no estructuradas, no directivas y tiene como objetivo la recolección de información, indagar en un tema, buscar preguntas guías y comprender perspectivas. Pueden ser útiles para estudiar historias de vidas, aprendizajes de acontecimientos que no se pueden observar y para estudiar un número grande en un lapso breve. Permite que la gente hable, hay que saber dinamizar, requiere prestar atención y suele utilizar como registro las grabaciones.
- *Entrevistas semiestructuradas*: se trata de un guion previo pero abierto, que se enseña al entrevistado, es focalizada, y el objetivo es recoger información para explorar un determinado campo. Se plantea como una entrevista estructurada que deja margen al entrevistador para proceder en ocasiones fuera del guion preestablecido.
- *Entrevistas cerradas*: es estructurada y estandarizada, con preguntas cerradas cuyo objetivo es describir, buscar respuestas concretas, medir, cuantificar. En este tipo de entrevistas podemos encontrar los test como de

las más utilizadas. Este tipo de entrevista pretende no dejar nada al azar, y puede ser un cuestionario dirigido oralmente a muestras más amplias.

Los tipos de entrevistas según el grado de formalidad pueden clasificarse en:

- Entrevistas formales: son realizadas previa invitación y cita, con plena conciencia de ser entrevistados.
- Entrevistas informales: diálogos con personas de un grupo de estudio cuya información se registra a posteriori y se utiliza sobre todo en investigaciones etnográficas. Tienen un carácter de conversación informal.

Los tipos de entrevistas según el número de entrevistados se clasifican en:

- Entrevistas individuales.
- Entrevistas en grupo: se reúnen a un número de personas en un espacio para que expresen sus opiniones, revelen sus actitudes o manifiesten sus conductas.
- Entrevistas de grupo: se efectúa entre los miembros de un grupo pero sin reunirlos en un espacio físico y sin interacción entre ellos.
- Entrevistas con grupos: las personas investigadas adquieren el papel de co-investigadoras además de co-sujetos investigados.

3.3. FASES Y CARACTERÍSTICAS DE NUESTRO PROCESO INVESTIGADOR.

Una vez han quedado definidos los objetivos de la investigación y conocidos los principios que asumimos en nuestro planteamiento metodológico, se hace

necesario en este punto especificar de qué modo y en qué sentido hemos concretado todas las decisiones metodológicas apuntadas a lo largo de este capítulo en relación a nuestra investigación.

Realizaremos una caracterización de los momentos y elementos definitorios de nuestro proceso investigativo, incluyendo las particularidades de nuestras técnicas de recogida de datos y análisis de la información.

Nuestra investigación ha discurrido a lo largo de las siguientes etapas o fases:

3.3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El punto de partida de toda investigación científica es el planteamiento del problema, criterio coincidente en la mayoría de teorías previas (Arnau, 1978, p.111; Bayés, 1974, p.64, Best, 1972, p. 15-27; McGuigan, 1977, p. 29; Travers, 1979, p. 86).

El problema de investigación que nos ha orientado en nuestra labor investigadora puede resultar complejo dado que proviene de la investigación cotidiana, la cual es caracterizada por ser dinámica, flexible, abierta, etc. Por ello, generalizar en este tipo de estudios resulta arriesgado además de poco operativo.

Tal y como indican Del Rincón y otros (1995, p. 20): «La investigación suele iniciarse con la identificación de un problema y la delimitación de unos objetivos que reflejan las intenciones del investigador». Debe ser el punto de partida de toda investigación de carácter científico.

Nuestro problema de investigación podrá definirse en torno a los siguientes tópicos: juventud, embarazo no deseado, educación para la salud y universidad. La presente investigación, por ser una investigación social, es de carácter aplicado y el problema que la orienta no procede de la teoría sino de la experiencia humana.

Más que de problema, deberíamos hablar de “conocimiento de una situación” cuyos rasgos oscilan en torno a los tópicos anunciados.

3.3.2. REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

La revisión de los estudios e investigaciones anteriores es un paso apriorístico fundamental para el posterior planteamiento de nuestra investigación. Con esta revisión se trata de comprobar si ya se ha investigado bastante sobre el tema o no, si es necesario investigar sólo algún subaspecto clave aún no explotado o si no existe ninguna duda respecto al tema.

Tras la revisión bibliográfica que nos permitió conocer de manera exhaustiva el estado de la cuestión, trazamos una aproximación conceptual a la educación sexual y la importancia de la educación para la salud.

Una vez decidido el tema objeto de nuestro estudio, como en toda investigación, la nuestra ha seguido con la realización de revisión sistemática de la literatura acerca de cada uno de los temas que directa o indirectamente, se encontraban relacionados con el problema objeto de análisis.

De esta manera, precedimos a realizar una revisión de materiales en diversos soportes, en torno a las temáticas que exponemos a continuación:

- Características de la situación en materia de sexualidad.
- La educación para la salud en el ámbito universitario.

Una vez realizada la fase previa de documentación, elaboramos el marco teórico de la presente investigación que se estructuró con la misma lógica expuesta, acorde con las etapas que habíamos recorrido con anterioridad.

3.3.3 HIPÓTESIS Y VARIABLES.

Normalmente, en las investigaciones sociales se prescinde de las hipótesis establecidas previamente a la recogida de datos y el análisis e interpretación de estos. Se suele considerar que el hecho de establecer una hipótesis resta espontaneidad al proceso de investigación, obligándola a demostrar o refutar la misma sin posibilidad de introducir elementos o factores no previstos.

Como apuntábamos con anterioridad, al trabajar con conductas humanas se necesita mayor maleabilidad, en nuestro caso, hemos procedido a investigar sin partir de hipótesis previa en relación con nuestro objeto de análisis. Aún con esta premisa, siempre se parte de preocupaciones acerca del estudio. En ocasiones, estas premisas han sido fundadas otras se han abandonado por falta de pruebas para validarlas. De este modo, el no contar con la hipótesis nos ha posibilitado ir introduciendo elementos que nos han ido pareciendo de relevancia para nuestro estudio.

Por otra parte, especialistas en metodología de investigación atribuyen a las hipótesis un valor esencial en cuanto a la previsión de las variables a estudiar, de forma que nuestras preconcepciones, han posibilitado establecer las variables que deseábamos estudiar, considerando a éstas como todos los aspectos a ser analizados de manera cualitativa o cuantitativa.

El estudio de las variables ocupa un lugar primordial en el proceso de investigación científica, tal y como indican diferentes autores como Bisquerra (1996), Arnau (1978), Fox (1981), Kerlinger (1982) y Travers (1979), entre otros.

Freeman (1971) define la variable como cualquier característica observable de aquello que sea susceptible de tomar distintos valores o expresado en diferentes categorías. Lazarsfeld (1984) determina que es un concepto amplio que engloba a

cualquier característica, aunque ésta no esté identificada con la media que los hace especialmente importantes en el ámbito de ciencias sociales. Fox (1981) la entiende como aquella característica que, en unos proyectos de investigación, puede tener más de un valor.

En nuestra investigación han prevalecido las variables de carácter cualitativo como son el conocimiento y las opiniones o valoraciones de un determinado grupo de personas ante una situación determinada de la vida.

De igual forma, hemos analizado algunas variables relacionadas con las características personales de los sujetos que han participado en nuestro estudio. Estas las podemos dividir en dos grupos:

- Variables dependientes.
- Variables independientes.

En nuestra investigación se persigue analizar en profundidad las variables dependientes de un modo aislado en un primer momento, para posteriormente pasar a realizar interrelación entre ambas. Con esta propuesta tratamos de hallar correlaciones entre algunos rasos o características personales y los conocimientos y valoraciones.

3.3.3.1. Operacionalización de variables.

Las variables son todo aquello que se puede medir controlar y estudiar en un proceso investigativo, también se puede decir que es un proceso de clasificación ya que se subdividen en dimensiones o áreas más específicas, es decir, indicadores que se tienen que medir en una investigación.

Hernández, Fernández y Baptista (2006), consideran que una variable es una

propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse.

Una variable es operacionalizada con el fin de convertir un concepto abstracto en uno empírico, susceptible de ser medido a través de la aplicación de un instrumento. Dicho proceso tiene su importancia en la posibilidad que un investigado poco experimentado pueda tener la seguridad de no poderse cometer errores que son frecuentes en un proceso investigativo, cuando no existe relación empírica representa la medición conceptual, y la decisión para definir los términos que tiene la ventaja de comunicar con exactitud resultados (Espinoza, 2018).

A continuación, mostramos nuestras variables, las cuales están compuestas por 32 ítems.

Tabla 5: Operacionalización de variable

| Objetivo | Variable | Indicador | Ítems |
|--|------------------|---|-------|
| Caracterizar socio demográficamente al estudiantado que participa en el estudio. | Sociodemográfica | Sexo. | P1 |
| | | Edad | P2 |
| | | Carrera que estudia. | P3 |
| | | Procedencia. | P4 |
| | | Religión | P5 |
| Determinar el grado de conocimiento que poseen los alumnos sobre planificación Familiar. | Conocimientos | Tienes pareja actualmente | P6 |
| | | ¿Cuántos hijos o hijas tienes? | P7 |
| | | ¿De qué medio ha recibido información sobre planificación familiar? | P8 |
| | | ¿Consideras que la planificación familiar es importante para las parejas? | P9 |
| | | ¿La planificación familiar ayuda a reducir riesgos de embarazos? | P10 |
| | | ¿Conoces los métodos anticonceptivos? | P11 |
| | | ¿Conoces la información de algunos de estos métodos? | P12 |
| | | ¿Utilizas alguna estrategia de planificación familiar? | P13 |

| | | | |
|--|--|--|-----|
| | | ¿Crees los métodos orales son más fácil de utilizar? | P14 |
| | | ¿En qué momentos debes utilizar el preservativo? | P15 |
| | | ¿Consideras que la PPMS es un método de planificación familiar? | P16 |
| | | ¿En qué momentos se debe utilizar la PPMS? | P17 |
| | | ¿Cuánto es la protección de los métodos anticonceptivos? | P18 |
| | | ¿Los métodos de emergencia provocan aborto? | P19 |
| | | La planificación familiar es responsabilidad de: | P20 |
| Conocer el grado de satisfacción que tiene el alumnado sobre planificación familiar. | Satisfacción | ¿Crees que existen factores que influyen en la utilización de métodos anticonceptivo? | P21 |
| | | ¿En tu comunidad o barrio existe un puesto médico de salud? | P22 |
| | | ¿Crees que el personal de salud es accesible? | P23 |
| | | ¿ | P24 |
| Identificarlas necesidades de formación /información por parte del alumnado. | Necesidades de formación/ información. | ¿Crees que es importante el asesoramiento sobre planificación familiar? ¿Y sexualidad? | P25 |
| | | La toma de decisión para la planificación o utilización de métodos anticonceptivos debe ser: | P26 |
| | | ¿Crees necesarios ampliar tus conocimientos sobre estos temas? | P27 |
| | | ¿Qué personal te gustaría que aborde estos temas? | P28 |
| | | ¿Qué temas específicos te gustaría recibir? | P29 |
| | | ¿Te gustaría participar en actividades que la universidad implemente para mejora de este problema? | P30 |
| | | ¿Crees que se puede reducir los embarazos en adolescentes o embarazos no deseados? | P31 |
| Proponer propuestas de mejora en relación con el objeto de estudio. | Propuestas | ¿Propones alguna solución a esta problemática? ¿Cuál? | P32 |

Fuente: Elaboración propia

3.3.4. METODOLOGÍA.

Tras delimitar cuáles eran las inquietudes fundamentales que situaban

nuestro estudio y aquellos aspectos que queríamos analizar, decidimos los pasos a seguir para obtener los datos o la información necesaria para conocer en profundidad la realidad que nos ocupa.

Posteriormente, delimitamos la estrategia de trabajo a seguir para satisfacer los objetivos de investigación que nos habíamos formulado. Así, nos situamos ante la decisión acerca de la metodología que podría resultar más adecuada a nuestros objetivos.

Tomando la postura que defiende gran parte de la comunidad científica de la utilización conjunta de metodologías, optamos por la utilización de las mismas para servirnos de su complementariedad. Nos referimos al uso de metodología cuantitativa-cualitativa, la cual ya aparece descrita con anterioridad.

Así mismo, decidimos hacer uso de planteamientos, técnicas y estrategias tanto de la metodología cuantitativa, así como de la metodología cualitativa.

3.3.5. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

Para especificar nuestra decisión adoptada en función a la metodología, señalaremos que materializamos ambas, el cuestionario para la cuantitativa y la entrevista para la cualitativa.

En el caso del cuestionario, hacer alusión a la utilización del mismo fundamentalmente por la facilidad de acceso a los mismos y por la economía de tiempo.

En el segundo caso, la entrevista nos permite aumentar los hallazgos anteriores y triangular todos los casos, desde puntos de vistas diferentes y con técnicas distintas. Por consiguiente, podríamos esbozar mejor las posibles líneas de

explicación o interpretación acerca de por qué esa realidad es así y no de otro modo.

3.3.6. DISEÑO.

Para establecer una investigación científica de calidad, ésta debe poseer unos rasgos definitorios como son la veracidad, la aplicabilidad, la consistencia y la neutralidad (Guba, 1983).

En nuestra investigación se ha hecho uso de la triangulación de datos y triangulación de métodos. En lo que respecta al uso de la triangulación metodológica, es evidente que el hecho de utilizar más de una técnica de recogida de datos, una correspondiente al paradigma cuantitativo (cuestionario) y otra correspondiente al paradigma cualitativo, (entrevistas) garantiza que los resultados pueden ser contrastados.

3.4.7. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

La persona investigadora debe definir la población objeto de estudio. A partir de ese momento se pasa a la selección de la muestra de sujetos que debe ser representativa de toda la población, considerándola como el conjunto de personas que se deberían investigar para conocer el asunto que nos ocupa. Para poder comprender el destino a investigar se procedió primeramente a tener el dato exacto del universo de los estudiantes tomados para el estudio. Es decir, la *“Totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinadas características susceptibles de ser estructuradas”* (Hernández et al., 2010.p.147).

La muestra está conformada por 388 estudiantes de las carreras del turno regular del departamento Ciencia Tecnología y Salud, de la UNAN- FAREM-

Chontales, un grupo amplio de estudiantes que corresponden a los primeros ingresos de esta ALMA Mater.

Tabla 6: Distribución por carreras de los estudiantes del turno regular del departamento Ciencia Tecnología y Salud de la UNAN- FAREM- Chontales-

| CARRERAS | NÚMERO DE ESTUDIANTES. |
|----------------------------|-------------------------------|
| Bioanálisis clínico | 55 |
| Odontología | 39 |
| Medicina | 52 |
| Ing. Agronómica | 32 |
| Ing. Agroindustrial | 40 |
| Ing. En sistema | 30 |
| Arquitectura | 45 |
| Materno infantil | 50 |
| Licenciatura en enfermería | 61 |
| Bioanálisis | 39 |
| Total | 388 |

Fuente: Elaboración Propia a partir de los datos extraídos de la Secretaría Académica (2022)

3.3.8. VALIDACIÓN E INSTRUMENTO.

Todo instrumento debe de reunir los requisitos considerables para tener una confiabilidad y a su vez ser válido. La confiabilidad se calcula y se evalúa para todo el documento utilizado, o bien, si se administran varios instrumentos, se determina para uno de ellos común, donde el instrumento tenga varias escalas para diferentes variables, entonces la validez se establece para cada escala y para el total de escala que posteriormente analizamos: la validez de contenido, la validez de criterio y la validez de constructo.

La validez de contenido se refiere al grado en que la prueba presenta una muestra adecuada de los contenidos, se utiliza principalmente con test de rendimientos; se podría decir, por ejemplo, a los test referidos a criterios, es decir se trata de comprobar los conocimientos de algo específico. En cuanto a la validez de criterio se refiere al grado en que la prueba esta correlacionado con variables ajenas, es decir algunos criterios y en cambio la validez de constructo se refiere al grado de que el instrumento de medida cumple con las hipótesis diseñado para medir precisamente lo que se desea (Hernández et al., 2010).

Hay ciertos criterios que impiden una buena validez; esto se refiere al momento de aplicar el test, la motivación de la persona participante tiene mucho que ver con la forma que ha respondido su cuestionario; también existen cuestionarios que tienen un lenguaje muy elevado y debemos tener en cuenta la procedencia y el nivel de estudios; en este caso, nuestro cuestionario será aplicado al estudiantado de primer año de las carreras del departamento de ciencia, tecnología y salud.

Otros aspectos por los cuales puede verse afectada la validez del instrumento de medición estarán casi asociados al proceso de elaboración de este proceso de administración, calificación e interpretación de resultados (Henderson et al, 1987).

Siguiendo con la fiabilidad después de revisar a Medina y Verdejo 2020, podremos decir que se refiere a la precisión o consistencia de las puntuaciones o de una información con un instrumento que se pueda administrar en varias ocasiones con los menos errores posibles, en otras palabras, es el grado de presión o exactitud de la medida y éste será confiable cuantas veces lo apliquemos, por lo general, aumentar los ítems en una prueba objetiva, incrementa el coeficiente de confiabilidad que se obtiene mediante procesamientos estadísticos.

3.3.8.1. Alfa de Cronbach

El coeficiente alfa fue descrito en 1951 por Lee J. Cronbach. Éste es un índice usado para medir la confiabilidad, es decir, para evaluar una magnitud de los ítems de un instrumento, en otras palabras, es el promedio de las correlaciones entre los ítems de un instrumento; el valor mínimo que se acepta para el coeficiente alfa de Cronbach es 0,70, por debajo de este valor la consistencia se considera baja; el valor máximo esperado es 0,90. Por lo tanto si fuese menor al nivel mínimo, se considera que se debe hacer una revisión de los ítems. (Quero Virla, 2010).

Por lo tanto, con la creación del alfa de Cronbach, las personas investigadoras son capaces de evaluar la confiabilidad o consistencia interna de un instrumento, constituido por una escala de Likert o cualquier escala de opciones múltiples que se quiera utilizar, para determinar el coeficiente tenemos que haber calculado la correlación de cada ítem con cada uno de los otros, resultando una gran cantidad de coeficientes o correlación y se obtiene la fiabilidad.

Cabe señalar que algunos paquetes estadísticos permiten hacer análisis de consistencia de los ítems de un instrumento. Estos análisis tratan de determinar el grado en el que están relacionados recíprocamente los ítems y puede hacerse a través de una sola prueba, relacionando estas interpretaciones y volviendo a la realidad de realizar un análisis de consistencia interna de los ítems mediante un software, se expone un proceso de etapas donde algunas veces se debe de eliminar aquellos ítems que pueda disminuir la consistencia. El proceso se detiene cuando la escala no mejora o mantiene su nivel de consistencia interna, con la eliminación de algún otro ítem (Quero Virla, 2010).

Hay que disminuir los errores que se producen, o bien, aumentar el número de ítems o preguntas; eliminar aquellos ítems que producen diferentes respuestas,

como consecuencias de la redacción de la pregunta que se pudiera interpretar de una manera distinta, controlar las condiciones en las que se administra la prueba para que el contexto no interfieran las respuestas de las personas, proponer una redacción que facilite la comprensión de los ítems, también se pueden reducir las variables extrañas que puedan interferir para que la persona investigada pueda responder a la que investiga.

Nuestro alfa de Cronbach tiene gran utilidad porque ésta utilizada para medir la consistencia interna de nuestra prueba piloto. A continuación, mostramos resultado de nuestra alfa de Cronbach aplicado el instrumento a 65 personas que tienen las mismas características que se van a estudiar, partiendo de puntos diferentes; ahora mostraremos algunos resultados que se obtuvieron con el instrumento.

Tras haber explicado el cálculo de la fiabilidad del cuestionario se procedió a realizar el pilotaje aplicado a personas que tienen la misma característica de las personas a evaluar, después de recopilar los cuestionarios se procedió al volcado en base de datos del programa SPSS para encontrar la correlación de ítems, para realizar el alfa de Cronbach; éste tiene la ventaja de que sólo se necesita un instrumento para su aplicación y de que suele aumentar con el valor de los ítems el valor oscila entre 0 y 1, siendo necesario un valor de al menos 0.8 para estudios e investigaciones científicas.

A continuación, podemos observar el resultado de nuestro alfa de Cronbach, 0.827, que tiene un buen resultado de confiabilidad y apto para ser aplicado a la investigación.

Tabla 7: Cuadro estadísticos de Fiabilidad Alfa de Cronbach.

Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
|------------------|--|----------------|
| ,827 | ,715 | 32 |

Fuente: (Programa SPSS)

A continuación mostraremos en la Tabla 8 la correlación de los ítems y el alfa de Cronbach si se elimina el elemento, es decir, existen elementos que proporcionan mejor información que otros, aquí el programa los selecciona según la correlación entre positivos y negativos, en nuestro caso, podemos observar en la Tabla, que la correlación oscila entre 0.7 a 0.8, lo que indica que nuestro alfa de Cronbach es bueno; cabe señalar que hubo una pregunta del cuestionario que se procedió a eliminar ya que la correlación era muy negativa y por tanto afectaba la fiabilidad de nuestro test.

Tabla 8: Cuadros estadísticos de correlación por ítems si se elimina un elemento.

Estadísticos total-elemento

| Nº | Correlación elemento-total corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
|----------|--------------------------------------|--|
| Ítems 1 | ,379 | ,869 |
| Ítems 2 | ,539 | ,752 |
| Ítems 3 | ,549 | ,766 |
| Ítems 4 | ,402 | ,678 |
| Ítems 5 | ,296 | ,883 |
| Ítems 6 | ,247 | ,769 |
| Ítems 7 | ,696 | ,828 |
| Ítems 8 | ,797 | ,899 |
| Ítems 9 | ,473 | ,883 |
| Ítems 10 | ,627 | ,644 |

| | | |
|----------|--------|------|
| Ítems 11 | ,520 | ,680 |
| Ítems 12 | ,350 | ,780 |
| Ítems 13 | ,559 | ,751 |
| Ítems 14 | ,335 | ,796 |
| Ítems 15 | ,489 | ,784 |
| Ítems 16 | ,357 | ,782 |
| Ítems 17 | ,297 | ,797 |
| Ítems 18 | ,438 | ,785 |
| Ítems 19 | ,396 | ,776 |
| Ítems 20 | ,469 | ,759 |
| Ítems 21 | ,281 | ,772 |
| Ítems 22 | ,298 | ,776 |
| Ítems 23 | 11,462 | ,765 |
| Ítems 24 | ,226 | ,757 |
| Ítems 25 | ,152 | ,780 |
| Ítems 26 | ,319 | ,767 |
| Ítems 27 | ,479 | ,745 |
| Ítems 28 | ,944 | ,855 |
| Ítems 29 | ,342 | ,778 |
| Ítems 30 | ,296 | ,783 |
| Ítems 31 | ,696 | ,728 |
| Ítems 32 | ,496 | ,783 |

Fuente (elaboración propia con resultados del programa SPSS)

3.3.9. TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS.

En este apartado debemos especificar dos subapartados que corresponden a cada una de las técnicas de recogida de información de las que hemos hecho uso.

3.3.9.1. CUESTIONARIO.

Hemos explicado con anterioridad el concepto de cuestionario, debiéndose presentar con una serie de características y pautas para su redacción posterior.

- *Establecer las características básicas de nuestro cuestionario:* Partiendo de los

objetivos de nuestra investigación, las variables e indicadores, así como de la población a estudiar, establecimos el tipo de pregunta. El elemento básico del cuestionario son las preguntas o ítems. Así, la calidad de un cuestionario cae fundamentalmente en la clase de preguntas formuladas y en su apropiada formulación, refiriendo así por las cerradas politómicas o categorizadas, que se presentan como respuestas unas alternativas donde el encuestado debe elegir una alternativa.

La escala utilizada en nuestro cuestionario es la Escala de Likert. En este tipo de escala se ofrece una afirmación al sujeto donde se pide que la califique según su grado de valoración, y donde estas afirmaciones reflejan actitudes positivas o negativas hacia algo en concreto de la investigación.

- *Decidir el número de preguntas:* El cuestionario debe contener las preguntas necesarias para realizar nuestro trabajo; de este modo consideramos que no debería ser excesivo para no cansar a la persona encuestada. Establecemos 32 preguntas, considerándolas suficientes y necesarias para que nos ofrezcan las respuestas requeridas para nuestra investigación. Dentro de los 32 ítems nos servimos de tres tipos unas de identificación, otras de conocimiento, otras de valoración de grado de satisfacción sobre la asistencia a los programas de planificación familiar. Las preguntas de identificación son siete y estarán relacionadas con los datos que habitualmente se requieren en las investigaciones sociales o aspectos sociodemográficas, como el sexo, la edad, estado civil, procedencia, religión, carrera que estudia y número de hijos.
- *Formular las preguntas y sus alternativas:* Se formularán preguntas que no ejercen influencia en la respuesta, evitando dudas y así obtener la

información que buscamos. Concluimos con preguntas sencillas y redactadas para su comprensión, teniendo en cuenta los destinatarios.

De igual modo, las preguntas son lo más cortas posibles y de forma directa, para evitar la pérdida de concentración, en donde sólo una respuesta será posible.

- *Establecer la ordenación:* Para nuestra investigación es necesario que establecer un orden en las preguntas, por ello, realizamos los cuatro bloques antes citados, primero las cuestiones relacionadas a las características sociodemográficas, posteriormente las de conocimiento del tema que tratamos y grado de satisfacción de quienes participan en el estudio.
- *Redacción de las instrucciones:* Es importante el diseño del cuestionario, donde intentamos dar seriedad al mismo, introduciéndole una portada con contenido de este, autoría, personas destinatarias y finalidad de éste. Siguiendo a estos datos incluimos una pequeña explicación para su cumplimentación y facilitar el mismo.
 - ✓ Falta de alguna pregunta de necesidad.
 - ✓ Comprobación de cada ítem para analizarlo.

Validación del cuestionario: Para la validación de nuestro cuestionario utilizamos tres formas de verificar la calidad de éste y evitar posibles problemas posteriores. Estas fueron tres: validación de expertos, validación de caso único y validación mediante la prueba piloto.

Para el caso de la validación de expertos podemos afirmar que existen

diversas formas de trabajo con grupos de expertos, entre ellas, tenemos las siguientes:

- Agregación individual de los expertos: Radica en obtener la información de manera independiente de los diferentes expertos para los cuales se ha puesto en contacto.
- Método Delphi: Consiste en recoger la opinión de los expertos de forma individual y anónima devolviéndole la propuesta de conjunto para su revisión y acuerdo.
- Técnica grupal nominal: Fundamenta que los expertos aportan su información de manera individual y después de forma grupal para llegar a un acuerdo.
- Método de consenso: Consiste en que de forma grupal y de conjunto los expertos seleccionados llegan a obtener consenso.

En nuestro estudio hemos elegido la más común, agregación individual de los expertos, ya que queremos saber la opinión individual de cada uno de ellos y además evita distorsiones por confrontaciones.

La selección del panel de expertos nos ha determinado una gran variedad de cualidades para mejorar y adaptar el conocimiento sobre la problemática analizada y la confianza como participante en nuestra investigación, que a la vez aporta la validez la base más importante como los ítems del cuestionario.

Seguido de esto, veamos la evaluación de los jueces o de los expertos en la temática de nuestra investigación. Estos son un conjunto de personas trabajadoras de la salud y docentes, procedentes de nuestro país, considerando que nuestro

tema es muy amplio en nuestro territorio y que mejor que abordar lo nuestro con personas no ajenas al mismo.

Para el caso de la validación de expertos se pasó el cuestionario a 7 personas expertas, tanto expertos en la temática como en la metodología. En el documento de validación se establecían diversas preguntas como:

- ✓ Adecuación de las preguntas en relación con los objetivos.
- ✓ Dimensiones propuestas.
- ✓ Estructura adecuada.

Se trabajaron las opiniones que ofrecieron con el fin de mejorar la calidad del instrumento. Cabe señalar que no hubo muchas opiniones contundentes que fuesen a cambiar muchos aspectos de éste.

Se modificaron las preguntas para el instrumento final, así mismo se revisaron otros aspectos generales del instrumento, el orden de los ítems varió en 2 ítems ya para la aplicación como revisión general que se hizo, otra cuestión se abordara en el punto de las conclusiones.

- *Elaboración definitiva del cuestionario.*

3.3.9.2. Entrevista.

Partimos de que la entrevista implica una interacción vinculante entre personas, por lo que las relaciones o lazos que se establecerán entre quien entrevista y quien es objeto de la entrevista constituyen un elemento determinante.

En este sentido, tenemos que destacar que existe una gran variedad de tipos de entrevistas, no obstante, nos encontramos con un tipo de entrevista denominada

semi estructurada, la cual hemos elegido, ya que ha constituido un referente fundamental para la recolección de la información que necesitamos.

En efecto, siguiendo a Taylor y Bogdan (1986), utilizamos la expresión «entrevistas semiestructuradas» para referirnos al procedimiento de investigación cualitativa, ya que anteriormente comentábamos que la investigación tendría un enfoque mixto, ésta consistente en dos o más encuentros cara a cara entre el investigador y las personas informantes. Estos espacios de diálogo interactivo están orientados hacia la comprensión de las perspectivas que tienen quienes informan respecto de sus propias opiniones, experiencias o situaciones, tal como las expresan, con sus propias palabras.

En esta investigación, la entrevista es entendida como una conversación formal y estructurada, de tal manera que podemos destacar que este tipo de entrevistas ayudan a saber lo que piensan sobre los conocimientos, valoración de grado de satisfacción y posteriormente buscar alternativas para ejercer una propuesta de intervención sobre la planificación familiar en la prevención de embarazos en adolescentes; el contraste de las informaciones es algo sumamente enriquecedor y necesario en un trabajo como el que hemos estado organizando.

Las entrevistas fueron utilizadas como técnica de recogida de información adicional para obtener información facilitada a través de informantes clave, en este caso de 6 profesionales de la salud, cuatro de nuestro recinto y dos del área meramente asistencial.

Por otra parte, entre las razones por las que he elegido esta modalidad de entrevista se encuentran las siguientes (Taylor y Bogdan, 1986; Eisner, 1998; Angulo y Vázquez, 2003):

En primer lugar, se trata de una herramienta metodológica que se desarrolla

en un escenario interactivo en donde el lenguaje es la guía que nos permite indagar y comprender más que explicar. En segundo lugar, este procedimiento no ofrece datos positivos o negativos para la comprensión de los fenómenos.

En un trabajo que pretende construirse desde el enfoque mixto con predominio cuantitativo, no hay significados separados de sus contextos sociales y culturales. En efecto, las entrevistas son una importante herramienta que ofrecen datos llenos de significados que hay que tratar de interpretar y analizar críticamente.

En tercer lugar, es un instrumento que permite la expresión tanto de quien informa como de quien entrevista, con todas las implicaciones que a nivel interactivo, comunicativo y expresivo pueden darse. En cierta medida, las entrevistas son entendidas como conversaciones reflexivas, están abiertas a lo imprevisible desde la mirada abierta. Es decir, conocer las opiniones de las personas involucradas, en este caso personal profesional de salud.

En cuarto lugar, podemos señalar que las entrevistas semiestructuradas se constituyen como un instrumento descrito por un guion que nos permita tener una estructuración y a la vez abierto y flexible de recogida de información cualitativa, en el que la interacción es clave.

Por otra parte, hay que decir que permiten acceder al contenido de las percepciones, ideas, situaciones y vivencias de los sujetos, y, además, siempre existe la posibilidad de aclarar esas ideas o concepciones mediante la formulación de nuevas cuestiones.

Finalmente, y en relación más específica con las entrevistas realizadas en esta investigación, debemos expresar que la misma entrevista se estructura en torno a varios núcleos temáticos, los cuales se desglosan como objetivos generales y

específicos, que serán nuestra base para obtener mejores resultados en la ejecución de la entrevista dirigida a los profesionales de la salud/MINSA.

Con respecto a la selección de la muestra de personas a entrevistar, ésta no se realizará, como en los estudios cuantitativos, basándose en criterios estadísticos. Hay que indicar que nos hemos decidido por una muestra que se caracteriza por su dimensión cualitativa y se ha elegido a personas que sean significativas en relación con los objetivos de la investigación. En concreto, se selecciona a personas que son *representantes típicas* o *informantes privilegiadas, expertas* del tema en cuestión.

La entrevista fue pasada a profesionales de la salud en febrero de 2022. Podemos decir que el diseño e implementación de este instrumento de recogida de información tiene como fin hacer una indagación que muestre algunas pautas generales sobre el impacto de la planificación familiar, en la prevención de embarazos en adolescentes. Así mismo, hemos de destacar que, en la fase del diseño de la entrevista, al igual que ocurrirá con el cuestionario, se plantearon los temas que iban a aparecer en el mismo y sus correspondientes respuestas, hasta elaborar la entrevista definitiva. Pero debemos añadir que, aunque fuera una entrevista semiestructurada a la hora de implementarla se dejó en manos de la investigadora incorporar otras cuestiones que salieran a colación de las que aparecían en la entrevista.

3.3.10. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS.

De igual forma que en el apartado anterior, se establecen dos modelos de análisis: el análisis de la información del cuestionario y finaliza con el análisis de las entrevistas.

✓ *Análisis cuantitativo del cuestionario.*

Cuando hacemos referencias a instrumentos de tipo cuantitativo, la estadística se posiciona en un lugar oportuno entre las técnicas de análisis de datos.

En la actualidad, sabemos que los avances informáticos permiten la realización de todo tipo de cálculos; se han abandonado los cálculos manuales para pasar a la utilización de programas informáticos. Uno de estos paquetes estadísticos, el Statistikal Package for Social Sciences (SPSS), versión 20, es el que utilizamos para nuestro estudio de investigación, realizando los cálculos que requerirá el mismo.

Se extrae mediante el programa, cálculos estadísticos descriptivos y correlacionales. Los estadísticos descriptivos fueron las frecuencias y los porcentajes.

En relación con las estadísticas correlacionales, se procede a realizar cruces entre las variables dependientes e independientes con el objetivo de determinar posibles relaciones. Se realiza un análisis de cada uno de los resultados obtenidos mostrando gráficos elaborados en base al programa que se utiliza.

✓ *Análisis cualitativo del grupo de discusión y entrevista*

Una vez recogida toda la información de ambas técnicas, se procedió al análisis de las mismas, y a continuación mostramos los aspectos más significativos de los mismos como es el proceso de categorización y análisis realizado.

En nuestra investigación destacamos la importancia del trabajo realizado en cuanto al sistema de categorización de la información dada su profundidad, variedad y extensión; así como la propia organización de la información en función

de las categorías finalmente establecidas, y que será aspecto clave en el capítulo siguiente dedicado a exponer los resultados de la investigación.

Hay que detallar el hecho de que esta labor de análisis es clave imprescindible para el establecimiento progresivo de comprensiones e interpretaciones en la investigación, este momento ha supuesto observar numerosos aspectos importantes e interesantes en la investigación, lo cual será esencial en las conclusiones finales.

Así mismo, cabe señalar el hecho de encontrar sentido a la información que hemos recogido y analizado de forma sistemática y rigurosa. De tal forma, nuestro informe es resultado del análisis, la contrastación y reflexión sobre las distintas categorías que se han ido estableciendo a lo largo del proceso de investigación, atendiendo a los aspectos tanto de descripción y de las evidencias de las propias informaciones obtenidas procedentes de los distintos informantes y contextos objeto de estudio, así como de las interpretaciones.

Las categorías temáticas son las claves que nos van a permitir explicar y comprender la realidad objeto de nuestro estudio, a partir de un minucioso sistema de análisis de la información.

Nuestra intención de vertebrar los resultados de la parte cualitativa de la investigación desde esas claves –atendiendo lógicamente a las categorías establecidas–, no desde una recopilación comparativa de datos, sino desde el pensamiento de ir entrelazando e interrelacionando descripciones y evidencias que nos ayuden a contextualizar nuestras interpretaciones para facilitar la lectura del presente documento a todas las personas interesadas y a la comunidad científica.

En relación con el proceso de categorización en sí mismo, hay que reseñar que las categorías empleadas en esta investigación para la reducción y síntesis

de las informaciones no han estado predefinidas ni prefijadas, sino que han sido elaboradas a partir de sucesivas lecturas de las transcripciones de los distintos datos obtenidos por diferentes medios de recogida de información. Así pues, a partir de una primera lectura de toda la documentación recogida, establecimos un primer conjunto de categorías, que después de sucesivas lecturas y re-categorizaciones de las transcripciones se han visto modificadas, hasta llegar a categorías anteriormente mencionadas.

En cada caso, y a partir de un listado bastante numeroso de categorías, decidimos indagar en una reelaboración unificadora de las mismas, que partiendo de éstas y de los propósitos que se persiguen en esta investigación sirviera para la exposición de la información obtenida. Hemos tratado de ordenar la exposición de los resultados y categorías establecidas en función de la información obtenida de las protagonistas de cada caso, así como en función de las otras fuentes de información –tanto informantes como documentos– de las que hemos dispuesto.

Además, debemos reseñar que la estrategia empleada a la hora de elaborar el sistema utilizado, para analizar las informaciones obtenidas, ha sido la de la *triangulación* (de informantes, instrumentos y de documentos), así como el propio diálogo y debate con la directora de la tesis doctoral.

Referente a la triangulación, hay que expresar que en nuestra investigación hemos atendido a diversas perspectivas sobre el foco común de nuestro estudio, lo cual ha sido excepcionalmente rico y productivo para alcanzar el contraste de la información ofrecida por las diferentes personas que han participado en la investigación. Debemos indicar que la triangulación se ha ejecutado desde la necesidad de tener en cuenta las diversas fuentes de información, instrumentos y documentos de los que hemos dispuesto en nuestro proceso investigador. Por ello,

el sistema de categorización se ha visto beneficiado por la propia integración de este procedimiento en la lógica y coherencia interna del mismo.

Como hemos comentado con anterioridad, de este primer proceso de categorización, surgieron una gran cantidad de unidades temáticas categorizadas, realizadas de una manera flexible y emergente, esto es, que fuimos creando las categorías para la reducción y clasificación de la información obtenida conforme íbamos leyendo y analizando todos los textos.

En efecto, el proceso de reelaboración de categorías ha supuesto una lectura compleja de una gran cantidad de información ya categorizada, pero en unidades temáticas muy pequeñas, las cuales eran escasamente operativas para poder vertebrar un análisis e interpretación de las características precisas para poder realizar informes rigurosos. Esta acción la hemos realizado directamente sobre el equipo informático y aglutinando, de manera agrupada, grandes unidades temáticas de información categorizada. En efecto, tras sucesivas lecturas de todo el conjunto de las informaciones ya transcritas, han emergido sucesivos listados categorías ya vertebradas en torno a ejes temáticos más amplios, en un proceso que podemos denominar de reelaboración.

Hay que señalar que son muchas las posibilidades que este programa informático ofrece para la investigación cualitativa e interpretativa, desde la función básica de poder categorizar pequeños fragmentos textuales, hasta realizar recuentos de códigos (o nudos de información), o realizar búsquedas de códigos similares o interrelacionados desde el punto de vista de la información temática (Rodríguez, 1996).

Sin embargo, la función que hemos utilizado con mayor frecuencia para el análisis de los datos, ha sido la búsqueda de segmentos de información, bien en los

que apareciera una categoría, o bien en la que aparecieran distintas relaciones entre ellas mismas. A partir de la introducción de todas las informaciones de los estudios en el formato requerido por este software (entrevistas en profundidad y grupos de discusión), hicimos una codificación informática.

Asimismo, el propio programa informático de análisis de datos cualitativos nos ha servido para realizar una triangulación intrínseca, ya que las categorías incluyen material temático de diferentes fuentes de información de manera automática, gracias al procedimiento de reducción, clasificación y codificación que realiza el programa que determina el uso y la propia función del trabajo realizado por este software.

✓ *Análisis cualitativo de entrevista.*

Una vez recogida toda la información de ambas técnicas, se procede al análisis de estas, y a continuación mostramos los aspectos más significativos de los mismos como es el proceso de categorización y análisis realizado con el programa informático una transcripción analizada.

En nuestra investigación destacamos la importancia del trabajo realizado en cuanto al sistema de categorización de la información dada su profundidad, variedad y extensión; así como la propia organización de la información, al plantear el trabajo investigativo y que es aspecto clave en el capítulo siguiente dedicado a exponer los resultados de la investigación. Por lo tanto, se realiza un análisis cualitativo narrativo de los datos recopilados por parte de las entrevistas realizadas, teniendo en cuenta el contexto y las diferentes experiencias que harán de esta un análisis enriquecedor para nuestra investigación.

3.4.11. CONCLUSIONES.

Se trata de la etapa final de todo proceso investigador una vez recopilada y analizada toda la información, es ineludible expresar las principales conclusiones que se extraen de tales datos. Resulta esencial el cuidado del rigor científico, evitando sacar conclusiones precipitadas o no formuladas en la forma más correcta de acuerdo a los datos obtenidos.

En esta fase se incluye igualmente la preparación de descubrimientos de forma clara, para que posteriormente puedan ser comunicados, difundidos y compartidos con la comunidad científica y expertos en la materia.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez realizada la aproximación teórica y metodológica al objeto central de nuestro estudio, así como la realidad concreta que lo rodea, nos adentramos en el análisis de los datos obtenidos a través del estudio de campo realizado en este trabajo de investigación.

A lo largo de este apartado analizaremos las diferentes características que han determinado la investigación, así como la información obtenida con los instrumentos que se han utilizado. De esta forma, procederemos a la presentación, análisis e interpretación de dicha información.

Para esta tarea presentamos en primer lugar la información obtenida tras la aplicación del cuestionario al alumnado y posteriormente, expondremos los resultados de las entrevistas realizadas.

Consideramos que la mejor forma de proceder a la presentación de la información recogida en nuestra investigación se concreta en exponer en un primer momento, los datos extraídos de los instrumentos cuantitativos, seguido de la interpretación de éstos.

4.1. FASES PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Los resultados obtenidos se detallarán a partir de dos fases fundamentales del proceso:

- Fase descriptiva: En esta fase se realizó un análisis univariado, resaltando estadísticamente, a través de frecuencias y porcentajes los resultados de una manera simple, que harán más detallada nuestra investigación. Estos

resultados son acordes a nuestros objetivos, las características sociodemográficas del estudiantado, los conocimientos que tienen sobre la planificación familiar, métodos anticonceptivos y la formación e información que poseen.

- Fase correlacional: En esta fase describiremos un análisis bivariado, que corresponde a las correlaciones que existen entre las variables. Así, tomamos el cruce de variables para un mejor análisis con el fin de evidenciar la dependencia e interdependencia de cada una de ellas.

4.1.1. FASE DESCRIPTIVA.

Esta parte se realiza tomando la estructura de los ítems de la encuesta realizada al estudiantado de primer año del turno regular del departamento de ciencia tecnología y salud, pero además, relacionando los resultados con los objetivos propuestos. Los aspectos más relevantes se presentan a continuación.

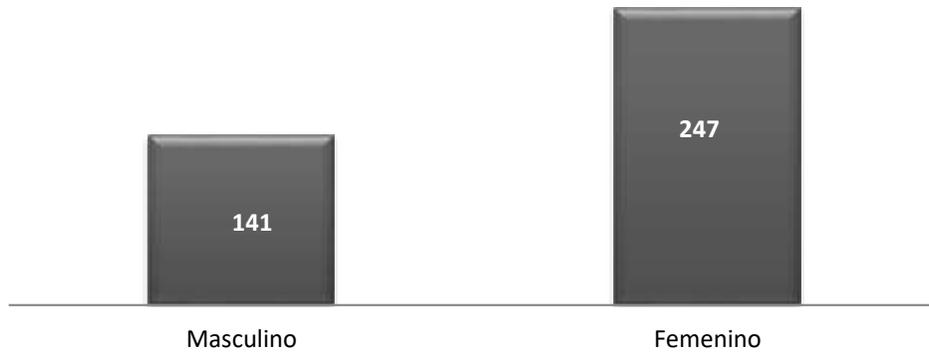
VARIABLES INDEPENDIENTES

Ítem 1. Sexo

La cuestión de sexo es una de las características más generales y frecuentes en el desarrollo de los cuestionarios que se realizan en investigación. En lo referente a la distribución de la muestra en función del sexo, ésta no se encuentra proporcionada, mostrando un 63,7% de mujeres frente a un 36,3% de hombres.

Este dato, aun pareciendo banal, muy importante para nuestra investigación puede resultar.

GRÁFICA. 1 Sexo

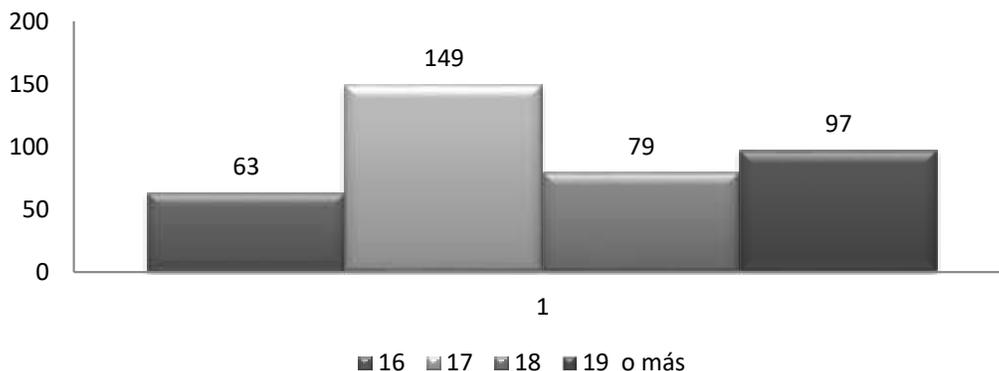


Ítem 2. Edad

La segunda variable que conforma el primer bloque hace referencia a la edad de las personas participantes en el cuestionario. En un primer momento nos puede facilitar información sobre si influye en conocimientos y comportamientos.

Nuestra muestra, al realizarse en la Universidad y en sus primeros años, se ha dividido en 4 bloques (16,17 18 y 19 o + años), donde el porcentaje mayor lo podemos ver en el de 17 años con un 38,4% y el menor en 16 años con un 16,2%.

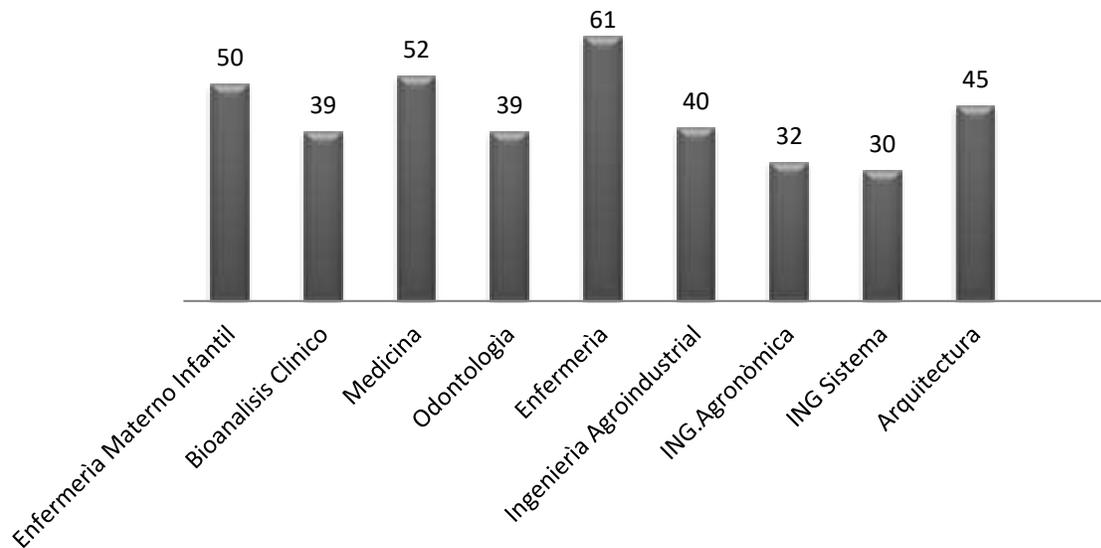
GRÁFICA 2. Edad.



Ítem 3. Carrea que estudia

Es importante conocer el número de personas en estudio por carreras en nuestra investigación, en este caso sólo conoceremos los datos, pero más adelante estableceremos la relación entre los conocimientos que tienen con respecto al tema. Se puede observar en este gráfico que la población más grande se sitúa en la carrera de licenciatura en enfermería que corresponde al 15,7%, seguido de medicina que tiene un porcentaje de 13,4% y en tercer lugar la licenciatura en enfermería materno infantil con un 12,8%.

GRÁFICA 3. Carrera que estudia.

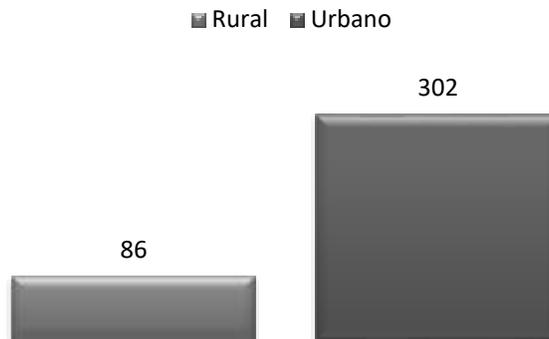


Ítem 4. Procedencia

La procedencia corresponde al origen del alumnado encuestado, es decir, en nuestro caso si el alumnado es de procedencia urbana o rural, dato para nuestro estudio bastante significativo ya que en este caso puede afectar a los resultados.

Podemos observar que el mayor porcentaje es de origen urbano correspondiente al 77,8% frente al 22,1% de origen rural.

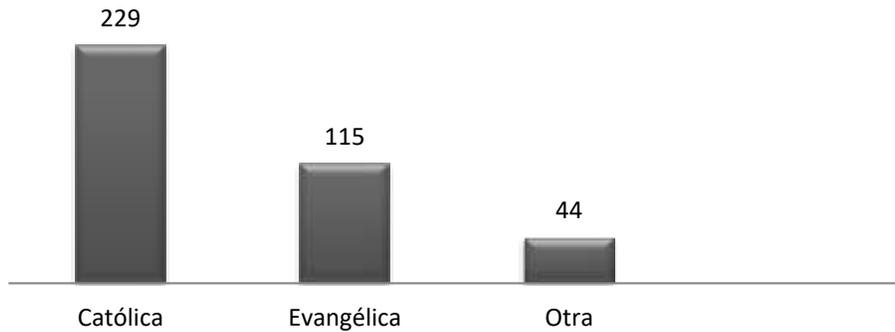
GRÁFICA 4. Procedencia



Ítem 5. Religión.

La religión es muy importante ya que posiblemente sea uno de los factores predisponentes en la no utilización de métodos anticonceptivos o no tener una planificación familiar responsable. Así, observamos que el mayor porcentaje corresponde a la religión católica con un 59%, un 29,6% la evangélica y un 11,3% no profesa o tiene algún tipo de religión diferente a las dos más comunes en Nicaragua.

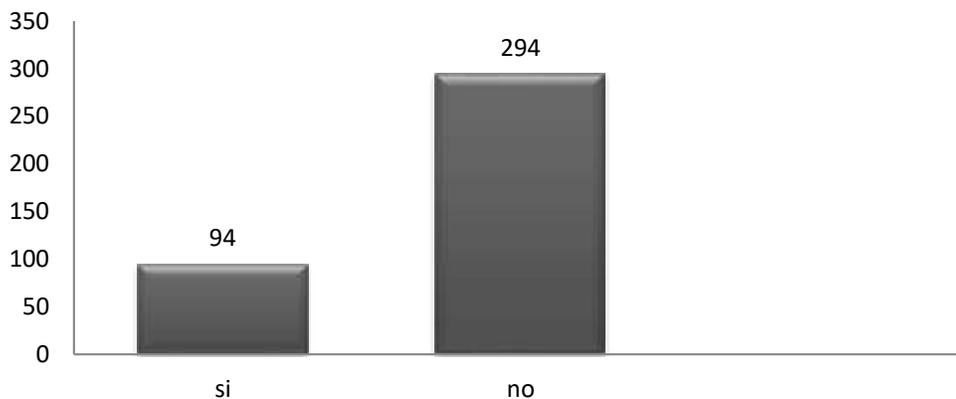
GRÁFICA 5. Religión.



Ítem 6. ¿Tiene pareja actualmente?

El tener pareja no significa que tengan que vivir juntos, significa tener una compañía sexual, mientras más temprano inicie la actividad sexual es probable que tenga consecuencias negativas (OPS, 2010).

GRÁFICA 6. ¿Tiene pareja actualmente?



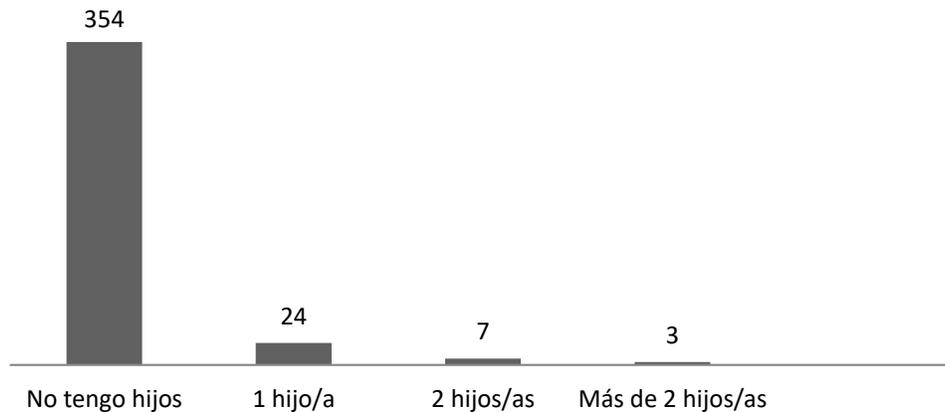
Podemos observar que el mayor porcentaje manifiesta no tener pareja, con un 77,7%, esto puede deberse a que a ciertas personas les da vergüenza decir la

realidad sobre esta temática, en nuestro país aún existen mitos y creencias de que la persona para tener pareja debe estar en un compromiso o casados.

Ítem 7. Número de hijos o hijas

Resulta importante en nuestro trabajo el conocer el número de hijos o hijas, indicando un 0,77% tener ya más de 2 hijos o hijas. Pese a que pueda parecer un porcentaje bajo, encontramos que quienes tienen 2 hijos o hijas se sitúan en el 1,8% y con 1 hijo o hija un 6,1%; correspondiendo la frecuencia 91,2% a quienes no tienen hijos. Es decir, un 8,67% ya manifiesta ser padre o madre.

GRÁFICA 7. Número de hijos/as.



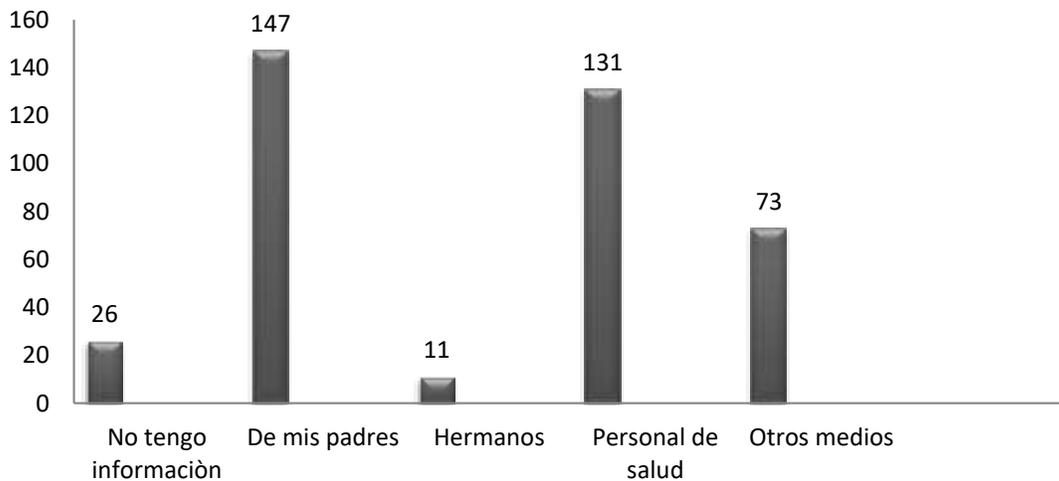
Ítem 8. Medios por los que ha recibido información sobre planificación familiar.

Es importante saber cuál es el medio más utilizado en la adquisición de la información de la planificación familiar, según la OMS, la prevención de la salud

debes estar presente desde temprana edad y esto es responsabilidad de los padres, madres y del personal de salud en conjunto con las escuelas.

Si bien podemos observar en este gráfico que la información que ha recibido el alumnado ha sido mayor en el caso de las propias familias con un 37,8%, seguido a la del personal de salud con un 33,7%, esto quiere decir que los resultados están acordes con la teoría revisada y analizada de la OMS, posteriormente le sigue la información recibida por otros medios (televisión, radio, redes sociales etc.), y por último encontramos las personas que no tienen información, situándose en un 6,7%.

GRÁFICA 8. Medios por los que ha recibido información sobre planificación familiar

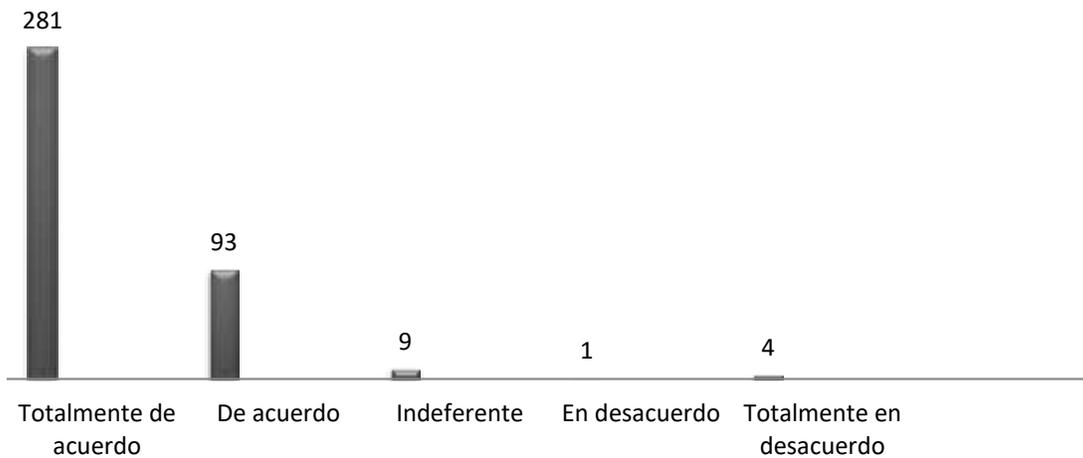


Ítem 9. Considera que la planificación familiar es importante para las parejas

Para Fortuny y Gallego (sf), el conocimiento sobre planificación familiar es una responsabilidad colectiva para afrontar los numerosos problemas de orden colectivo y ambiental planteados. Es decir, poder vivir en una sociedad llena de problemática, emprender una tarea colectiva será gracias al grado de responsabilidad de la ciudadanía. En el caso de la planificación familiar, es necesaria la implicación de todos los agentes.

El mayor porcentaje está totalmente de acuerdo con que la planificación es muy importante para las parejas con un 72,4%, y que en todo caso es responsabilidad de quienes componen la pareja. También podemos observar frecuencias en desacuerdo y quienes se mostraron indiferentes.

GRÁFICA 9. La Planificación Familiar es importante para las parejas.



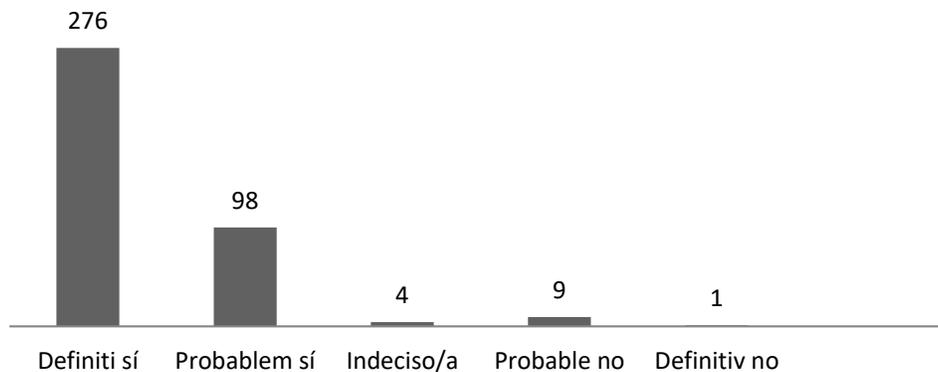
Ítem 10. ¿La planificación ayuda a reducir riesgos de embarazos?

Según el MINSA (2012), los métodos de planificación familiar significan tener una base para elegir en qué momento será indicado para formar una familia, al

igual que el número de miembros que tendrá esa familia planificada. Un método es una manera o medio de llegar al destino deseado, en este caso un medio para planificar la familia de cada persona en la sociedad, por ende, la planificación familiar es la base fundamental para reducir el número de embarazos no deseados en adolescentes.

Podemos observar en el gráfico que la mayor parte respondió que la planificación familiar definitivamente ayuda a reducir el riesgo de embarazos con un 71,1%, le sigue con un 25,2%, probablemente sí, y quienes reflejaron indecisión u opinión contraria a la importancia de tal medida.

GRÁFICA 10. La planificación ayuda a reducir riesgos de embarazos.

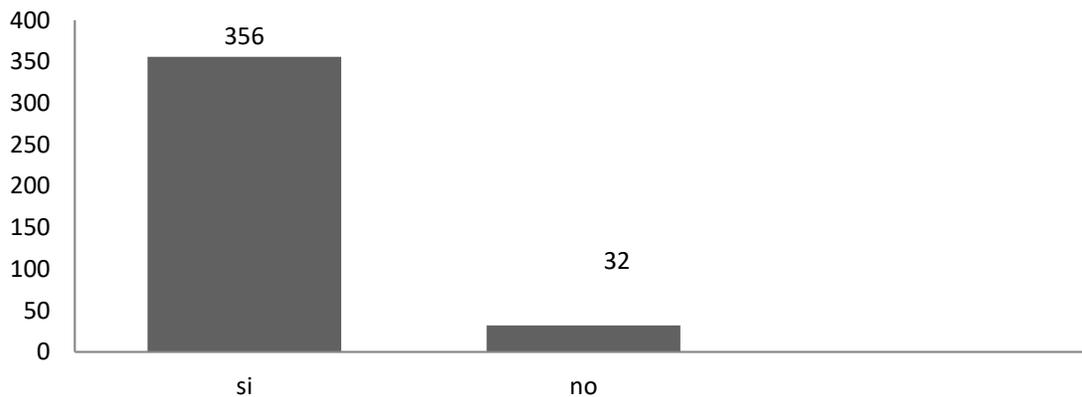


Ítem 11. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

Según Torrez (2015), los métodos anticonceptivos, son medios que impiden o reducen la posibilidad de que ocurra la fecundación al mantener relaciones sexuales. Se utilizan para prevenir embarazos o para espaciarlos, es decir dejar un espacio adecuado de tiempo entre un embarazo y otro.

Podemos observar en el gráfico que el mayor porcentaje tiene conocimiento sobre los métodos anticonceptivos con un 91,7 % y que sólo un pequeño porcentaje de 8,2% indica no tener conocimiento sobre el tema.

GRÁFICA 11. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

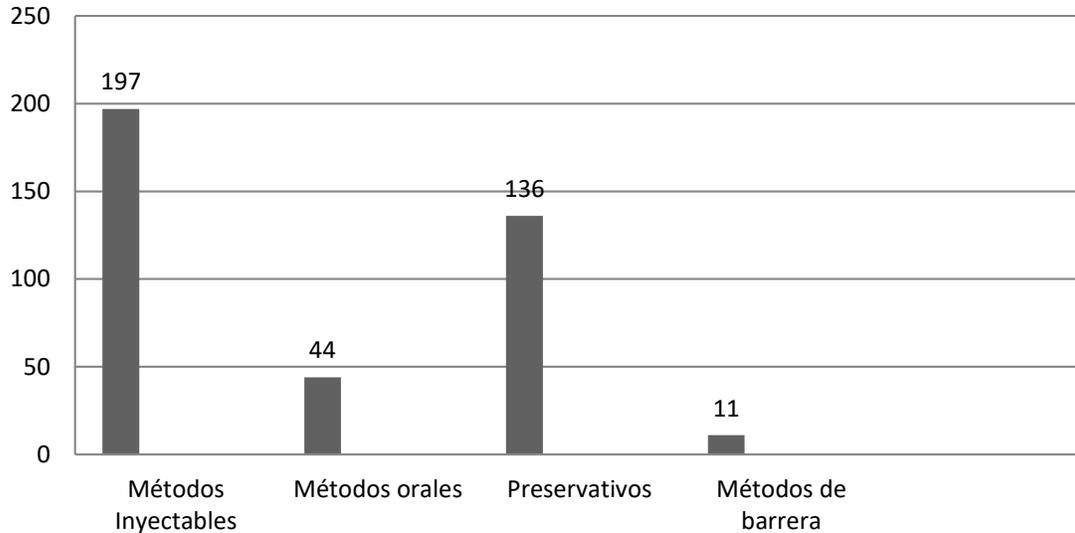


Ítem 12. Información sobre algunos de los métodos anticonceptivos.

Existen diferentes tipos de métodos anticonceptivos entre ellos los temporales: naturales o de barrera, los hormonales y los permanentes, es importante que en el momento de tomar la decisión de utilizar cualquiera de estos métodos, se tomen en consideración conocimientos que ayudan a utilizarlos de una forma correcta y consciente.

Como podemos observar en la gráfica, el 50,7% conoce los métodos anticonceptivos inyectables, le siguen los preservativos con un 35%, es llamativo que a pesar de la facilidad de adquisición y uso, presente mayor desconocimiento; por último podemos observar que los métodos de barrera como los naturales y los métodos orales son los que presentan mayor desinformación.

GRÁFICA 12. Información sobre algunos de los métodos anticonceptivos.



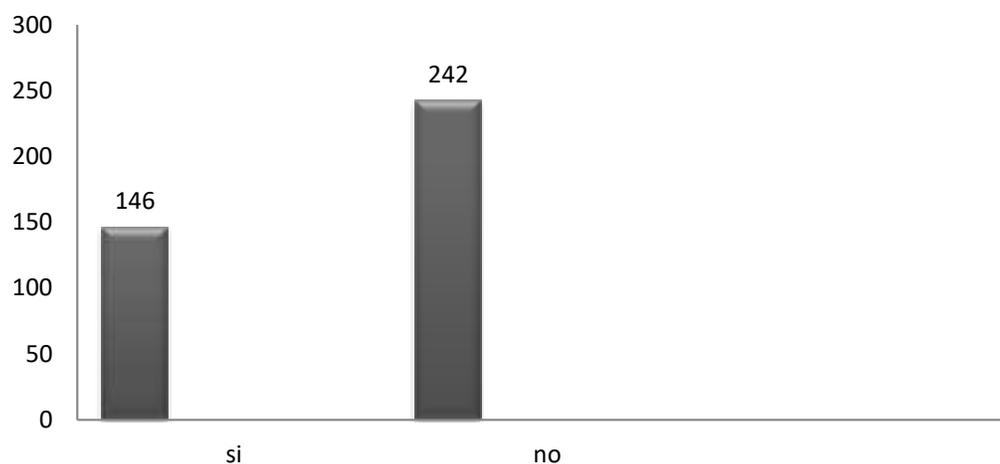
Ítem 13. Utilización de algún método de planificación familiar.

“La planificación familiar es una estrategia libre y voluntaria que una pareja puede tomar para así mismo planificar el número de hijos que desean tener en el tiempo adecuado” (MINSA, 2010). A continuación se presentan los resultados porcentuales en cuanto a la utilización de algunos de los métodos.

Es importante conocer estos resultados ya que sabemos que éstos métodos son de carácter totalmente gratuitos en todas las unidades de salud, y el Ministerio de Salud proporciona la promoción de estos para garantizar la utilización desde el inicio de la vida sexual activa de toda persona.

Como podemos observar en el gráfico, el 62,3 % no utiliza métodos de planificación familiar frente al 37,6% que sí tiene uso de los métodos de planificación familiar.

GRÁFICA 13. Utilización de algún método de planificación familiar.

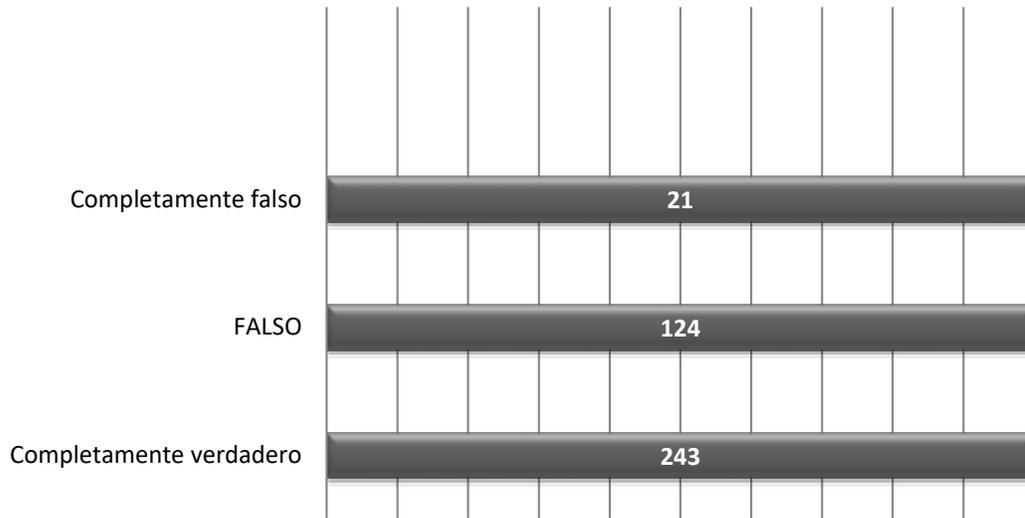


Ítem 14. Conocimientos sobre los métodos anticonceptivos orales.

Todos los métodos son accesibles en cuanto al uso si se conoce todo lo relacionado a ellos, podemos decir que todo dependerá de la información obtenida. Al respecto, según el MINSA (2010), retomada la normativa de planificación familiar los métodos orales también tienen sus ventajas y desventajas, entre ellas la más importante, en tener un horario establecido para su uso seguro.

Aquí podemos observar que el 62,6% afirma que es completamente verdadero que los métodos orales son más fáciles de utilizar frente al 31,9% que considera que es relativamente falso.

GRÁFICA 14. Los métodos orales son los más fácil de utilizar

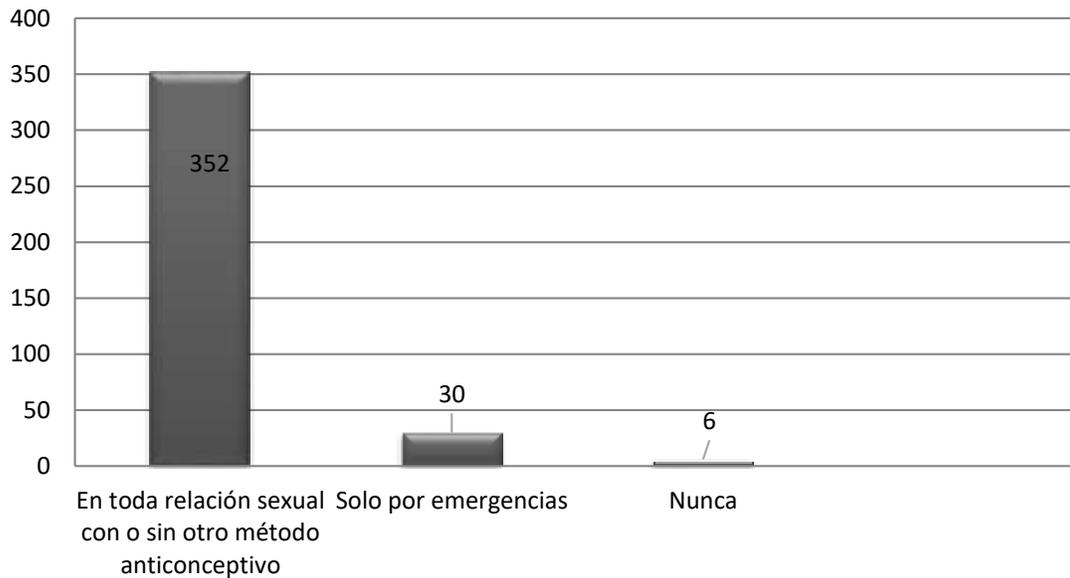


Ítem 15. Conocimiento sobre la necesidad de utilización del preservativo.

Este método es muy importante porque también actúa como protección contra las enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, la mayoría de las veces si se utiliza otro método de planificación no suelen utilizar la protección dual (MINSA 2008). Se considera necesario utilizar este método permanente durante todas las relaciones sexuales ya que es el único método que hasta el momento que tiene doble protección.

En el gráfico se observa que el 90,7% de la población en estudio respondió que el preservativo se debe utilizar en toda relación sexual, con o sin utilizar método anticonceptivo. El 7,7% contestó que solo por emergencia y el 1,5% respondió que nunca.

GRÁFICA 15. Momento en que se debe utilizar el preservativo.

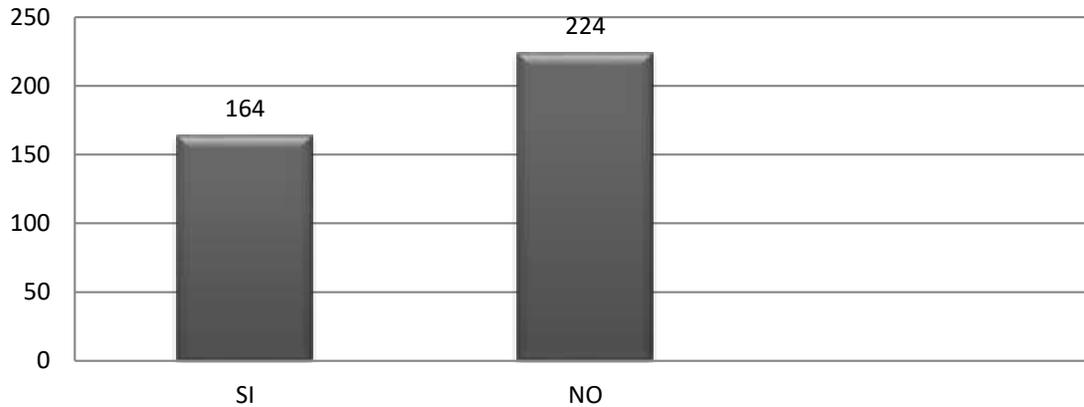


Ítem 16. Consideras que la PPMS es un método de planificación familiar.

Son métodos de prevención del embarazo que actúan dentro del plazo, varias horas o pocos días después de haber tenido una relación sexual sin protección (MINSA, 2008, p.106). Éstos no son métodos de planificación familiar ni abortivos, no obstante, actúan de forma emergente para resolver el problema después de unas horas del acto sexual.

Con respecto a lo anterior, podemos observar que el 57,7% responde de manera significativa y corresponde al dato de la teoría (la PPMS no es un método de planificación familiar, es de emergencia). Y el 42,2 % dijo que sí se considera un método de planificación familiar.

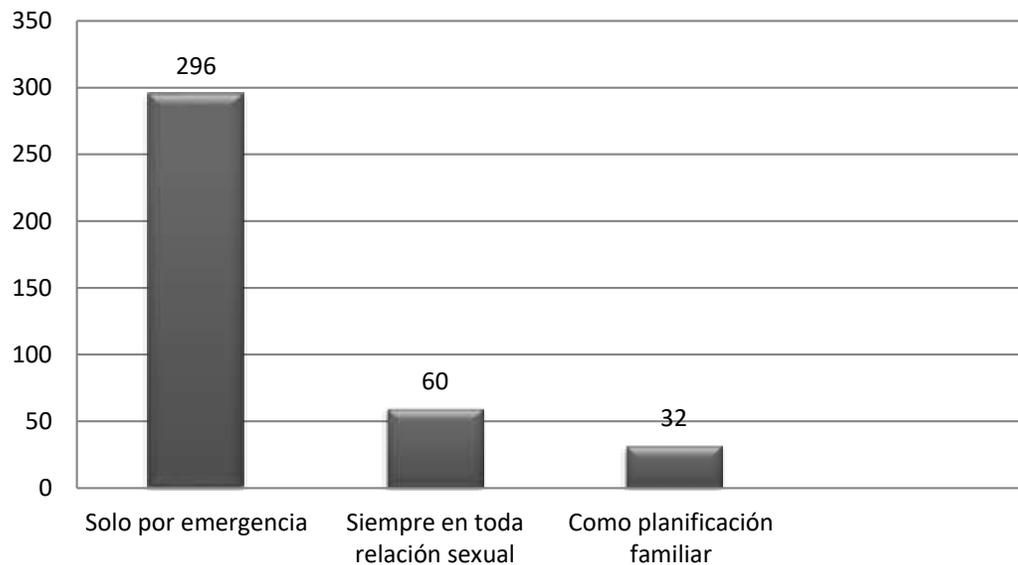
GRÁFICA 16. ¿Consideras que la PPMS es un método de planificación familiar?



Ítem 17. En qué momento se debe utilizar la PPMS.

En el concepto anterior podíamos ver que la PPMS, sólo se utiliza por necesidades o por emergencia ya que su uso inadecuado implica un riesgo de embarazo por perder la efectividad de este en el organismo. En este gráfico podemos observar que aunque la cifra sea pequeña un 15.4% y un 8.2%, que corresponde el primero que se usa siempre en toda relación sexual y el segundo como planificación familiar en todos los adolescentes, respectivamente. Por su parte, el 76% del alumnado en estudio considera que la PPMS es usada solo por emergencia.

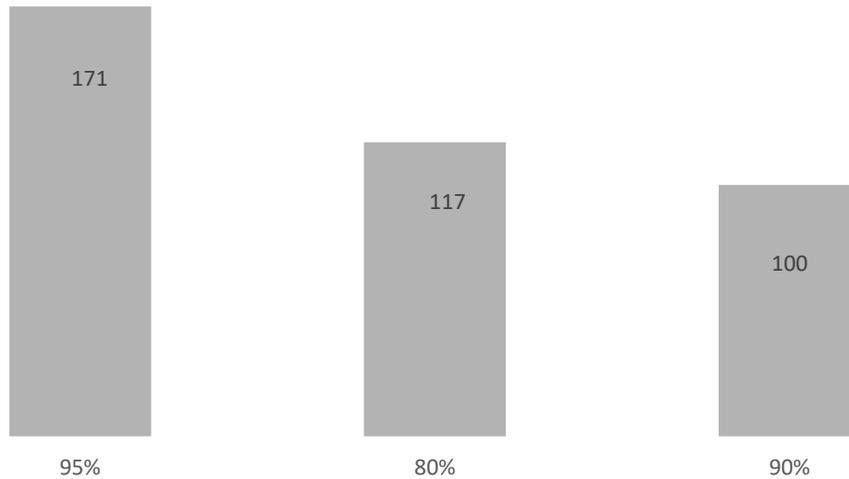
GRÁFICA 17. ¿En qué momento se debe utilizar la PPMS?



Ítem 18. Protección de los métodos anticonceptivos.

La protección de los métodos anticonceptivos oscila entre el 95% de efectividad si es empleado de una manera correcta. Aquí, podemos observar que lo más significativo corresponde que los métodos anticonceptivos protegen hasta un 95%. Si podemos ver existe falta de información acerca de la eficacia de la protección de estos métodos.

GRÁFICA 18. Protección de los métodos anticonceptivos

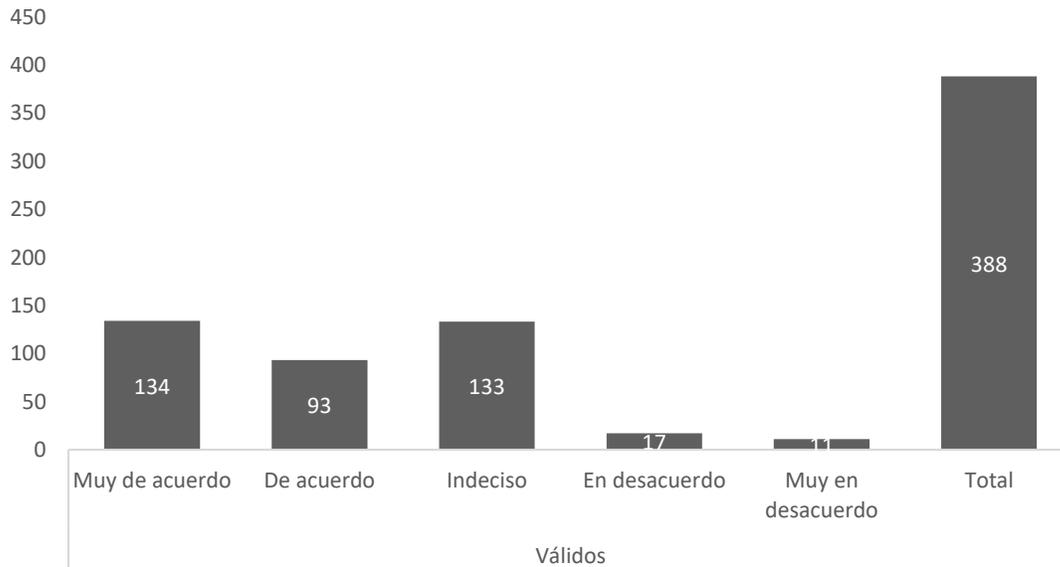


Ítem 19. ¿Los métodos de emergencia provocan aborto?

Los métodos de emergencias no provocan aborto, ni ocasiona ningún daño al embrión en caso de haber, ya que solo son utilizados después de la relación sexual para evitar los embarazos, si no se ha tomado un método de planificación familiar, (Rodríguez 2013), cabe señalar que existen algunos mitos sobre esta cuestión, pero a continuación observaremos la respuesta de nuestro alumnado en estudio.

Este gráfico expone la existencia de un extenso desconocimiento sobre los métodos de emergencia. Sin embargo, la juventud lo utiliza sin saber cómo actúa en nuestro cuerpo y el resto obtendrá un embarazo por pensar que los métodos de emergencia son abortivos. El 34,4% se mostró indeciso de responder lo que significa que no tiene conocimiento del método. Por otra parte, el 34,5% está de acuerdo al catalogarlo de abortivo; el otro 23,9% está de acuerdo también, y solo una cifra muy pequeña que corresponde al 7% que no está de acuerdo.

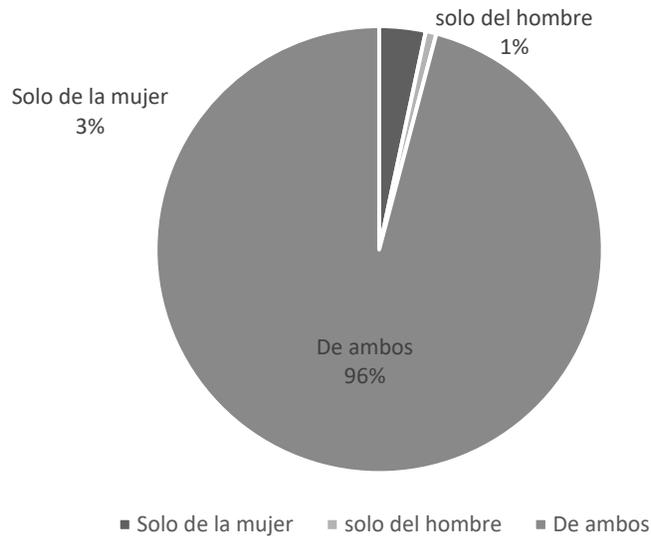
GRÁFICA 19. Los métodos de emergencia provocan aborto.



Ítem 20. Responsabilidad de la planificación familiar.

La responsabilidad de la planificación familiar es de ambos, tanto del hombre como la mujer, la pareja tiene derecho a opinar sobre su sexualidad a vivirla responsablemente pero también a cuidarse para evitar tener hijos e hijas no deseados. A este respecto, el 95,8% del alumnado respondió que la responsabilidad es de ambas personas.

GRÁFICA 20. Responsabilidad de la planificación familiar.



Ítem 21. Factores que influyen en la utilización de métodos anticonceptivos.

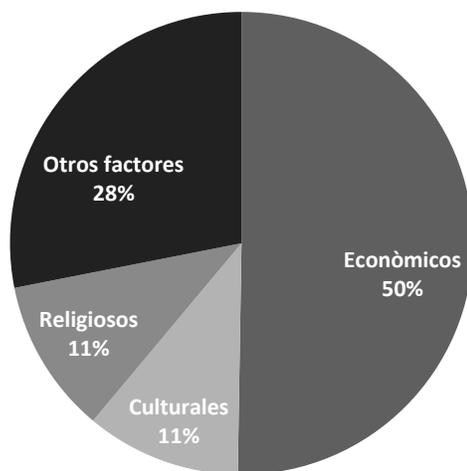
Para Torrez (2015), existen diferentes factores que pueden favorecer o restringir la planificación familiar: La religión de una persona influye en la manera en que un individuo ejerce una fe o creencia y una acción, sirve en diferentes propósitos de la vida de una persona, para algunos es un conjunto de reglas.

Las iglesias cada día participan más en la temática de salud reproductiva. Factor psicológico: La timidez; generalmente en las comunidades se observa la timidez de la población, para hablar acerca del tema de la reproducción, por lo que no se acercan a los servicios de salud a consultar sobre el tema, Factor económico: La falta de dinero dificulta el acceso a los servicios de salud, sobre todo cuando el traslado implica pasaje y alimento, Factor relacionado con los servicios de salud: El respeto y la ética en este aspecto, el comportamiento institucional del personal de salud, las personas acuden a los servicios de salud con el propósito de ser

atendidas, éstos son algunos factores que influyen en la toma de decisiones, a continuación veamos los resultados en nuestra investigación.

La mayor parte de las personas encuestadas respondieron que el factor que influye más en la utilización de métodos anticonceptivos es el factor económico con un 50,2% seguido de otros factores que pueden ser la confianza con sus padres, con el personal del puesto médico etc. Luego les siguen los religiosos y culturales con un 10,8% en ambos.

GRÁFICA 21. Factores que influyen en la utilización de métodos anticonceptivos.



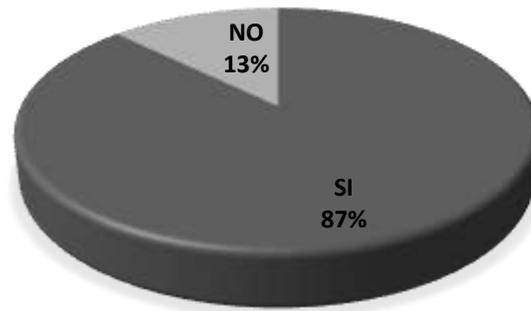
Ítem 22. En tu comunidad existe un puesto médico de salud.

La lucha del gobierno de nuestro país es tener salud siempre gratuita y poder llegar hasta los lugares más remotos a través del ESAFC (Equipo de salud familiar

y comunitaria) y también la preparación de brigadistas que atiendan a su comunidad. A continuación, veamos si el alumnado en estudio cuenta con un puesto de salud accesible.

Podemos observar en este gráfico el mayor porcentaje que corresponde al 87,3%, respondió que si tiene un puesto médico de salud esto quiere decir que tienen accesibilidad a obtener un método de planificación familiar de manera gratuita, y el otro 12,6% no tiene un puesto médico de salud en su barrio.

GRÁFICA 22. ¿En tu comunidad existe un puesto médico de salud?



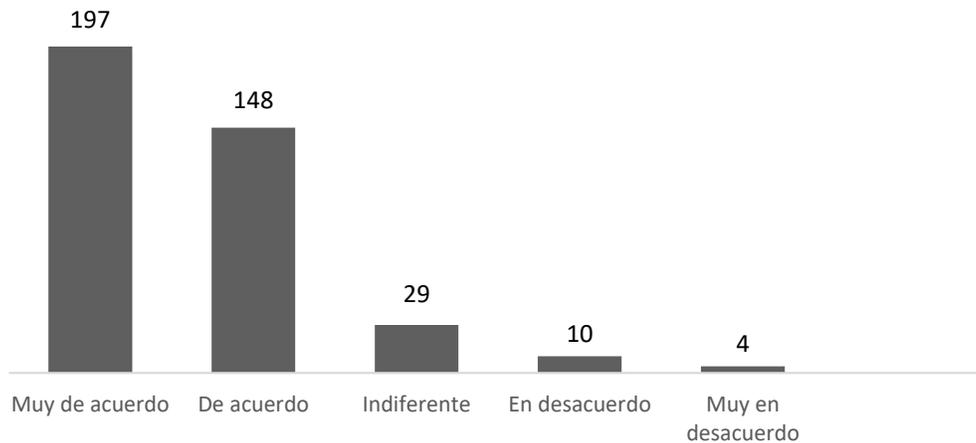
Ítem 23. Crees que el personal de salud es accesible.

El respeto y la ética en este aspecto, el comportamiento institucional del personal de salud, las personas que acuden a los servicios de salud con el propósito de ser atendidas, éstos son algunos factores que influyen en la toma de decisiones. A continuación, veamos los resultados en nuestra investigación, que según Torrez, 2015, se debe señalar la importancia de la ética profesional, sobre

todo en estos casos, la ética profesional en muchos casos se ve violada por el personal, más sin embargo es un acto de promesa para ellos. Muchos adolescentes no asisten a una unidad por pena o por temor a que el personal no sea confiable y ande divulgando lo sucedido.

Observamos en este gráfico que el 50,7% respondió que el personal de su puesto de salud, sí es accesible por lo que no tendríamos ningún problema con ese factor, el 38,1% está de acuerdo y el 7,4% mostró una indiferencia a la pregunta o no quiso opinar, y solo un 3,5% está en desacuerdo de que el personal sea accesible a la comunidad y que tenga ética profesional.

GRÁFICA 23. ¿Crees que el personal de salud es accesible?

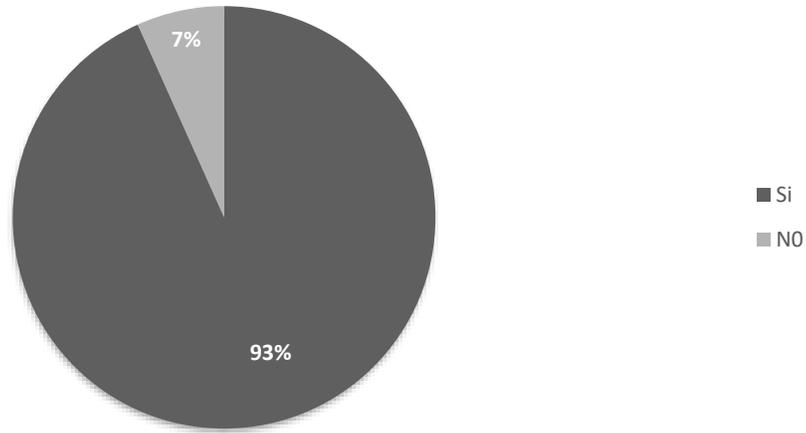


Ítem 24. Te gustaría que en tu universidad te brinden consejería sobre método de planificación familiar.

La educación para la salud es una tarea de todos y todas que trasciende el hecho de transmitir información ya que también se reacciona con la acción comunitaria para lograr su participación, de manera que dicha educación establece un propósito hacia dónde se deben dirigir las acciones comunitarias para lograr la participación activa. Esta implica responsabilidad, integración, sentido de pertenencia y capacidad de organización. (Díaz, Pérez y Báez, 2012), esto implica aconsejar sobre la planificación familiar para así promover la salud de los adolescentes dentro de un centro formativo– educativo. A continuación, podemos observar el resultado de la encuesta del alumnado que ha participado en este estudio.

El alumnado ha respondido en un 93% que sí le gustaría tener en su universidad un lugar donde le brinden consejos e información sobre los métodos de planificación familiar e incluso poderlos conseguir ahí mismo y solo un 6,75% respondió que no le gustaría recibir información en la FACULTAD.

GRÁFICA 24. ¿Te gustaría que en tu universidad te brinden consejos sobre método de planificación familiar?



Ítem 25. Crees que es importante aconsejar sobre planificación familiar y sexualidad.

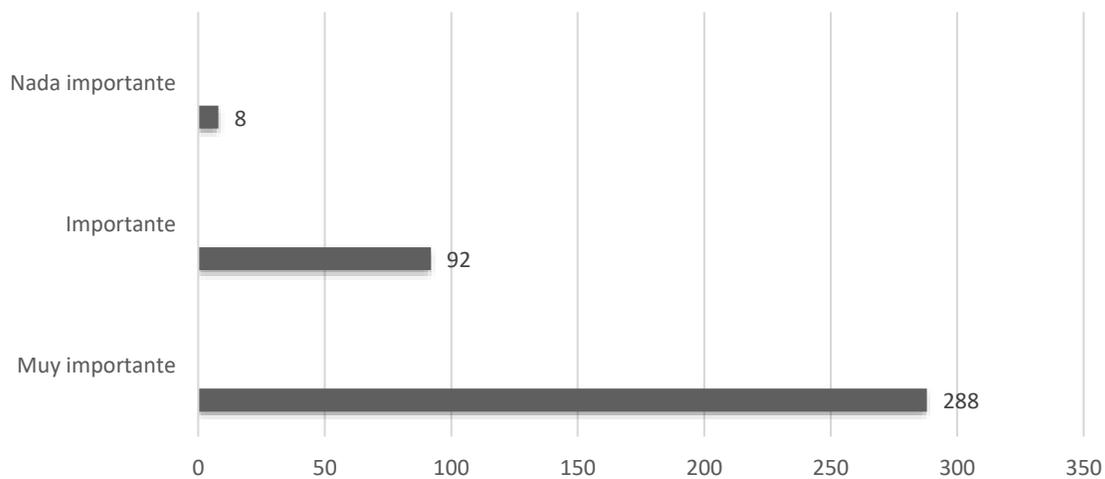
El aconsejar siempre es importante y sobre todo en las edades tempranas, la adolescencia es una de las edades que necesitamos reforzar con educación para la Salud, Según Isler (2001), existen factores predisponentes para que se dé un embarazo en esta edad y los factores son los siguientes:

- Menarca temprana: otorga la madurez reproductiva cuando aún no manejas la situación de riesgo.
- Inicio precoz de relaciones sexuales, cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- Familia Disfuncional: uniparenterales o conductas promiscuas que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia.

- Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y sola.
- Bajo nivel educativo: con desinterés general, cuando hay un proyecto que prioriza alcanzar determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta es más probable que la joven aun teniendo relaciones sexuales adopte una prevención del embarazo.
- Migraciones recientes con pérdida del vínculo familiar, ocurre con el traslado de las jóvenes en busca de trabajo o motivos de estudios superiores.
- Pensamientos mágicos: Propios de esta etapa de la vida que los lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- Fantasías de esterilidad: Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y como no se embarazan por casualidad piensan que son estériles.
- Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen mitos como, por ejemplo: “solo se embarazan si tienen orgasmos cuando lo hace con la menstruación o también cuando no hay penetración completa”.
- Controversias en su sistema de valores y el de sus padres.
- Aumento en números de adolescentes. Alcanzando el 50% de la población femenina.
- Factores socioculturales: la evidencia de los cambios de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en sus diferentes niveles económicos. Por esta y muchas razones debemos valorar la importancia de la promoción de la salud.

Podemos observar en el gráfico que el 74,2% considera de gran importancia la consejería de la planificación familiar para los adolescentes, le sigue que el 23,7% lo considera importante y solo el 2% lo considera sin importancia, aunque el último grupo sea pequeño se tiene que señalar que hay varios involucrados en haber respondido esta respuesta.

GRÁFICA 25. ¿Crees que es importante la consejería sobre planificación familiar y sexualidad?



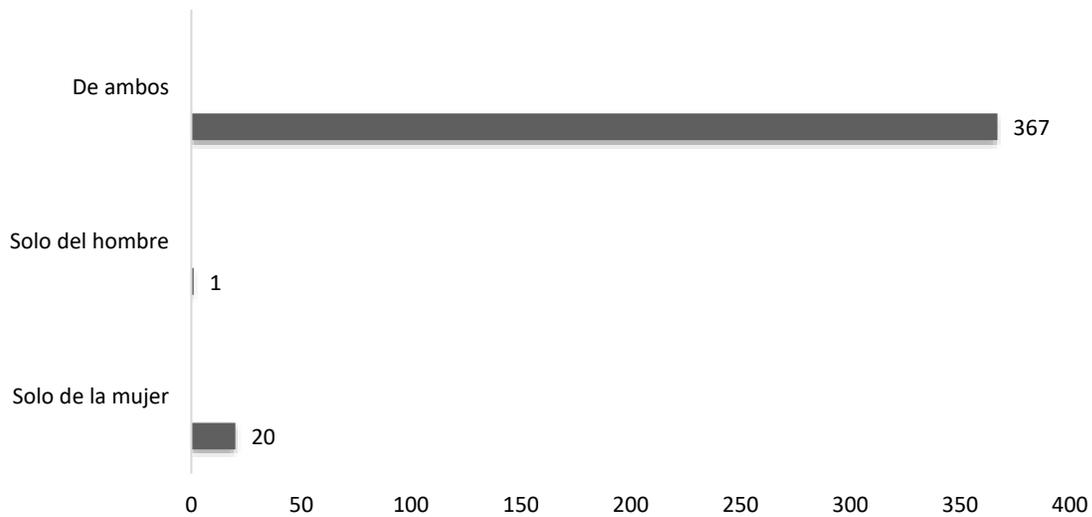
Ítem 26. La toma de decisión para la planificación familiar o utilización de métodos anticonceptivos debe ser.

Debemos saber que la pareja como la palabra dice, las dos personas deben de ser conscientes de la utilización de los métodos anticonceptivos o de la planificación familiar con más responsabilidad, es muy importante que ambos estén de acuerdo para una mejor toma de decisiones por consiguiente tener una mejor comunicación. A continuación, miraremos nuestros resultados.

Podemos apreciar en el gráfico el 94,5% del alumnado opinó estar de acuerdo en que en ambos, tanto el hombre como la mujer, tienen que tomar la decisión para

una utilización de métodos anticonceptivos o acudir al programa de planificación familiar.

GRÁFICA 26. ¿La toma de decisión para la planificación familiar o utilización de métodos anticonceptivos debe ser?



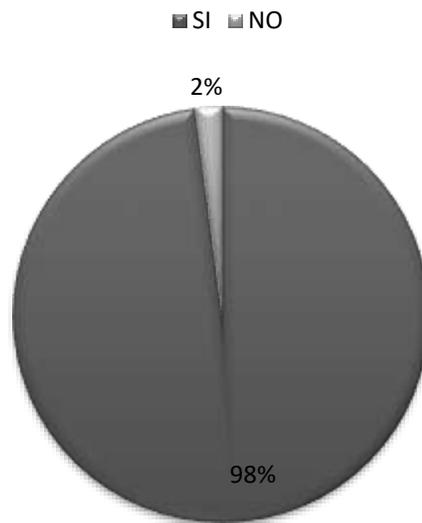
Ítem 27. Crees necesario ampliar tus conocimientos sobre estos temas.

Al hablar de educación para la salud, podemos decir que tiene la misma finalidad responsabilizar a los ciudadanos en defensa de la propia salud, y, por ende, la promoción de la salud va de la mano como una función esencial de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Este enfoque supone tener en cuenta que es una complejidad de los procesos de educación, lo cual requiere redirecciones al entorno primario, es necesario pasar de procesos cortos y

localizados de educación en salud a procesos permanentes y sistemáticos, abandonando un enfoque clínico y asistencial y reemplazarlo por otro más constructivo, potenciador, comunitario, preventivo, ecológico y diferencial. (Boja & Del Pozo, 2017). Por lo tanto, se considera necesario abordar desde muy temprana edad temas en los que esté involucrada la sexualidad y uno de ellos puede ser la planificación familiar. A continuación, veamos los resultados en nuestra investigación.

El 97,9% de las personas opinaron que es muy importantes abordar estos temas en nuestros adolescentes, y solo un 2% considera estos temas no importantes, podemos observar que la mayoría de las personas encuestadas tienen conocimiento de la importancia de hablar sobre ello.

GRÁFICA 27. ¿Crees necesario ampliar tus conocimientos sobre estos temas?

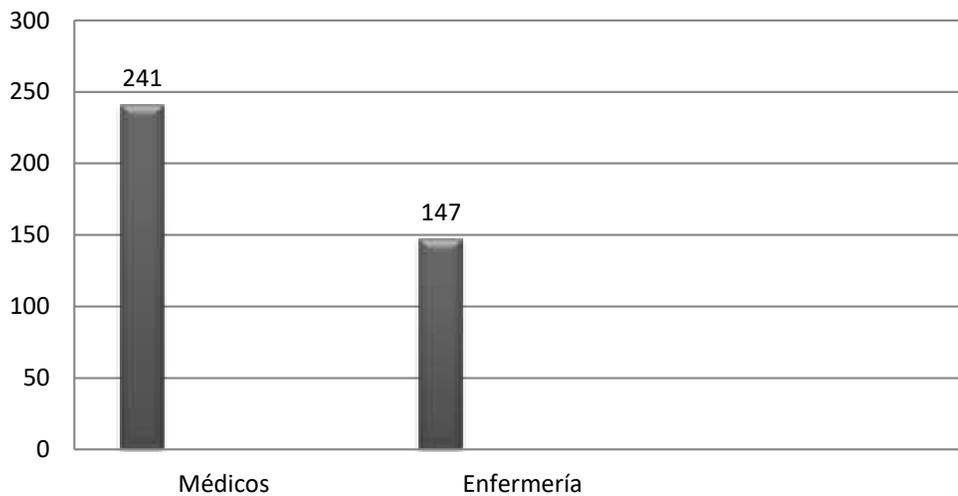


Ítem 28. Qué personal te gustaría que aborde estos temas.

Lo indicado es que sea un personal capacitado, en este caso podrían ser, médicos, enfermeros u otro personal especializado en este tema incluyendo psicología, veamos que opinaron nuestro alumnado en estudio.

Mostramos que el 62,1% piensan que los médicos son los indicados para brindar cualquier tipo de información o consejos sobre planificación familiar o métodos anticonceptivos y un 37.8 % opina que debe de ser el personal de enfermería el indicado, si bien lo que necesitamos es que el personal tenga los conocimientos apropiados para poder brindar la información necesaria.

GRÁFICO 28 ¿Qué personal te gustaría que aborde estos temas?



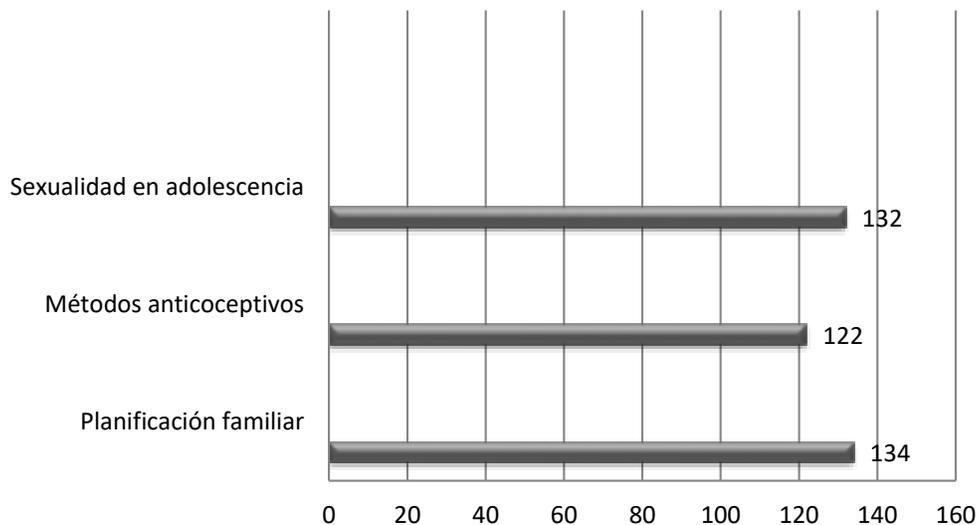
Ítem 29. Qué temas específicos te gustaría recibir para información.

Al hablar de planificación familiar consideramos que no necesitamos temas específicos sino más bien ampliarlos hacia temas de sexualidad responsables como

promoción de la salud, cabe señalar que el adolescente es experimentador y cuanto más tema relacionado tenga mejor sus conocimientos, por aquí veamos el resultado de nuestra investigación.

Los resultados de este ítem andan en un balanceo, por el mismo promedio, el 34.5% del alumnado refiere tomar información o consejería solo de planificación familiar, seguido de otro grupo q oscila en 34% que refiere querer recibir información solo de sexualidad y adolescencia, y un último grupo que manifiesta recibir información sobre tipos de métodos anticonceptivos, por consiguiente en el gráfico podemos observar que la desviación de niveles es poca , cabe resaltar que los tres aspectos son muy importantes para tomarlos como base de educación a los adolescentes.

GRÁFICA 29. ¿Qué temas específicos te gustaría recibir para información?

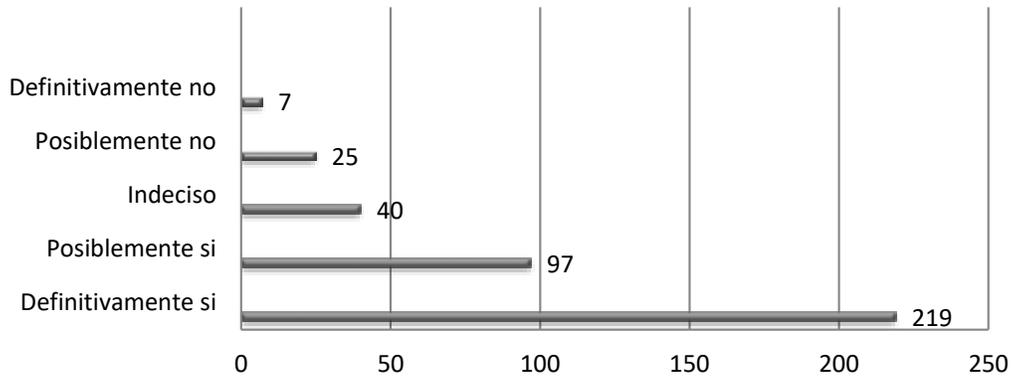


Ítem 30. Te gustaría participar en que la universidad implemente para mejorar este problema.

Nuestra investigación se centra en un contexto universitario, para tratarlo no como un problema individual, sino un problema social y educativo, la vincularemos a campos cuyas coordenadas comprenden: impacto de la planificación familiar, Intervención Socioeducativa y Prevención de riesgos de embarazos en los adolescentes, con el objetivo de establecer acciones que vayan a mejorar la aplicación de las políticas de la planificación familiar de las mujeres en edades tempranas, así como la prevención de embarazos a corta edad, por esta razón se ha planteado este ítem. A continuación mostramos los resultados obtenidos.

Es muy importante que nuestro alumnado considere de gran relevancia la participación podemos observar en el gráfico que el 56,4% y el 25%, opinan que sí, les gustaría participar en actividades que la universidad organice para mejorar un poco esta problemática, el resto se encuentra indeciso o no quiere participar.

GRÁFICA 30. ¿Te gustaría participar en proyectos que la universidad implemente para mejorar este problema?



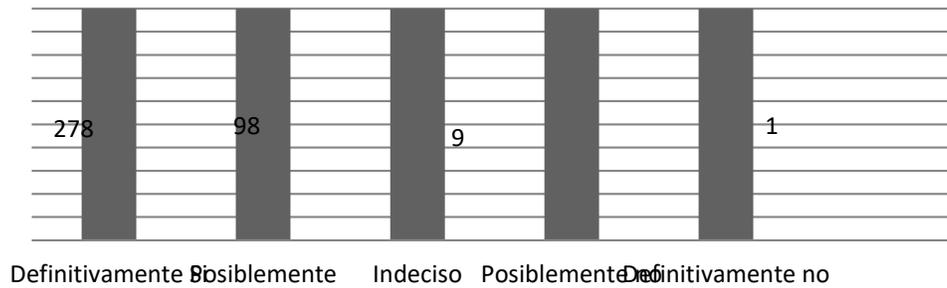
Ítem 31. Crees que se puede reducir los embarazos en adolescentes o embarazos no deseados.

La estrategia de educación para la salud se inserta en el círculo educativo y cada vez toma mayor relevancia para la formación de valores desde la infancia hasta el desarrollo, pero a la vez fortalece las capacidades de interpretar mejor los fenómenos que intervienen en la salud y permiten un mejor trabajo individual y colectivo, (Echauri, Ancizu y Chocarro, 2006).

Educar para la salud supone, por lo tanto, cambiar hacia hábitos de vida más saludables, fomentando la autonomía personal, la responsabilidad individual y colectiva frente a la salud, así como la solidaridad y el compromiso con el entorno. Es decir, una nueva manera de ser y de hacer, al servicio de una mayor y mejor calidad de vida para todos, meta que resultaría inviable sin la participación de toda la comunidad en dicho proceso, es decir de esta manera reducir muchos riesgos psicosociales, entre ellos la prevención de embarazos en adolescentes.

En este gráfico podemos observar que el 71,6% del alumnado responde que definitivamente si se puede reducir el índice de embarazos en adolescentes, y hay muchas teorías que afirman que todo depende de la educación, luego le sigue el grupo de 25,2% que piensan también que probablemente si se puede reducir o que existe una probabilidad, un 2% se mostró indeciso y un 1% no cree que se puede reducir este índice.

GRÁFICA 31. ¿Crees que se puede reducir los embarazos en adolescentes o embarazos no deseados?



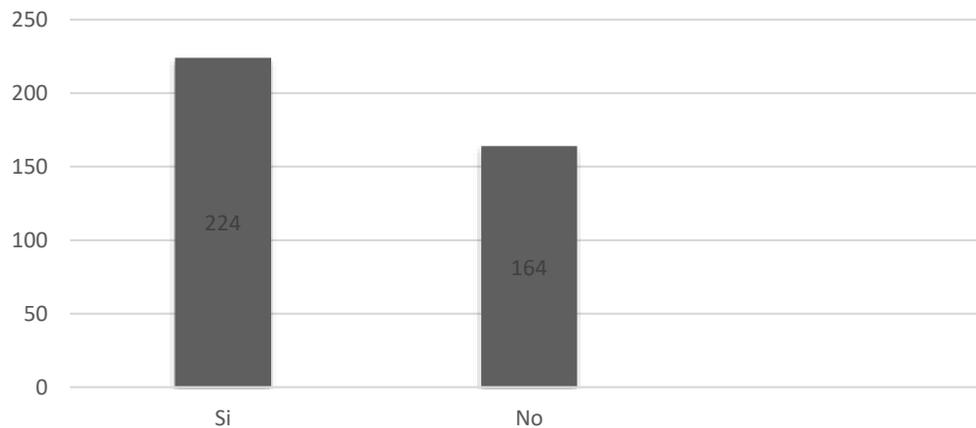
Ítem 32. Propones alguna solución a esta problemática.

Todas las problemáticas tienen solución, y podemos minimizar el riesgo de embarazos en adolescentes.

Como podemos observar el 57,7% de los estudiantes opinan que, sí proponen alguna alternativa de solución, entre ellas, está aconsejar, la formación de un club de adolescentes. Y el 42,2% respondió que no propone ninguna alternativa.

La solución que proponen la mayoría de los estudiantes es la educación mediante charlas educativas, es una manera de concientizar a las personas y a la vez para formar barreras de comunicación.

GRÁFICA 32. ¿Propones alguna solución a esta problemática?



4.1.2. FASE CORRELACIONAL

Los estudios correlacionales al evaluar el grado de asociación entre las variables primero miden cada una de ellas, las describen y después cuantifican y analizan la vinculación, la utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. (Guillen, Sánchez y Begazo, 2020)

Las correlaciones pueden ser positivas o negativas; si es positiva significa que los casos que muestran altos valores en una variable tendrán también a manifestar valores elevados en otra variable; si es negativa implica que casos con valores elevados en una variable tendrán a mostrar valores bajos en otras variables.

El nivel de significancia de 0.05, el cual implica que el investigador tiene 95% de seguridad para generalizar sin equivocarse y sólo 5% en contra. En términos de probabilidad, 0,95 y 0,05, respectivamente; ambos suman la unidad. Este nivel es el más común en ciencias sociales. b) El nivel de significancia de 0.01, el cual implica que el investigador tiene 99% en su favor y 1% en contra (0.99 y 0.01 = 1.00) para

generalizar sin temor. Muy utilizado cuando las generalizaciones implican riesgos vitales para las personas (pruebas de vacunas, medicamentos, arneses de aviones, resistencia de materiales de construcción al fuego o el peso, etcétera). (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 302).

La investigación correlacional tiene como objetivo mostrar o examinar la relación entre variables o resultados de variables, en otras palabras, la correlación examina asociaciones, pero no relación causal.

Veamos lo que nos dice Hernández, Fernández y Baptista 2010: El coeficiente de correlación de Pearson se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra en dos variables. Se relacionan las puntuaciones recolectadas de una variable con las puntuaciones obtenidas de la otra, con los mismos participantes o casos.

Nivel de medición de las variables: intervalos o razón.

Interpretación: el coeficiente r de Pearson puede variar de -1.00 a $+1.00$, donde: -1.00 = correlación negativa perfecta. (“A mayor X, menor Y”, de manera proporcional. Es decir, cada vez que X aumenta una unidad, Y disminuye siempre una cantidad constante). Esto también se aplica “a menor X, mayor Y”.

-0.90 = Correlación negativa muy fuerte.

-0.75 = Correlación negativa considerable.

-0.50 = Correlación negativa media.

-0.25 = Correlación negativa débil.

-0.10 = Correlación negativa muy débil.

0.00 = No existe correlación alguna entre las variables.

+0.10 = Correlación positiva muy débil.

+0.25 = Correlación positiva débil.

+0.50 = Correlación positiva media.

+0.75 = Correlación positiva considerable.

+0.90 = Correlación positiva muy fuerte.

+1.00 = Correlación positiva perfecta ("A mayor X, mayor Y" o "a menor X, menor Y", de manera proporcional. Cada vez que X aumenta, Y aumenta siempre una cantidad constante).

El signo indica la dirección de la correlación (positiva o negativa); y el valor numérico, la magnitud de la correlación. Los principales programas computacionales de análisis estadístico indican si el coeficiente es o no significativo de la siguiente manera:

$r = 0.7831$ (valor del coeficiente)

s o $P = 0.001$ (significancia)

$N = 625$ (número de casos correlacionados)

A continuación, podemos observar las correlaciones existentes entre los objetivos planteados.

TABLA 9. Correlación entre sexo y conocimiento

| | | Sexo de los estudiantes | ¿Conoces a cerca de los métodos anticonceptivos? |
|--|------------------------|-------------------------|--|
| | Correlación de Pearson | 1 | -,144** |
| Sexo de los estudiantes | Sig. (bilateral) | | ,005 |
| | N | 388 | 388 |
| | Correlación de Pearson | -,144** | 1 |
| ¿Conoces a cerca de los métodos anticonceptivos? | Sig. (bilateral) | ,005 | |
| | N | 388 | 388 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia (Resultado del programa SPSS).

El valor estadístico r de Pearson es de $-0,144$, además esta correlación es muy significativa, por lo que se puede afirmar con un 99% de confianza que en el ámbito de estudio hay una correlación negativa pero muy alta entre la variable Sexo de los Estudiantes y la variable Conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, porque el valor de Sig. (Bilateral) es de $,005$ que se encuentra por debajo del nivel requerido

TABLA 10. Correlación entre Carrera que estudia vs conocimiento.

| | | Carrera que estudias | ¿Conoces a cerca del método anticonceptivo? |
|--|------------------------|----------------------|---|
| Carrera que estudias | Correlación de Pearson | 1 | ,044 |
| | Sig. (bilateral) | | ,384 |
| | N | 388 | 388 |
| ¿Conoces a cerca de los métodos anticonceptivos? | Correlación de Pearson | ,044 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,384 | |
| | N | 388 | 388 |

Fuente: Elaboración propia (Resultado del programa SPSS).

El valor estadístico r de Pearson es de ,044. Aquí no existe correlación entre las variables, en el ámbito de estudio hay una correlación negativa entre la variable Carrera que estudian y la variable Conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, porque el valor de Sig. (Bilateral) es de ,384. Podemos ver que supera a 0 y 1.

TABLA 11. Correlación entre Utilización de métodos de planificación familiar vs Existe un puesto médico en tu barrio.

| | | ¿Utilizas algún método de planificación familiar? | ¿En tu comunidad o barrio existe un puesto médico de salud? |
|---|------------------------|---|---|
| | Correlación de Pearson | 1 | ,071 |
| ¿Utilizas algún método de planificación familiar? | Sig. (bilateral) | | ,162 |
| | N | 388 | 388 |
| | Correlación de Pearson | ,071 | 1 |
| ¿En tu comunidad o barrio existe un puesto médico de salud? | Sig. (bilateral) | ,162 | |
| | N | 388 | 388 |

Fuente: Elaboración propia (Resultado del programa SPSS).

El valor estadístico r de Pearson es de ,071. Aquí no existe correlación entre las variables, en el ámbito de estudio hay una correlación negativa entre la variable Utilizas algún método anticonceptivo y la variable En tu comunidad o barrio existe un puesto médico de salud, porque el valor de Sig. (Bilateral) es de ,162. Podemos ver que supera a 0 y 1.

TABLA 12. Correlación entre Religión vs utilizas algún método anticonceptivo.

| | | ¿Qué religión profesas? | ¿Utilizas algún método de planificación familiar? |
|---|------------------------|-------------------------|---|
| | Correlación de Pearson | 1 | -,012 |
| ¿Qué religión profesas? | Sig. (bilateral) | | ,807 |
| | N | 388 | 388 |
| | Correlación de Pearson | -,012 | 1 |
| ¿Utilizas algún método de planificación familiar? | Sig. (bilateral) | ,807 | |
| | N | 388 | 388 |

Fuente: Elaboración propia (Resultado del programa SPSS).

El valor estadístico r de Pearson es de - ,012. Aquí no existe correlación entre las variables; en el ámbito de estudio hay una correlación negativa entre la variable Utilizas algún método anticonceptivo y la variable En tu comunidad o barrio existe un puesto médico de salud, porque el valor de Sig. (Bilateral) es de ,807. Podemos ver que supera a 0 y 1.

TABLA 13. Correlación de Pearson para varias variables.

| | | Carrera que estudias | ¿Consideras que la planificación familiar es importante para las parejas? | ¿En qué momentos debes utilizar el preservativo? | ¿Los métodos de emergencia provocan aborto? |
|---|------------------------|----------------------|---|--|---|
| | Correlación de Pearson | 1 | ,120* | ,055 | ,005 |
| Carrera que estudias | Sig. (bilateral) | | ,018 | ,284 | ,915 |
| | N | 388 | 388 | 388 | 388 |
| ¿Consideras que la planificación familiar es importante para las parejas? | Correlación de Pearson | ,120* | 1 | ,056 | ,034 |
| | Sig. (bilateral) | ,018 | | ,274 | ,500 |
| | N | 388 | 388 | 388 | 388 |
| ¿En qué momentos debes utilizar el preservativo? | Correlación de Pearson | ,055 | ,056 | 1 | -,029 |
| | Sig. (bilateral) | ,284 | ,274 | | ,574 |
| | N | 388 | 388 | 388 | 388 |
| ¿Los Métodos de emergencia provocan aborto? | Correlación de Pearson | ,005 | ,034 | -,029 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,915 | ,500 | ,574 | |
| | N | 388 | 388 | 388 | 388 |

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia (Resultado del programa SPSS).

El valor de correlación es desigual para cada una de las variables; si observamos en total es significativo con un Sig. (Bilateral) de 0,05 diferente a 0 y menor que 1. Si podemos ver la variable carrera que estudias no tiene nada que ver con el tipo de conocimientos que tiene el estudiante, por lo tanto los conocimientos deben de ser por igualdad, pero si esta variable tiene una correlación significativa con una Sig. (Bilateral) de ,018 y la Variable consideras que la planificación familiar es importante para las parejas tiene una correlación significativa con en que momentos se debe utilizar el preservativo con ,056 y ¿los métodos de emergencia provocan aborto? con una correlación significativa de ,034.

Aquí podemos observar que dos de las hipótesis planteadas en nuestra investigación son nulas; esto no significa un riesgo, al contrario significa descubrir cuál es la verdadera razón del impacto de la planificación familiar en los adolescentes, el cual nos ayudará a proporcionar una idea de mejora a la problemática.

4.2 ANÁLISIS DE LOS DATOS CUALITATIVOS. LA ENTREVISTA

Partimos de la idea de considerar que la entrevista envuelve una interacción vinculante entre personas, por lo que las ataduras o lazos que se crean entre entrevistador y entrevistado constituyen un elemento determinante. Por ello, tenemos que acentuar que existe una gran variedad de arquetipos de entrevistas. No obstante, atendiendo a Taylor y Bogdan (1986), nos encontramos con un tipo de entrevista denominada en profundidad que para nosotros ha constituido un referente esencial. En efecto, siguiendo a estos autores, utilizamos la expresión “entrevistas en profundidad” para referirnos al procedimiento de investigación cualitativa consistente en reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y las personas informantes.

Las entrevistas han sido manejadas como técnicas de recogida de información adicional en la primera fase de la investigación para obtener información facilitada a través de informantes clave.

Con respecto a la selección de la muestra de individuos a entrevistar, ésta no se realiza, como en los estudios cuantitativos, basándose en criterios estadísticos. Indicar que nos hemos decidido por una muestra que se caracteriza por su dimensión cualitativa y se ha realizado a profesionales de la salud, con experiencia en docencia en la UNAN- FAREM- Chontales, pero que también ejerce con estudiantes en áreas clínicas como centros y puestos de salud.

Hemos de destacar que, en la fase del diseño de la entrevista, al igual que ocurrió con el cuestionario, se plantearon los temas que iban a aparecer en el mismo y sus correspondientes respuestas. Después, se redactaron varios borradores de la entrevista, hasta elaborar la entrevista definitiva. Pero debemos añadir que, aunque fuera una entrevista estructurada a la hora de implementarla se dejaba en manos de la investigadora incorporar otras cuestiones que salieran a colación de las que aparecían en la entrevista. La entrevista se elaboró durante un periodo de dos meses.

A continuación, mostraremos los resultados de nuestra entrevista. Ésta se realizó de manera personal y se fueron gravando los datos a través de audios, lo que permitieron transcribirla sin ninguna problemática.

Cuando se realiza investigación basada en entrevistas, al margen de otros objetivos de investigación, se plantea la cuestión sobre cómo ocurrieron las cosas, en realidad. Se buscan datos que no dependen de las subjetividades del investigador y del entrevistado y en ocasiones se llega a asumir la experiencia de verdades universales sobre la forma de actuación humana, se vuelve al modelo

positivista. (Ballester, Orte y Oliver, 2003). Debemos de saber que ciertamente la investigación basada en entrevista no encaja en los supuestos positivista; en efecto, el resultado de esta investigación es el discurso del sujeto entrevistado, guiado a su vez por cuestiones planteadas, subjetivamente por la persona que entrevista; la evidencia se da mediante la grabación del contenido de sus respuestas, luego sufre algunas alteraciones; primero la transcripción de cada una de las respuestas del entrevistado tal y como lo narra en el audio. En nuestro caso se utilizó audio, luego el tratamiento de la información o la creación de categoría, a la vez establecimiento de las relaciones y posterior el análisis de la información de cada uno de los participantes en relación al estado de la cuestión.

A continuación, mostramos nuestros resultados que fueron tomados de la entrevista realizada al personal con experiencia en el área de la salud, bien si podemos en este apartado observar la entrevista estuvo estructurada de 8 apartados claves que fueron considerados útiles para la reflexión y a la vez son los que se relacionan con nuestros objetivos de investigación.

Analizamos lo que nos dice la OPS 2019: la planificación familiar es un derecho y lo mejor que puedan tener las personas que deseen tener hijos planificados, cuántos y cuándo y algo muy importante; con quién, la persona indicada.

Las personas proveedoras de la planificación familiar tienen el privilegio y la responsabilidad de ayudarles a tomar estas decisiones y llevarlas a cabo, además los programas que respetan los derechos humanos de sus usuarios contribuyen a obtener resultados positivos en materia de la salud sexual, por lo tanto, los servicios de la planificación son de gran utilidad y hacen efectivo los derechos humanos de todos los usuarios.

Categoría: Conocimiento de programa de planificación familiar:

“Existe el programa del ECMA, que se lleva a lugares, lejanos o comarcas donde se organiza en cada puesto de salud una brigada para capacitar a personas que brinden el método, éste es bien seguro y se lleva con buen orden y se lleva un programa cada mes para eso”.

“En algunos lugares se utiliza, existe el programa de ECMAC, que eso se utiliza se podía decir en los campos, en las comunidades, pero la mayoría de los SILAIS, están aplicando hoy en día están poniendo casa base en esas comunidades, entonces ese programa lo van como eliminando, en las normativas hay criterios que deben de tener las pacientes o pacientitos, que conforme a esos criterios así mismo se le va a cumplir en método que a ella le queda bien según su estado de salud”.

“Es el programa ECMAC, que esto se lleva a las comunidades a través de los ESAFC o de los brigadistas, son para personas que a veces se les dificulta para venir, entonces ellos lo llevan hacia la comunidad”.

“Conozco que los programas de planificación familiar son lugares establecidos con el fin de garantizar un método de planificación familiar al usuario o usuaria”.

“Se debe tomar en cuenta que las normas de planificación familiar que emplea el ministerio de salud son la base fundamental para el empleo de los métodos de planificación familia, es una norma segura y que contiene métodos también gratuitos que favorecen a la población”.

“Los programas son los establecimientos donde se les garantiza su método de planificación familiar, ahí se les lleva un seguimiento oportuno a todas las usuarias”.

“Son lugares donde se les brinda un método a las personas que lo requieren, bien cabe, mencionar que las normativas son las utilizadas para la atención de los pacientes en dicho programa”.

Aquí podemos ver que los entrevistados tienen concordancia entre sus respuestas, y nos hablan de un programa ECMAC (Manual para la entrega comunitaria de métodos anticonceptivos) Este es una implementación de acciones orientadas a mejorar la planificación familiar y de hecho entre las beneficiarias están las mujeres, la parejas, la familia y la comunidad en general, muy cierto que esta estrategia de programa se creó desde el 2012, a través del ministerio de salud en nuestro país, esto con el objetivo de lograr un mayor acceso a los servicios de planificación familiar principalmente en áreas rurales y lugares inaccesibles geográficamente, así como en áreas urbanas donde existan barreras culturales que impidan el acceso a este servicio como el caso de los adolescentes. (MINSA, 2012).

También el programa o norma de planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgo para la salud de mujeres y hombres, y por supuesto su aplicación está determinada por el ejercicio del derecho de toda persona a decidir libre y responsable sobre el número y espaciamiento a sus hijos, la planificación familiar es un programa amplio que lo único que quiere es mejorar la condición de salud sexual de las familias. Las respuestas que nos han dejado las personas entrevistadas son muy acertadas a lo que nos dice la teoría, por lo tanto, sí tienen un amplio conocimiento de lo que son los programas y las normas de planificación familiar.

Categoría: Ventajas y desventajas de los métodos de planificación familiar.

“Cada uno de los métodos tienen diferencias entre las ventajas y desventajas, todos los métodos son fáciles de aplicar, pero también todos son fáciles de usar y eso va depender de la usuaria y depende de que categoría le corresponde a cada quien”.

“Si cada método anticonceptivo tiene sus ventajas y desventajas y esto se le da a conocer a cada paciente, cuando él llega por primera vez que sería una captación de planificación familiar, entonces a él se le orienta todo con respecto a lo que es planificación familiar”

“Todo método tiene sus ventajas y sus desventajas, que, si lo utilizamos correctamente, y la personas se orientan pues vamos a tener buen uso de los anticonceptivos,”

“Si tengo conocimiento acerca de las ventajas y desventajas de los métodos de planificación familiar, todos tienen un nivel de protección máximo si se emplean de manera segura, también es importante saber que solo la abstinencia es 100% segura.

“Si tengo conocimiento no todas las ventajas y desventajas son iguales, digamos que esto depende también de cada usuario, de acuerdo con cada personalidad, o antecedentes de este, para categorizar mejor existen categorías de la planificación familiar que se utilizan con el fin de clasificar ver que ventaja tiene para este paciente y que ventajas para este otro, así mismo las desventajas”.

“Bueno, las ventajas de cada uno de los métodos varían según su dependencia, cada uno de ellos tienen sus propias ventajas y desventajas, y también su efectividad depende del método”.

Todos los métodos anticonceptivos tienen ventajas y desventajas y son diferentes unos de otros según MINSA (2015), tenemos para cada uno de los métodos sus ventajas y desventajas, también podemos decir que la efectividad de todos los métodos oscila entre más del 95%, y que solamente la vasectomía, y abstinencia sexual pueden lograr el 100% de seguridad; si se emplea bien el método es seguro.

Podemos observar en las respuestas de la entrevista de la categoría VD, las personas entrevistadas han respondido simultáneamente casi igual porque es real lo que ellos están plasmando es su discurso y es aceptable según la teoría.

Categoría: Importancia de la planificación familiar.

“Sería magnifico que la pareja cuando vaya a adquirir su planificación acuda junta, para darle todas las recomendaciones generales porque eso es en conjunto con las parejas”.

“Claro que si es importante es una decisión que tienen que tomar ambos como pareja, no solo la mujer y no solo el hombre”.

“Tiene mucho que ver porque los dos tienen que estar de acuerdo porque la planificación no es solo de la mujer, es en conjunto, por eso dice pareja, es un conjunto y lo más ideal es que platicuen y decidan cual es el mejor método para planificación de los dos”.

“Considero que, si es de mucha importancia que sea la planificación familiar para las parejas, porque como su nombre lo indica es planificación de Familia, es necesario que ellos planifiquen cuantos hijos quieren tener, y de echo que así debería ser que los 2, tanto el hombre como la mujer”.

“Creo que es importante que el esposo o pareja de esta usuaria se dé cuanta todo los que como personal abordamos con ella y se dé cuenta que la planificación

es de ambos en esos momentos, es responsabilidad de ambos la decisión se está tomando en esos momentos”.

“La planificación familiar es muy importante para las parejas, ya que ambos necesitan el conocimiento necesario para la administración de cualquier método de planificación”.

La planificación familiar es una estrategia que ayuda a las familia a lograr un mejor nivel de vida; a través de la planificación familiar la pareja decide cuántos hijos/as tener y cuándo tenerlos; evita los embarazos no deseados, asegurando la salud de la madre y del bebé, (OPS, 2019), Es por ello y como lo dice la organización panamericana de la salud, la planificación familiar es muy importante para las parejas, ambos en conjunto tendrán que elegir la mejor manera de vivir responsablemente la sexualidad.

Podemos observar nuestros que nuestros participantes declaran en su entrevista que es muy importante la planificación para las parejas porque ambos tienen que estar de acuerdo el método que van a tomar; además de ello, otro participante dice que asuman ambos la responsabilidad; pero es importante saber que ellos decían que, sin embargo, la asistencia de los hombres al programa de planificación familiar es rara, casi no se ve en nuestro puestos de salud; lo podemos cruzar con una de las respuestas que obtuvimos en la encuesta hecha a estudiantes de primer año, que los varones nunca asistían al programa de planificación, tampoco nunca utilizan métodos, pero el preservativo es un método, lo único que ellos no lo adquieren en el programa si no en cualquier farmacia sin saber aún en realidad todo lo relacionado con este método.

Categoría: Diferencia entre métodos anticonceptivos y planificación familiar.

“Método de emergencia le llamamos porque, a como dice la palabra es de emergencia y es utilizado una vez y después ya se le recomienda a la usuaria que después inicie su planificación familiar, una vez que haya utilizado el método de emergencia, o sea que solo lo va utilizar una sola vez”.

“Bueno los métodos de planificación familiar son los que ya se sabe que uno va a planificar, a decidir cuándo, uno tenga el deseo de quedar embarazado, que se estarían utilizando ya sea mensual, trimestral, o el uso del preservativo, mientras que el uso de los métodos de emergencia su nombre lo dice métodos de emergencia, solamente que haya pasado algo”.

“La planificación es un método que se utiliza frecuentemente, decidimos planificar con un método y siempre lo estamos utilizando y los métodos de emergencia como su palabra lo dice de emergencia, tal vez se le olvido el método, tal vez no pudo ir en la fecha establecida o a veces una violación, o parejas separadas y no tienen parejas y en ese momento paso algo entonces ahí es donde debemos utilizar los métodos de emergencia”.

“Existe una gran diferencia y es que el primero se refiere a un método consecutivo que vas a estar por un periodo determinado con ese método, y el método de emergencia es a como la palabra lo dice solo para casos necesarios.

“Los métodos de emergencia solo se utilizan para prevenir embarazos después de una relación sexual no protegida, en cambio los métodos de planificación familiar son utilizados de forma consecutiva o permanente”.

“Según mi criterio, los métodos de planificación familiar son utilizados de manera ordenada con el fin de planear un embarazo cuando la pareja lo decida,

mientras que los métodos de emergencia no son utilizados para planificar, sino más bien para prevenir embarazos no deseados en situaciones de emergencias”.

Bien podemos destacar aquí que la anticoncepción de emergencia es el método para prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección o cuando falla otro método de planificación familiar, como existe reacciones negativas en torno a las definiciones de embarazo y aborto provocado, si podemos ver la definición que tiene la OMS, (Organización Mundial de la Salud), el embarazo se inicia después de la fecundación, pero según estudios el espermatozoide se implanta 72 horas después del acto sexual. A diferencia la planificación familiar nos induce a pensar en una estrategia muy simple y sencilla que puede ayudar a las familias a tener conductas reproductivas adecuadas para que puedan conseguir sus objetivos de desarrollo saludable en la mejor forma, es decir, la planificación familiar es una estrategia que va mucho más allá de las familias, está ligado con el desarrollo de las naciones. (Gutiérrez, 2013).

Categoría: Criterio de utilizar método de emergencia.

“Solo una vez, no se pueden utilizar muchas veces”.

“El criterio es solo por emergencia, pero lo que pasa con los jóvenes es que no los orientamos bien, pienso que según los casos que hemos visto es falta de comunicación de los padres con los hijos primordial, porque se dice que la primera educación la recibimos en el hogar”.

“Una o dos veces al año solamente se puede utilizar por alguna eventualidad no prevista. Solo se recomienda su uso para excepciones y estas suelen ser cuando hay una violación, cuando hay encuentros sexuales no planeados, esto solo se debe de realizar pocas veces al año”.

“Por lo que solo se debe utilizar en situaciones especiales, los criterios deben de ser de acuerdo con el caso de la paciente, en la utilización no tiene ninguna prescripción médica solamente que se tenga que utilizar antes de las 72 horas posterior al evento”.

“Bajo el criterio solo de emergencia, cuando no tengamos otra alternativa, en una situación rápida”.

La anticoncepción de emergencia tiene sus propios criterios para ser utilizada, por lo que no se debe utilizar en cualquier momento. Según Alonso & Doménech, 2005: “La anticoncepción de emergencia tiene una utilidad, para evitar un embarazo no deseado en las siguientes situaciones: Violación o abuso sexual, no haber usado método durante un coito de riesgo, uso incorrecto o fallo del método usado, solamente por alguno de estos casos es de ser necesario la utilización de emergencia”. Como podemos visualizar en las respuestas de los entrevistados podemos ver que si tienen conocimientos sobre los criterios en los que se deben utilizar los anticonceptivos de emergencia; en cambio, podemos notar que en la encuesta realizada a los adolescentes hay un grupo que respondió que los métodos de emergencia son parte de la planificación familiar de los adolescentes. Es importante observar esta parte tan importante de analizar para actuar con medidas de solución ante este serio problema de educación.

Categoría: Participación de los adolescentes al programa de planificación familiar.

“Hay bastante participación de adolescentes, son más adolescentes los que acuden a la unidad de salud”.

“Casi no participan y por lo mismo, algunos tienen sus parejas y sus papas no lo saben, de ende, se andan escondiendo de los vecinos para que no vayan a decirles a sus papas”.

“Se ve muy poco la verdad, porque a veces los chavalos tienen miedo o pena más bien de ir a los programas de adolescentes”.

“No son muy activos por miedo que los juzguen o los acusen de que ya tienen pareja, también en esto influye la familia, falta de educación sexual en esa parte”.

“Hay un índice bajo y pienso que el bajo índice de participación de los adolescentes en los programas de planificación familiar se debe a la influencia de la sociedad y también a la educación que existe del joven”.

“La participación de las y los adolescentes es muy inferior, según lo que hemos notado y discutido con el personal de salud es que puede ser falta de confianza, pero también la falta de información”.

En una investigación que lleva como título: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación familiar de los adolescentes del Instituto Rubén Darío, San Juan de Limay, 2019 realizada en la FAREM Estelí, podemos comparar este resultado de nuestros entrevistados con el resultado de esta investigación donde tiene similitud con la poca participación de los adolescentes en el programa de planificación familiar. En este trabajo realizado dice que la mayor parte de los adolescentes que tienen parejas sexuales, no acuden a los programas, y si vemos nuestros profesionales entrevistados dicen que es mínima la participación que hay en adolescentes en el programa, también hacemos la relación entre las respuestas de la encuesta realizada a los estudiantes de primer ingreso de la FAREM

Chontales, fue un porcentaje bajo el que afirmó la participación en los programas de planificación familiar.

Categoría: Índice de embarazos en adolescentes.

“Muchas adolescentes embarazadas de 13 años a más súper alto, la mayoría de los embarazos son de adolescentes, se podría considerar que un 100%, un 70 son embarazos en adolescentes”.

“Se ha crecido bastante porque hacen mal uso de los métodos anticonceptivos, aunque los compre, pero tal vez no tienen la información, suficiente para ellos estar bien informados”.

“Es súper altísimo aquí en Nicaragua y aunque existan métodos de planificación gratuitos es lo más que tenemos embarazadas adolescentes hasta con 2 o 3 hijos antes de los 20 años”.

“Es impresionante que tengamos un numero alto de embarazadas, es que a pesar de que se les brinda métodos gratuitos, hay un déficit de asistencia a las unidades de salud, creo que la falta de confianza será con el personal de la salud.

“Según mi conocimiento el índice de embarazadas es muy alto, a veces tenemos de 10 embarazadas más de la mitad son adolescentes”.

En Nicaragua la tasa específica de fecundidad adolescente es de 85 por cada 1000 adolescentes, esto según el informe de consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en países de América Latina y el Caribe realizado por UNFPA, 2021. El embarazo en adolescente sigue en aumento, reflexionamos sobre posibles causas y consecuencias de esta situación para las adolescentes y es importante que conozcamos algunas de las consecuencias establecidas según la

Revista con la A (FUNIDES, 2016); la información se considera unos de los puntos más significativos para el aumento de embarazos en adolescentes, más allá del conocimiento la dificultad también está en cómo usarlos; otro factor es la baja autoestima de las adolescentes por el menosprecio hacia las chicas, por su condición de género, no hay dialogo sobre temas de sexualidad, amor, noviazgos en esa etapa de la vida en las familias y escuela, la violencia sexual es otro de los más grandes factores de embarazos en niñas de 10 hasta 18 años, como podemos apreciar son tantos los motivos y las taza, de embarazos aumenta, siempre en todos los puntos de la sociedad.

Categoría: Propuesta de mejora a la problemática.

“Que existiera un grupo de adolescentes y que se les brinden planificación familiar siempre unida con el personal de salud”

“Sería muy importante la apertura de un club de jóvenes en donde ahí se les pueda dar capacitaciones con todo lo que tenga que ver con planificación familiar, ir les hablando de sexualidad”.

“Podemos hacer una red mejor de comunicación, explicarles más ampliamente a los chavalos, Sobre los temas de planificación porque casi siempre es un tabú, hay unos que no les gusta hablar de esos temas y entonces yo pienso que si lo abordamos más frecuentemente ya sea en las aulas de clase y todo eso, o hacer algunos talleres para estar más informados donde se les dé capacitaciones y sepan cómo utilizar los métodos anticonceptivos”.

“Educar siempre a la población y a los adolescentes, mantener los clubs de adolescentes activos, ahí aprenden mucho lo que es métodos de planificación”.

“Mantener activo un club de adolescentes, también sería teniendo una mini clínica base en la universidad donde ahí se lleven a cabo la educación mediante el mismo club y la oferta de salud gratuita en confianza”.

“Debería haber más educación con respecto a esta temática y sobre todo de sexualidad, bonito fuera que la universidad tuviera su propia clínica base para los adolescentes o cualquier persona que tenga la necesidad de aprender más sobre el tema y al mismo tiempo adquirí su método anticonceptivo, en confianza sin necesidad que ande comprando lo primero que se le ocurra, que sabemos que no es lo correcto”.

Muy importante la opinión de los participantes sobre la propuesta de intervención y se trata de educación, se requiere más educación en los adolescentes, y para nuestra universidad proponen abrir un club de adolescentes, donde la formación sea consecutiva y podamos establecer confianza y comunicación sobre la sexualidad y métodos de planificación familiar. Fueron tan semejantes las respuestas sobre la propuesta, que definitivamente se retomará y se realizará dicha propuesta de intervención.

4.3 TABLA 14: MATRIZ DE RELACIONES ENTRE CATEGORÍA

| Categoría | Participante 1 | Participante 2 | Participante 3 | Participante 4 | Participante 5 | Participante 6 |
|-----------------------------------|---|--|---|---|---|---|
| Conocimientos de programas | Existe el programa del ECMA, que se lleva a lugares, lejanos o comarcas donde se organiza en cada puesto de salud una brigada para capacitar a personas que brinden el método, ese es bien seguro y se lleva con buen orden y se lleva un programa cada mes para eso. | En algunos lugares se utiliza, existe el programa de ECMAC, que eso se utiliza se podía decir en los campos, en las comunidades, pero la mayoría de los SILAIS, están aplicando hoy en día están poniendo casa base en esas comunidades, entonces ese programa lo van como eliminando, en las normativas hay criterios que deben de tener las pacientes o pacientitos, que conforme a esos criterios así mismo se le va a cumplir en | Es el programa ECMAC, que esto se lleva a las comunidades a través de los ESAFC o de los brigadistas, son para personas que a veces se les dificulta para venir, entonces ellos lo llevan hacia la comunidad. | Conozco que los programas de planificación familiar son lugares establecidos con el fin de garantizar un método de planificación familiar al usuario o usuaria. | Se debe tomar en cuenta que las normas de planificación familiar que emplea el ministerio de salud son la base fundamental para el empleo de los métodos de planificación familia, es una norma segura y que contiene métodos también gratuitos que favorecen a la población. Los programas son los establecimientos donde se les garantiza su | Son lugares donde se les brinda un método a las personas que lo requieren, bien cabe, mencionar que las normativas son las utilizadas para la atención de los pacientes en dicho programa |

| | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|---|---|--|
| | | método que a ella le queda bien según su estado de salud. | | | método de planificación familiar, ahí se les lleva un seguimiento oportuno a todas las usuarias. | |
| Ventajas y Desventajas. | Cada uno de los métodos tienen diferencias entre las ventajas y desventajas, todos los métodos son fáciles de aplicar, pero también todos son fáciles de usar y eso va depender de la usuaria y depende de que categoría le corresponde a cada quien | Si cada método anticonceptivo tiene sus ventajas y desventajas y esto se le da a conocer a cada paciente, cuando él llega por primera vez que sería una captación de planificación familiar, entonces a él se le orienta todo con respecto a lo que es planificación familiar. | Todo método tiene sus ventajas y sus desventajas, que si lo utilizamos correctamente, y la personas se orientan pues vamos a tener buen uso de los anticonceptivos | Si tengo conocimiento acerca de las ventajas y desventajas de los métodos de planificación familiar, todos tienen un nivel de protección máximo si se emplean de manera segura, también es importante saber que solo la abstinencia es 100% segura. | Si tengo conocimiento no todas las ventajas y desventajas son iguales, digamos que esto depende también de cada usuario, de acuerdo a cada personalidad, o antecedentes de este, para categorizar mejor existen categorías de la planificación familiar que se utilizan con el fin de clasificar ver que ventaja tiene para este paciente y que ventajas para este otro, así mismo las desventajas. | Bueno, las ventajas de cada uno de los métodos varían según su dependencia, cada uno de ellos tienen sus propias ventajas y desventajas, y también su efectividad depende del método |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|
| Importancia de la planificación | Seria magnifico que la pareja cuando vaya a adquirir su planificación acuda junta, para darle todas las recomendaciones generales porque eso es en conjunto con las parejas. | Claro que si es importante es una decisión que tienen que tomar ambos como pareja, no solo la mujer y no solo el hombre. | Tiene mucho que ver porque los dos tienen que estar de acuerdo porque la planificación no es solo de la mujer, es en conjunto, por eso dice pareja, es un conjunto y lo más ideal es que platiquen y decidan cual es el mejor método para planificación de los dos | considero que, si es de mucha importancia que sea la planificación familiar para las parejas, porque como su nombre lo indica es planificación de Familia, es necesario que ellos planifiquen cuantos hijos quieren tener, y de echo que así debería ser que los 2, tanto el hombre como la mujer | Creo que es importante que el esposo o pareja de esta usuaria se dé cuenta todo lo que como personal abordamos con ella y se dé cuenta que la planificación es de ambos en esos momentos, es responsabilidad de ambos la decisión se está tomando en esos momentos. | La planificación familiar es muy importante para las parejas, ya que ambos necesitan el conocimiento necesario para la administración de cualquier método de planificación |
| Diferencia entre métodos | Método de emergencia le llamamos porque, a como dice la palabra es de emergencia y es utilizado una vez y después ya se le recomienda a la usuaria que después inicie su planificación familiar, una vez que haya utilizado el método de emergencia, o sea que | Los métodos de planificación familiar son los que ya se sabe que uno va a planificar, a decidir cuándo, uno tenga el deseo de quedar embarazado, que se estarían utilizando ya sea | La planificación es un método que se utiliza frecuentemente, decidimos planificar con un método y siempre lo estamos utilizando y los métodos de emergencia como su palabra lo dice de emergencia, tal vez se | Existe una gran diferencia y es que el primero se refiere a un método consecutivo que vas a estar por un periodo determinado con ese método, y el método de emergencia es a como la palabra lo dice solo para casos necesarios. | Los métodos de emergencia solo de utilizan para prevenir embarazos después de una relación sexual no protegida, en cambio los métodos de planificación familiar son | Según mi criterio, los métodos de planificación familiar son utilizados de manera ordenada con el fin de planear un embarazo cuando la pareja lo decida, mientras que los métodos de emergencia no son |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|--|
| | solo lo va utilizar una sola vez, | mensual, trimestral, o el uso del preservativo, mientras que el uso de los métodos de emergencia su nombre lo dice métodos de emergencia, solamente que haya pasado algo, | le olvido el método, tal vez no pudo ir en la fecha establecida o a veces una violación, o parejas separadas y no tienen parejas y en ese momento paso algo entonces ahí es donde debemos utilizar los métodos de emergencia | | utilizados de forma consecutiva o permanente. | utilizados para planificar, sino más bien para prevenir embarazos no deseados en situaciones de emergencias, |
| Crterios que se utilizan los métodos de Emergencia. | Solo una vez, no se pueden utilizar muchas veces. | El criterio es solo por emergencia, pero lo que pasa con los jóvenes es que no los orientamos bien, pienso que según los casos que hemos visto es falta de comunicación de los padres con los hijos primordial, porque se dice que la primera educación la recibimos en el hogar. | Una o dos veces al año solamente se puede utilizar por alguna eventualidad no prevista. | Solo se recomienda su uso para excepciones y estas suelen ser cuando hay una violación, cuando hay encuentros sexuales no planeados, esto solo se debe de realizar pocas veces al año | Por lo que solo se debe utilizar en situaciones especiales, los criterios deben de ser de acuerdo al caso de la paciente, en la utilización no tiene ninguna prescripción médica solamente que se tenga que utilizar antes de las 72 horas posterior al evento. | bajo el criterio solo de emergencia, cuando no tengamos otra alternativa, en una situación rápida |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|
| Participación de los adolescentes en el programa de planificación. | Hay bastante participación de adolescentes, son más los que acuden a la unidad de salud | Casi no participan y por lo mismo, algunos tienen sus parejas y sus papas no lo saben, de ende, se andan escondiendo de los vecinos para que no vayan a decirles a sus papas, | Se ve muy poco la verdad, porque a veces los chavalos tienen miedo o pena más bien de ir a los programas de adolescentes | No son muy activos por miedo que los juzguen o los acusen de que ya tienen pareja, también en esto influye la familia, falta de educación sexual en esa parte. | Hay un índice bajo y pienso que el bajo índice de participación de los adolescentes en los programas de planificación familiar se debe a la influencia de la sociedad y también a la educación que existe del joven | La participación de las y los adolescentes es muy inferior, según lo que hemos notado y discutido con el personal de salud es que puede ser falta de confianza, pero también la falta de información |
| Índice de Embarazos en adolescentes. | Muchas adolescentes embarazadas de 13 años a más | Súper alto, la mayoría de los embarazos son de adolescentes, se podría considerar que un 100%, un 70 son embarazos en adolescentes | Se ha crecido bastante porque hacen mal uso de los métodos anticonceptivos, aunque los compre, pero tal vez no tienen la información, suficiente para ellos estar bien informados. | Es súper altísimo aquí en Nicaragua y aunque existan métodos de planificación gratuitos es lo más que tenemos embarazadas adolescentes hasta con 2 o 3 hijos antes de los 20 años, | Es impresionante que tengamos un número alto de embarazadas, es que a pesar de que se les brinda métodos gratuitos, hay un déficit de asistencia a las unidades de salud, creo que la falta de confianza será con el personal de la salud, | Según mi conocimiento el índice de embarazadas es muy alto, a veces tenemos de 10 embarazadas más de la mitad son adolescentes |
| Propuestas de mejora a la problemática. | Que existiera un grupo de adolescentes y que se les brinden planificación familiar siempre unida | Sería muy importante la apertura de un club de jóvenes en | Podemos hacer una red mejor de comunicación, explicarles más | Educar siempre a la población y a los adolescentes, mantener los clubes de | Mantener activo un club de adolescentes, también sería | Debería haber más educación con respecto a esta temática y sobre |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|--|---|---|---|---|
| | con el personal de salud. | donde ahí se les pueda dar capacitaciones con todo lo que tenga que ver con planificación familiar, ir les hablando de sexualidad, | ampliamente a los chavalos, Sobre los temas de planificación porque casi siempre es un tabú, hay unos que no les gusta hablar de esos temas y entonces yo pienso que si lo abordamos más frecuentemente ya sea en las aulas de clase y todo eso, o hacer algunos talleres para estar más informados donde se les dé capacitaciones y sepan cómo utilizar los métodos anticonceptivo | adolescentes activos, ahí aprenden mucho lo que es métodos de planificación | teniendo una mini clínica base en la universidad donde ahí se lleven a cabo la educación mediante el mismo club y la oferta de salud gratuita en confianza. | todo de sexualidad, bonito fuera que la universidad tuviera su propia clínica base para los adolescentes o cualquier persona que tenga la necesidad de aprender más sobre el tema y al mismo tiempo adquirí su método anticonceptivo, en confianza sin necesidad que ande comprando lo primero que se le ocurra, que sabemos que no es lo correcto. |
|--|---------------------------|--|---|---|---|---|

***CONCLUSIONES Y
PROPUESTA DE
ACTUACION***

5. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

5.1 CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

Como se ha expuesto anteriormente el presente trabajo nació de la realidad que se vive en Nicaragua y en concreto en Juigalpa con respecto al índice de embarazos en adolescentes y la incógnita del uso de la planificación familiar en adolescentes, además de cómo afecta este problema en el ámbito educativo y en el crecimiento social de las personas en la comunidad. Es decir, entendiendo la necesidad de intervenir para mejorar esta problemática e integrar un círculo de educación para la salud en nuestra universidad.

Para nuestro caso, la educación para la salud conllevó acciones de promoción de la salud como la constitución de la propuesta de un grupo de ayuda para la concienciación sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos. Una estrategia que ayudara no solo al alumnado de nuestra alma Mater, sino también a una sociedad en general a tener elementos necesarios para poder solucionar posibles problemas sociales como son el incremento de embarazos en adolescentes; sin olvidar que la universidad sigue siendo otro ciclo más de aprendizaje y por lo tanto de educación y es aquí donde termina la última etapa de la adolescencia, aunque educar no es informar; la información es una parte importante de la educación.

Cuando hablamos de información nos referimos a proporcionar informaciones que aportan a quien se educa una parte del área cognitiva, es decir los conocimientos para poder desarrollar capacidades y comportamientos referente a la temática o a la problemática presentada.

Diferentes corrientes teóricas e investigaciones realizadas en diferentes contextos y hasta la actualidad indican que el manejo de la planificación no es

adecuado en adolescentes y jóvenes y esto es lo que viene pasando aquí en el contexto descrito y por supuesto, esto viene desde los hogares, mitos, creencias, etc., que traen consigo la falta de educación sexual y de planificación. En cuanto a los embarazos no deseados, nos encontramos ante un tema delicado ya que este viene de una cepa principal que es la que estuvimos abordando en esta investigación: El impacto de la planificación familiar en la adolescencia, cuestión de difícil erradicación y por lo que podemos y presentamos la disposición de realizar una propuesta de intervención para incidir en la prevención desde la universidad donde hemos trabajado. De modo que como investigadora se está consiente de todo el daño que causa este enorme problema y no solo al individuo en total parte también a la sociedad en general.

Esta tesis sobre el impacto de la planificación familiar en adolescentes desde la perspectiva de la educación y como lo es en mi caso una educadora de salud, nos lleva a trabajar para llegar hasta la planificación de la propuesta que mejorara la situación en nuestra comunidad universitaria y además de la comunidad, lo que favorecerá la educación para la salud en adolescentes.

Volvemos a retomar el concepto de educación para señalar que en este proceso debe ser multifactorial y de ida y vuelta; es decir, deben participar diferentes agentes como la familia que es el principal agente educativo, es por ello que deberá estar enterada del proceso de formación que tendrá su hijo o hija una vez estando en el ámbito universitario; otro agente de socialización es el círculo inmediato donde se mueve la adolescencia (iguales, amigos y amigas), por ello, es importante que en la propuesta se incluyan los amigos de manera que logren participar en conjunto, generalmente, este círculo conforma el entorno y puede favorecer a agravar el problema con el cual estamos trabajando. Otro agente es la figura profesional educadora, la cual es vital en cuanto a apoyo y actividad para

añadir valor significativo en la inserción correcta de planificación familiar y reducción de embarazos en adolescentes.

En definitiva, hemos pretendido hacer esta investigación con el propósito de transformar la realidad mediante el diseño de una propuesta de intervención, la cual daremos a conocer en el siguiente apartado y que persigue mejorar la salud social. Muchas de las conductas relacionadas con el impacto de la planificación familiar vienen condicionados por factores sociales como la religión, situación económica y familiar como la falta de educación sexual o los conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

Lo primero que debemos indicar es que nos situamos ante una investigación que se centra más en el ámbito cuantitativo, aunque también hemos realizado análisis cualitativo, pero siempre indicando predominio positivista. Como toda investigación social, su importancia radica en los resultados, en nuestro caso, se trata de acercarnos a la planificación de estrategia de carácter preventiva en el ámbito universitario y, para las conclusiones observadas en nuestra investigación debemos de partir de una serie de conocimientos según los objetivos específicos planteados:

El primer pilar hace referencia a los programas de planificación familiar y sexualidad, aquí también se trata la caracterización sociodemográfica del alumnado objeto de estudio. De lo anterior, hemos encontrado que la mayoría es de sexo femenino y que éstas presentan más conocimientos que los del sexo opuesto. Por otra parte, podemos observar que hay más participación del sexo femenino, y en general hay falta de información sobre planificación familiar y sexualidad.

El segundo hallazgo estriba sobre el conocimiento que tienen los

profesionales de salud sobre el programa de planificación familiar y su aplicación. Según los resultados de nuestra investigación podemos observar que tienen el suficiente conocimiento como para brindar enseñanza al alumnado y que este adquiriera las competencias necesarias sobre planificación y sexualidad, también es indispensable señalar que observan una minoría de jóvenes acudiendo a los programas y pese a ser el foco de tal problemática los embarazos en adolescentes.

El tercer hallazgo trata la valoración de los programas de planificación familia de Juigalpa, en este momento en cuanto al grado de satisfacción y opinión que tienen alumnado y profesionales de la salud, arroja que el estudiantado no se siente a gusto con sus conocimientos adquiridos hasta este momento, les gustaría recibir reforzamiento sobre información de planificación familiar y sexualidad. En el caso de profesionales, la satisfacción es muy buena y opinan que deberá existir en la universidad un círculo de adolescentes donde se refuercen conocimientos y además se brinde atención; de ser necesario, que participen adolescentes y jóvenes. Idea que se retomará para la propuesta de intervención.

El cuarto pilar radica en las necesidades de formación, información y propuestas de mejora en la materia de objeto de estudio. En éste se observa que dentro de las necesidades de formación e información están la comunicación, conocimiento de los programas de planificación, métodos anticonceptivos y sexualidad. De manera que, reforzar esa parte en el alumnado sería la base fundamental para ayudar a paliar esta problemática. La propuesta de intervención estará dirigida a adolescentes, en base a participar en la formación de una red de agentes que proporcione la mejor acción para reducir la problemática.

A continuación, se establece un informe para proyectar la propuesta de intervención en el cual se muestra una guía de medidas potenciales para la correcta elaboración de dicha propuesta.

5.2 LIMITACIONES.

Las limitaciones o problemas con los que la investigación puede encontrarse durante su desarrollo, consisten generalmente, en afrontar razones por las cuales no se complementa un asunto. El análisis y declaración de limitaciones de un proyecto lo dota de realismo y permite interpretar con mayor exactitud y relevancia de los resultados. A continuación, se detallan aquellos elementos que son considerados como limitaciones y dificultades de nuestro proceso de investigación:

- La recogida de la información fue una ardua tarea ya que había que conseguir el total de la muestra, en los primeros días de la apertura del año escolar no todas las personas asistían, cuestión que ralentizó la recolección de la información y nuestro estudio de investigación.
- Dificultad para ampliar la información ya que el ministerio de salud sólo cuenta con una normativa estandarizada sobre programas de planificación familiar.
- Dificultad para poder ejecutar la propuesta de intervención ya que se requiere de recursos económicos necesarios para desarrollarlo.

5.3. IMPLICACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIONES

Es importante promover la educación para la salud para la mejora de la calidad de vida de la población adolescente, específicamente de los estudiantes de la universidad donde se lleva a cabo este estudio. De este modo se podrá transformar las debilidades en oportunidades y prevenir la aparición de otros factores condicionantes; además supone la integración de un vínculo social entre jóvenes y adolescentes participantes.

A continuación detallaremos algunas implicaciones y líneas de investigación futuras que se puedan establecer:

1. Promover acciones de promoción y prevención de la salud sobre todo en el ámbito de la salud sexual, la planificación familiar y reducción de embarazos en adolescentes.
2. Campañas para obtener fondos económicos que sean dirigidos para la promoción de la salud en los adolescentes como grupo principal de riesgo de la sociedad.
3. El reconocimiento universitario a estos problemas que usualmente son los que más afectan el rendimiento escolar y el desarrollo social.
4. Formación de todo el profesorado que no tenga vinculación con el área de salud y se desee integrar a su formación de aspectos de educación para la salud.
5. Trabajar en la inclusión de red de agentes para fomentar la educación y conocimientos sobre planificación familiar y sexualidad.
6. Trabajar en el ámbito de la confianza, la interacción social, fundamentalmente la comunicación con los círculos que rodean el ambiente entre ellos amistades, familias y docentes.

5.4 PROPUESTA PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA.

5.4.1 DENOMINACIÓN O TEMA DEL PROYECTO.

Red de agentes adolescentes de la UNAN- FAREM – CHONTALES.

5.4.2 NATURALEZA DEL PROYECTO.

La infancia y juventud son etapas etarias que traen consigo mayor vulnerabilidad social, personas que deberán ser los agentes clave para el cambio social ya que son el futuro de una población.

En el presente estudio, se encuentran numerosas carencias de información y formación en esta etapa de la vida, sobre todo cuando hablamos de planificación familiar. El conocimiento que poseen no es lo suficiente como para tomar medidas que mejoren su calidad de vida. Por otra parte, cabe señalar la falta de comunicación y el aislamiento social.

Tras el análisis, se ha procedido a realizar la propuesta de intervención, sumando ideas aportadas por profesionales de la salud (que también fueron incluidos en un grupo de estudio), logramos determinar que lo que se pretende es crear un círculo de adolescentes, que cuente con los recursos necesarios para lograr obtener una mejora a nuestra problemática.

Hablar de círculo de los adolescentes significa formar y educar abriendo caminos y caminos a la juventud para así lograr organizar mejor sus ideas mediante orientaciones por parte de profesionales. Además, este círculo es un medio para que los y las adolescentes puedan tener un espacio de interacción y agrupación social para mejora de su condición y calidad de vida.

En este proyecto se busca que quienes participan vayan logrando mejorar sus ideas y fundamentalmente su estilo de vida. Que haya más acercamiento, de manera que se establezca una comunicación más fluida y la confianza sea más extendida para lograr entender su comportamiento y brindar ayuda.

5.4.3 JUSTIFICACIÓN.

La estrategia de círculos de adolescentes ya está planteada según el ministerio de salud. No obstante, algunas veces no se lleva a cabo por el espacio, tiempo y dedicación. En la universidad es muy raro que existan círculos de adolescentes, sin embargo, según la normativa establecida, se trata de un elemento de vital importancia en todas las escuelas y también en universidades. En este caso, la estrategia es proporcionar un espacio en la universidad con el fin de abordar temas de interés en la adolescencia y fomentar la comunicación y participación.

Esta estrategia tiene como un eje principal las actividades o sesiones educativas, según la normativa (MINSA, 2014), son 19 sesiones las cuales se desarrollan según las características de quienes participen, para desarrollar o llevar a cabo los círculos de adolescentes se necesitan participantes entre 10 a 19 años, en nuestro caso serían adolescentes entre 16 y 19 años y se recomienda la participación tanto del sexo masculino como el femenino.

Trabajar con adolescentes puede ser sencillo o también representar un reto, si se pretende ofrecer una atención integral detectando dificultades asociadas a conductas de riesgo y ofreciendo orientación en la detección de hábitos que no son adecuados en esta etapa de la vida. Con lo anterior, hay que tener en cuenta que en la salud intervienen no sólo las acciones de cuidado que realizan los servicios de salud, sino también y en igual medida, las acciones de autocuidado y cuidado mutuo, a partir de las informaciones y apoyo que obtienen de su red social y que resultan sustantivas al momento de tomar decisiones respecto de su propia salud y

la de los demás. Principios básicos sobre los que asientan los círculos objeto del proyecto de intervención.

En el enfoque de promoción de la salud se encuentran los aprendizajes para el autocuidado y cuidado mutuo de la salud, en el presente caso, de la importancia de la planificación familiar y la reducción de embarazos en adolescentes. Por ello, se pretende que este círculo funcione de una manera integral y que se gestione y se hagan actividades para su propia sostenibilidad.

Los círculos de adolescentes funcionan en lugares donde no existen condiciones para desarrollar las actividades, como por ejemplo en escuelas, colegios, instituciones (Universidad), casas de maternidad, casas municipales de adolescentes y jóvenes, casas comunales o establecimientos de salud entre otros. La ubicación del espacio físico debe ser un lugar accesible que tenga seguridad para realizar las sesiones de forma adecuada, podemos localizar un local desocupado en el establecimiento de alguna institución, en nuestro caso de la universidad, podría ser una sección desocupada. En el caso de que el grupo fuese numeroso se optaría por su división en subgrupos.

Es importante la aceptación de los padres/madres o tutores de familia sobre la participación de las y los adolescentes en los Círculos. Cuando se integran al grupo, el responsable debe tener en cuenta la comunicación con los padres/madres o tutores familiares. Conforme avance el desarrollo de las actividades se buscará como fortalecer los lazos de los hijos/as con sus padres/madres o tutores.

5.4.3 OBJETIVOS

- Capacitar al alumnado sobre las diferentes temáticas de educación para la salud en adolescentes.
- Mejorar la comunicación entre adolescentes y el vínculo social que le rodea.

5.4.4 DESARROLLO

Pasos para la Organización de los Círculos de Adolescentes

Para que las acciones de los Círculos Adolescentes se lleven a cabo, el modelo de organización tiene varios pasos con un orden lógico:

- Captación de adolescentes (de preferencia con autorización de sus padres/madres o tutores).
- Capacitación básica inicial.
- Identificación del círculo.
- Instrucciones Básicas para el funcionamiento de los Círculos de Adolescentes.
- Conformación de la Junta Directiva.
- Promotora de Pares.
- Selección y Formación de Promotores de Pares (Adolescentes)

CONTENIDOS A DESARROLLAR:

Los contenidos a trabajar en el círculo de adolescentes, serían los siguientes:

- La educación para la salud.
- Educación para la prevención del embarazo en adolescentes.

- Educación sexual (utilización de métodos anticonceptivos y planificación familiar)

Aquí se abordarán estas temáticas, pero también se dará respuesta a las inquietudes de la juventud, en este lugar se pretende tener siempre un objetivo y será mejorar el problema de planificación familiar para la reducción de embarazos en adolescentes. Con estas actividades a realizar se pretende llegar al objetivo propuesto, sin perder de vista que el círculo no puede ser algo aislado del resto de la vida de la persona joven, es integrada totalmente a un ambiente determinado; es decir, es un medio, nunca un fin. El profesorado, por lo tanto, deberá estar en continua evaluación tanto de las necesidades del público objetivo como de sí y en constante actualización de los temas a desarrollar.

METODOLOGÍA.

La educación para la salud debe trabajar con una pedagogía más indicadora para perseguir que el alumnado se logre involucrar con el proceso de Enseñanza – Aprendizaje y así alcanzar el fin del propósito de la educación y el conocimiento, así lo refiere López Noguero (2007), partiendo de que la metodología debe ser más activa, participativa y poco verbalista, lo que significa que lo más importante de aprender no es lo que enseñe el profesorado si no lo que el alumnado aprenda.

En este tipo de trabajo educativo el profesional desempeña un rol de facilitación de ayuda y de apoyo, los y las participantes son quienes aprenden, el educador o la educadora facilita y orienta las siguientes funciones:

- Funciones, asociadas al rol. Es fundamental la preparación de la sesión y la gestión de las actividades educativas, el tiempo, el espacio donde se desarrolla la actividad, el clima.
- Actitudes, entre las que tenemos: aceptación, congruencia, valoración positiva y empatía. Y a nivel más concreto el clima que se crea en la sesión algunos comentan que el clima es un reflejo de la comunicación educador y educando.
- Habilidades: La comunicación constituye una herramienta básica profesional en la práctica médica diaria pero es una habilidad especialmente importante en el trabajo de la Educación para la salud. Son elementos importantes del proceso de comunicación: la transmisión de mensajes, la escucha y recepción de mensajes y la respuesta.

Recursos didácticos a utilizar.

Entre los recursos didácticos tendremos estrategias de enseñanza aprendizaje, videos, charlas educativas, lluvias de ideas, manejo grupal, imágenes entre otros.

✓ La charla educativa:

Es una técnica que aún se usa, cuando el tiempo del que disponen los oyentes es corto 15 a 20 minutos. Se debe utilizar un lenguaje sencillo y estructural de la siguiente manera: Introducción, motivación, objetivos, cuerpo de la charla, resumen, evaluación y bibliografía. Es una técnica informal, muy fácil de planear, que permite la participación del público en el tema tratado.

Una de las características sobresalientes de la charla es que cada uno de los interlocutores tendrá su espacio para hablar y expresarse y está generalmente

condicionada por el marco en el cual se desarrolla, además es una de las maneras más sencillas de brindar información.

✓ **Lluvia de ideas o Brainstorming:**

Es una técnica de grupo que permite la generación de ideas originales en un ambiente relajado en el menor tiempo posible. Las ideas son presentadas sin restricciones ni limitaciones.

El objetivo de la lluvia de ideas es, poner en conocimiento común el conjunto de ideas o saberes que cada una de las personas participantes tiene sobre un tema y colectivamente llegar a una síntesis, conclusiones o acuerdos comunes. Esta se deberá utilizar cuando exista la necesidad de: Liberar la creatividad de los equipos, generar un número extenso de ideas para identificar problemas causas o soluciones, involucrar a todas las personas en el proceso e identificar oportunidades para mejorar.

Temáticas:

Tabla 15: Comunicación familiar

| Temáticas | Nombre de la técnica | Métodos | Materiales |
|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| Composición familiar | Si yo hubiera nacido en otra familia. | Reflexión, cambio de perspectiva | Hojas de papel, lápiz. |
| Relaciones dentro de la familia | Si yo fuera tú... | Reflexión, cambio de perspectiva | Hojas de papel, lápiz. |
| Relaciones intrafamiliares. | Tener una familia así... | Reflexión, cambio de perspectiva | Hojas de papel, lápiz. |

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16: Sexualidad y Embarazo en adolescencia

| Temáticas | Nombre de la técnica | Métodos | Materiales |
|---|-----------------------------|--------------------------------|--|
| Recapitulación | ¿Qué hemos aprendido? | Reflexión | |
| Factores de riesgo en el embarazo | A mí nunca me va a pasar | Reflexión y discusión | |
| Consecuencias del embarazo en la adolescencia | Collage | Trabajo en equipo colaborativo | Revistas, recortes, periódico. Hoja de papel paleógrafo, Resistol, tijeras. |
| Factores que ayudan a prevenir el embarazo en la adolescencia | Todo a su tiempo | Expresión de opiniones | Hojas de paleógrafo, marcadores permanentes, cinta adhesiva, copias de mensaje |
| Cierre | ¿Qué aprendimos hoy? | Plenaria | Hoja de paleógrafo y marcadores permanentes |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 17: Planificación familiar y métodos anticonceptivos.

| Temáticas | Nombre de la técnica | Métodos | Materiales |
|--|-----------------------------|--------------------------------|--|
| Recapitulación | ¿Qué hemos aprendido? | Reflexión | |
| Factores que influyen en la planificación familiar. | Foro | Reflexión y discusión | |
| Importancia de la planificación familiar y de los métodos anticonceptivos. | Reflexión grupal | Trabajo en equipo colaborativo | Hoja de papel paleógrafo, Resistol, tijeras. Marcador |
| Tipos de métodos anticonceptivos | Que método puedo usar. | Expresión de opiniones | Hojas de paleógrafo, marcadores permanentes, cinta adhesiva, copias de mensaje |
| Cierre | ¿Qué aprendimos hoy? | Plenaria | Hoja de paleógrafo y marcadores permanentes |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 18: Recursos didácticos.

| Recurso didáctico | Nombre del recurso | Disponible en... | Vista previa o imagen de portada. |
|-------------------|--|---|---|
| Video | Cuida tu Cuerpo, Cuida tu Futuro: Métodos Anticonceptivos | https://youtu.be/fXEKiQAI1-c?t=6 |  |
| | Métodos anticonceptivos | https://youtu.be/NdEKzIittk?t=6 |  |
| Libro | Educación para la salud y Prevención de riesgos psicosociales. En adolescentes y jóvenes | Morón Marchena, J., Pérez Pérez I., y Pedrero E. books.google.com.ni |  |
| | Habla con ellos de sexualidad. | https://planetadelibroscom.cdnstatics2.com/usuarios/libros/fotos/299/m_libros/portada_habla-con-ellos-de-sexualidad_elenacrespi_201906141423.jpg |  |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | Normativa 002- Segunda Edición Norma Y Protocolo De Planificación Familiar | http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-de-Regulaci%C3%B3n-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2015/Normativa-002-Segunda-Edicion-Norma-Y-Protocolo-De-Planificaci%C3%B3n-Familiar/ |  |
|--|--|---|---|

Fuente: Elaboración propia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRÁFICAS



-
- Alford S, Cheetham N, Hauser D. Science and success in developing countries: holistic programs that work to prevent teen pregnancy, HIV and sexually transmitted infections. Washington, DC: Advocates for Youth; 2006.
 - Alonso, M.; Doménech. (2005) *Anticoncepción de Emergencia*. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO. Pág. 13.
 - Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII; 2018.
 - Arias, I., Itzel., Cruz, G., & Ramírez, L. (2014). Perspectivas y factores que inciden en el inicio de vida sexual en adolescentes. *Revista Científica de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 2(4), 38.
 - Ariza C, Casatmijana M, Juárez O, Serrat G, Vallverdú I. *Avaluació del Programa Salut i Escola, Barcelona, curs 2016-2017*. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona, Agència de Salut Pública; 2018.
 - Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54(5), 317-326.
 - Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
 - ARROYO, M. (1993A). EL PROCESO EDUCATIVO Y LOS PROCESOS DE DESARROLLO HUMANO. *EDUCADORES*, 35, (166).
 - ARROYO, M. (1993B). INTENCIONALIDAD Y EFICIENCIA EN LA NOCIÓN DE EDUCACIÓN. ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO--CRÍTICO. *EDUCADORES*, 35, (167).

- Asamblea General de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Declaración y Programa de Acción de Viena. Viena: Naciones Unidas; 1993.
- ASENJO, M.A. (1999). *LAS CLAVES DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA*. BARCELONA: GESTIÓN 2000.
- Ashcraft A, Murray P. Talking to Parents About Adolescent Sexuality. *Pediatr Clin N Am*. 2017;64:305–20.
- Ashton J, Seymour H. *La nueva salud pública: La experiencia de Liverpool*. Barcelona: Masson;1990.
- Ashton J, Seymour H. *La nueva salud pública: La experiencia de Liverpool*. Barcelona: Masson; 1990.

B

- Baker KE. Online pornography – Should schools be teaching young people about the risks? An exploration of the views of young people and teaching professionals. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*. 2016; 16:213–28.
- Ballester, Lluís, & Orte, Carmen, & Oliver, J (2003). *ANÁLISIS CUALITATIVO DE ENTREVISTAS*. *Nómadas (Col)*, (18),140-149.[fecha de Consulta 31 de Marzo de 2022]. ISSN: 0121-7550. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105117890013>.
- Ballester-Arnal R, Gil-Llario MD, Ruiz-Palomino E, Giménez-García C. Effectiveness of a brief multicomponent intervention to HIV prevention among Spanish youth. *AIDS Behav*. 2017; 21:2726–2735.
- Baltodano, N & Rivera O. (2017) *Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en estudiantes del Instituto de secundaria Miguel de Cervantes del Municipio de Managua en el periodo comprendido de febrero- abril 2016*. Trabajo Monográfico para optar al título de Médico y Cirujano. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas, Recinto Universitario Rubén Darío. Managua.

- BARRIGA, S. (1995). CONTRADICCIONES EN LA PROMOCIÓN DE SALUD. LA SALUD ¿PARA QUÉ? EN J.A. MORÓN MARCHENA (DIR.). LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO COMUNITARIO. 15-29. SEVILLA: DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE SEVILLA.
- Belando Montoro, M., & López Meneses, E. (2007). Una propuesta para la mejora de la intervención socioeducativa del educador social a través de los recursos telemáticos aplicados al ámbito de la educación para la salud. *Revista Latinoamericana De Tecnología Educativa - RELATEC*, 2(1), 51-71. Recuperado a partir de <https://relatec.unex.es/article/view/13>
- Beltrè L. (2017) *Diseño e Implementación de un Programa de Intervención en educación sexual y prevención de embarazo dirigido a adolescentes y docentes*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia, Distrito educativo 01-03, Municipio de Barahona RD.
- Benedicto J, dir. Informe Juventud en España 2016. Madrid: Instituto de la Juventud; 2017.
- Berglas NF, Constantine NA, Ozer EJ. A rights-based approach to sexuality education: Conceptualization, clarification and challenges. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014; 46:63–72.
- Betanco, E; Meneses, F; Morales, M. Y Guevara, M. (2019) *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación familiar de los adolescentes del Instituto Rubén Darío, San Juan de Limay*. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA. UNAN- MANAGUA, 2009.
- Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. BOE, núm. 106, de 4 de mayo de 2006.
- Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE, núm. 55, 4 de marzo de 2010.
- Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. BOE, núm. 295, de 10 de diciembre de 2013.
- Boletín Oficial del Principado de Asturias. Decreto 43/2015, de 10 de junio, por el que se regula la ordenación y se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en el Principado de Asturias. BOPA, núm. 150, de 30 de Junio de 2015.

- Boletín Oficial del Principado de Asturias. Ley del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género. BOPA, núm. 64, de 18 de marzo de 2011.
- Borga-González, J., y Del Pozo-Serrano, F. J. (2017). Educación para la salud con adolescentes: un enfoque desde la pedagogía social en contextos y situaciones de vulnerabilidad. *Salud uninorte*, 33 (2), 213–223. <https://www.redalyc.org/pdf/817/81753189014.pdf>
- Borja, J. y del Pozo Serrano, F. (2017) "Educación para la salud con adolescentes: un enfoque desde la pedagogía social en contextos y situaciones de vulnerabilidad." *Salud Uninorte*, vol. 33, no. 2, 2017, pp.213-223. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81753189014>.
- Bouché Peris, J. H., Feroso, P., Larrosa Bondía, J., & Sacristán Gómez, D. (2009). La Antropología de la Educación como disciplinas: proyecto de diseño. *Teoría De La Educación. Revista Interuniversitaria*, 7(1). <https://doi.org/10.14201/3067>
- BOUCHÉ, H. Y OTROS (1998). *ANTROPOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN*. MADRID: DYKINSON
- Bravo A, Fernández J, García M, et al. El comportamiento y las actitudes sexuales de la juventud asturiana. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias; 2005.
- Breuner CC, Mattson G, AAP COMMITTEE ON ADOLESCENCE, AAP COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20161348.
- Breuner CC, Mattson G, AAP COMMITTEE ON ADOLESCENCE, et al. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20161348.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Brown, B. B. (2004). Adolescents' relationships with peers. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., pp. 363-394). Wiley.

- Buhi ER, Klinkenberger N, McFarlane M, et al. Evaluating the Internet as a sexually transmitted disease risk environment for teens: findings from the communication, health, and teens study. *Sex Transm Dis.* 2013;40:528–33.
- Buhi ER, Klinkenberger N, McFarlane M, Kachur R, Daley EM, Baldwin J, et al. Evaluating the Internet as a sexually transmitted disease risk environment for teens: findings from the communication, health, and teens study. *Sex Transm Dis.* 2013;40:528– 533.

C

- Callejas, S., Fernández, B., Méndez, P., León, T., Fábrega, C., Villarán, A., Rodríguez, O., Quirós, R., Fortuny, A., López, F., & Fernández, O. (2005). *Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo.* *Rev. Esp. Salud Pública* 2005; 79: 581-589. N.º 5 - Septiembre-Octubre 2005.
- Calvo Fernández, J.R. Et Al. (1996). Educación para la salud. Conceptos y métodos, EN MACÍAS GUTIÉRREZ, B.E. Y AROCHA HERNÁNDEZ, J.L. (DIRS.): *SALUD PÚBLICA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.* LAS PALMAS: ICEPSS, 371-381.
- Casadiego, W. (2014). *Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en un grupo de adolescentes.* Valencia.
- CASTILLO LEMEE, F. (1993): La escuela promotora de salud. En A. García (Coord.), *Claves de Educación para la salud.* Murcia: D.M.
- Chaaban, J. & Cunningham, W. (2011). *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend.* Washington, DC: World Bank.
- Chandra-Mouli V, Lane C, Wong S. What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. *Glob Health Sci Pract.* 2015;3:333–340.
- Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, Chattopadhyay SK, Jacob V, et al. The effectiveness of group-based comprehensive risk reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus and sexually transmitted infections. *Two*

systematic reviews for the guide to community preventive services. *Am J Prev Med.* 2012;42:272–294.

- Connell RW. *Gender and power.* Stanford, CA: Stanford University Press; 1987.
- CONSEJO DE LA JUVENTUD DE ESPAÑA (1997). *GUÍA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS.* MADRID: C.J.E.
- Cronin J, Heflin C, Price A. Teaching teens about sex: A fidelity assessment model for Making Proud Choices. *Eval Program Plann.* 2014;46:94–102.
- Cruz, W. y Castillo, L. (2015). *Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las adolescentes embarazadas acerca de los métodos anticonceptivos.* Atendidas, en el centro de salud Francisco Morazán de enero-junio del año 2013. Trabajo monográfico para optar al título de doctor en medicina y cirugía, Universidad nacional Autónoma de Nicaragua facultad de Ciencias Médicas, Managua Nicaragua.
- Cruz-Torres, C.; Correa-Romero, F.; & García y Barragán, L.; & García-Campos, T. (2016). *Ser padres o estudiar: análisis de actitudes implícitas y explícitas en adolescentes.* *Psicología Iberoamericana*, 24(2), 26-33. [Fecha de Consulta 25 de Febrero de 2021]. ISSN: 1405-0943. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1339/133949832004>.

D

- Denno D, Hoopes A, Chandra-Mouli V. Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support. *J Adolesc Health.* 2015; 56 (Supl 1):22-41.
- Díaz Barriga, A (1995), "La escuela en el debate modernidad-posmodernidad", en A. de Alba (comp.), *Posmodernidad y educación*, México, CESU-UNAM/M.A. Porrúa.
- Díaz, Y., Pérez, L. y Báez, F. (2012). *Generalidades sobre promoción y educación para la salud.* Overview on promotion and health education. Cuba.

- Donas Burak, S. (2001). Adolescencia y juventud: Viejos y nuevos desafíos en los albores del nuevo milenio. En: S. Donas Burak. (Edt.) *Adolescencia y juventud en América Latina* (23-39). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Donas Burak, S. (2001). Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescentes. En: S. Donas Burak. (Edt.) *Adolescencia y juventud en América Latina* (469-487). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Donas Burak, S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes. En: S. Donas Burak. (Edt.) *Adolescencia y juventud en América Latina* (489-499). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Duberstein L, Maddow-Zimet I. Consequences of sex education on teen and young adult sexual behaviors and outcomes. *J Adolesc Health*. 2011; 51:332–338.
- Duberstein L, Maddow-Zimet I. Consequences of sex education on teen and young adult sexual behaviors and outcomes. *J Adolesc Health*. 2012;51:332–338.
- Duflo, E., Dupas, P., Kremer, M. & Sinei, S. (2006). *Education And HIV/AIDS Prevention: Evidence From A Randomized Evaluation In Western Kenya* <https://doi.org/10.1596/1813-9450-4024>
- Duflo, E., Dupas, P., Kremer, M., & Sinei, S. (2006). Education and HIV/AIDS prevention: evidence from a randomized evaluation in Western Kenya. *World Bank Policy Research Working Paper*, (4024).
- Durbenstein L, Maddow-Zimmer I, Boonstra H. Changes in adolescents' receipt of sex education, 2006-2013. *J Adolesc Health*. 2016; 58:621–627.

E

- Elliott L, Henderson M, Nixon C, Wight D. Has untargeted sexual health

promotion for young people reached its limit? A quasi-experimental study. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67:398–404.

- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton.
- Espada JP, Morales A, Orgilés M, Piqueras J, Carballo JL. A review of school HIV/AIDS prevention programs in Spain. *Int J Hisp Psychol*. 2013;5:99–112
- Espada JP, Orgilés M, Morales A, Ballester R, Huedo-Medina TB. Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. *AIDS Educ Prev*. 2012; 24: 500–513.
- Espada JP, Orgilés M, Morales A, et al. Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. *AIDS Educ Prev*. 2012; 24:500–13.
- Espinoza, E. (2018). *Las variables y su Operacionalización en la investigación educativa*. Parte I. *Revista Conrado*, 14(65), 39-49. Recuperado de <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>.
- EWEC. *The global strategy for women’s, children’s and adolescents’ health (2016– 2030)*. New York, NY: United Nations; 2015.

F

- Fallas M, Artavia C, Gamboa A. Educación sexual: orientadores y orientadoras desde el modelo biográfico y profesional. *Revista Electrónica Educare*. 2012;165:53–71.
- FLORES, M.D. (COORD.) (2003). *LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA PERSPECTIVA PEDAGÓGICA*. VALENCIA: NAU LLIBRES.
- Folch C, Álvarez JL, Casabona J, et al. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. 2015;89:471–85.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2017). *Planificación familiar*. Recuperado de [enlace]

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020). Informe sobre la Situación de la Población Mundial. Recuperado de [enlace]
- Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2014; 9(3):e89692.
- FORTUNY, M. (1984). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. TESIS DOCTORAL. UNIVERSIDAD DE BARCELONA.
- Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. 30th Anniversary Edition. New York, NY: Continuum Books; 2000.
- FUNIDES. (2016). *“Embarazo en adolescentes en Nicaragua. Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua”*. Serie de documentos de trabajo Número 7. <https://conlaa.com/embarazos-en-adolescentes-en-nicaragua-posibles-causas-consecuencias/>.

G

- Gaete, V. (2015). *Desarrollo psicosocial del adolescente*. Revista chilena de pediatría, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>.
- Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. . Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. (2014) 121:40–8. doi: 10.1111/1471-0528.12630, PMID: - [DOI](#) - [PubMed](#)
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1990). *CIENCIAS SOCIALES Y EPISTEMOLOGÍA*. BARCELONA: PPU/DM.
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1991). *TRABAJO SOCIAL Y ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL. LA DIMENSIÓN PEDAGÓGICA DE LA ACCIÓN SOCIAL*. VALENCIA: NAU LLIBRES.
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1992). *LA PEDAGOGÍA SOCIAL EN SU CONTEXTO*. BARCELONA: PPU/D.M.

- GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1997). LAS TAREAS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD ANTE EL SIDA Y SUS EFECTOS EN EL SISTEMA DE GÉNERO. *PEDAGOGÍA SOCIAL*, N° 15-16; JUNIO-DICIEMBRE; PP. 123-136.
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. ET AL. (2000). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD. TEXTO GUÍA*. MURCIA: I.C.E. UNIVERSIDAD DE MURCIA/D.M.
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. Y BENITO MARTÍNEZ, J. (1996). LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA EDUCATIVA. *REVISTA DE PEDAGOGÍA SOCIAL*, N° 14, DICIEMBRE; PP. 135- 145.
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. Y ESCARBAJAL DE HARO, A. (1997). EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PERSPECTIVA DEL BIENESTAR, EN J. SÁEZ CARRERAS (COORD.), *TRANSFORMANDO LOS CONTEXTOS SOCIALES: LA EDUCACIÓN EN FAVOR DE LA DEMOCRACIA*. MURCIA: D.M. PP. 119-134.
- GARCÍA MARTÍNEZ, J.A, SÁEZ CARRERAS, J. Y ESCARBAJAL DE HARO, A. (2000). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD. LA APUESTA POR LA CALIDAD DE VIDA*. MADRID: ARÁN.
- García Y, Aguilera EM, Reyero M, Martín S, coords. Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España. Madrid: Alianza por la Solidaridad y otros; 2016.
- García, E., Menéndez, E., Fernández, P. & Cuesta, M. (2012). *Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes*. International Journal of Psychological Research, vol. 5, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 79-87. Universidad de San Buenaventura. Medellín, Colombia. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539010>
- García-Cabeza B, Sánchez Bello A. Sex education representations in Spanish combined biology and geology textbooks. International Journal of Science Education.2013; 35:1725–1755.
- García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stockl H, Watts Ch, Abrahams N. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Resumen de orientación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
- García-Vázquez J, Lena A, Arias-Magadán S. Educación sexual: opiniones y

- propuestas del alumnado y profesorado de los institutos de secundaria de Asturias, España. *Glob Health Promot.* 2014; 21:74–82.
- García-Vázquez J, Lena A, González C, Blanco AG. Ni Ogros ni Princesas. Programa para la Educación Afectivo-sexual en la ESO. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2009.
 - García-Vázquez J, Lena A, Suárez O. Evaluación de proceso del programa de educación afectivo-sexual Ni ogros ni princesas. *Glob Health Promot.* 2012; 19:78–86.
 - García-Vázquez J, Lena A, Suárez O. Evaluación de proceso del programa de educación afectivo-sexual Ni ogros ni princesas. *Global Health Promot.* 2012; 19:78–86.
 - García-Vázquez J, Quintó Ll, Agülló-Tomas E. Impact of a sex education programme in terms of knowledge, attitudes and sexual behaviour among adolescents in Asturias (Spain). *Global Health Promot.* 2019. doi: 10.1177/1757975919873621
 - García-Vázquez J. Sexualidades, una propuesta para la ESO. Oviedo: Consejería de Sanidad; 2019.
 - Gay J, Hardee K, Croce-Galis M, Kowalsky S, Gutari C, Wingfield C, et al. What works for women and girls: Evidence for HIV/AIDS interventions. New York, NY: Open Society Institute; 2010.
 - Generalitat de Catalunya. Programa Salut i Escola. Guia d'implantació. Barcelona: Departament de Salut; 2008.
 - Gobierno de Castilla-La Mancha. Informe del desarrollo del pilotaje del nuevo currículo de igualdad, tolerancia y diversidad en centros educativos de castilla-la mancha durante el curso 2018-2019. Toledo: Consejería de Educación, Cultura y Deportes; 2019.
 - Gobierno de España. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
 - Gobierno de España. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
 - Gobierno de Navarra. El programa SKOLAE, un itinerario para aprender a

vivir en igualdad. Pamplona: Departamento de Educación; 2019.

- Gobierno del Principado de Asturias: Astursalud. Ni ogros ni princesas [Internet]. Consejería de Salud del Principado de Asturias; Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/ni-ogros-ni-princesas>
- Goesling B, Colman S, Trenholm C, Terzian M, Moore K. Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual risk behaviors: A systematic review. *J Adolesc Health*. 2014; 54:499–507.
- Gogna, M., y Binstock. G. (2007). *Anticoncepción y maternidad*: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas. *Salud Colectiva*, vol. 13, núm. 1, 2017, pp. 63-72. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73150530006>.
- Goicolea, I., Öhman, A., Salazar Torres, M., Morras, I., & Edin, K. (2012). Condemning violence without rejecting sexism? Exploring how young men understand intimate partner violence in Ecuador. *Global health action*, 5(1), 18049.
- Goicolea, I., Ohman, A., Salazar, T., & Edin, K. (2016). *Condemning violence Without rejectin*. Exploring how Young men Understand Intimate enter violence in Ecuador, *global Health Accios* 5. 1- 12.
- Gómez A, Desamparados M. Eficacia del Programa de Intervención en Educación Sexual en Estudiantes de Secundaria. *Enfermería Comunitaria*. 2019; 15.
- Gómez-Zapiain J, Del Campo A, Inza A, Ibaceta P. Ente moעדá. Programa de educación afectivo sexual para la Educación Secundaria Obligatoria. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2004.
- Gómez-Zapiain J, Ibaceta P y Pinedo JA. Programa de educación afectivo sexual Uhin Bare. Educación Secundaria Obligatoria. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2000.Evaluación interna
- Gómez-Zapiain J. Sexualidad en la adolescencia de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Perfiles de comportamiento sexual y estado de la educación sexual en la Educación Secundaria Obligatoria del País Vasco. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2013.

- Gómez-Zapiain J. Sexumuxu. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2012.
- GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, A. Y GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1997). ¿ES SOCIALMENTE ÚTIL LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD?, EN J.A. MORÓN (DIR), *EDUCACIÓN PARA LA SALUD: FUNDAMENTOS Y*
- GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, A. Y GARCÍA MARTÍNEZ, A. (1998). *CLAVES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. MURCIA: D.M.
- González, Y.; Hernández, I.; Conde, M.; Hernández, R.; & Brizuela, S. (2010). *El embarazo y sus riesgos en la adolescencia*. Archivo Médico de Camagüey, 14(1). [Fecha de Consulta 7 de Marzo de 2022]. ISSN: .Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116130013>.
- Gordon P. Review of sex, relationships and HIV education in schools. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2008.
- Gutiérrez, M. (2013). *La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo family planning as a basic tool for development*. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30(3):465-70.
- Guzmán, Virginia. (2001). La institucionalidad de género en el estado: nuevas perspectivas de análisis. Serie Mujer y Desarrollo No. 32, marzo, CELADE, Santiago de Chile. www.eclac.cl/mujer
- LEVI Y ANDERSON, L. 1980 La tensión psicosocial. Población, Ambiente y Calidad de Vida Ed. El manual moderno; México

H

- Haberland N, Rogow D. Sexuality Education: Emerging trends in evidence and practice. J Adolesc Health. 2015; 56(Supl 1):15–21.
- Haberland N. The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2015;41:31–42
- Haberland N. What happens when programs emphasize gender? A review of the evaluation research. Presented at UNFPA global technical consultation on

comprehensive sexuality education. Bogota: United Nations Population Fund; 2010.

- Hadley A, Chandra-Mouli V, Ingham G. Implementing the United Kingdom Government's 10-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): applicable lessons for other countries. *J Adolesc Health*. 2016;59:68–74.
- Halpern CT. Reframing research on adolescent sexuality: Healthy sexual development as part of the life course. *Perspect Sex Reprod Health*. 2010; 42:6–7.
- Harden KP. A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. *Perspect Psychol Sci*. 2014; 9:455–469.
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ta Edición. México D.F. Editorial: McGraw-Hill/ Interamericana editores S. A, DE C. V.
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta Edición. México D.F. Editorial: McGraw-Hill/ Interamericana editores S. A, DE C. V.
- Horvath MAH, Alys L, Massey K, et al. Basically... porn is everywhere: a rapid evidence assessment on the effects that access and exposure to pornography has on children and young people. London: Middlesex University, Office of the Children's Commissioner for England; 2013.

I

- IPPF. Derechos sexuales: una declaración de IPPF. *Derechos Sexuales*. Londres: Federación Internacional de Planificación de la Familia; 2010.
- IPPF. Todos tienen derecho al conocimiento: educación integral en sexualidad para toda la gente joven. Londres: Federación Internacional de Planificación de la Familia; 2016.

- Issler, J. R. (2001). Embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la de la VI Cátedra de Medicina, 107, 11-23.
- Izquierdo P, Jiménez J, Alonso P, Fernández R, Uncilla M. La educación sexual en la adolescencia. Unidades didácticas. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias; 1994.

J

- Jiménez MI, Collado J, Aranda E, Muñoz P. Sexualidad saludable en nuestros jóvenes. Un programa de intervención escolar. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015; 17:e33- e37.
- Johnson BT, Scott-Sheldon LA, Huedo-Medina TB, Carey MP. Interventions to reduce sexual risk for human immunodeficiency virus in adolescents: A meta-analysis of trials 1985-2008. Arch Pediatr Adolesc Med. 2011;165:77–84.
- Junta de Andalucía. Proyecto Forma Joven. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia, Consejería de Salud, Instituto de la Juventud, Instituto de la Mujer y Consejo de la Juventud; 2000.

K

- Kirby D, Laris BA. Effective curriculum-based sex and STD/HIV education programs for adolescents. Child Dev Perspect. 2009; 2:210–219.
- Kirby D. The impact of sex education on the sexual behaviour of young people, Population Division Expert Paper No. 2011/12. New York, NY: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2011.
- Kirby DB, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. J Adolesc Health. 2007; 40:206– 217.

- Klettke B, Hallford D, Mellor D. Sexting prevalence and correlates: A systematic literature review. *Clinical Psychology Review*. 2015; 34:44–53.

L

- Lameiras M, Carrera MV, Rodríguez Y. Caso abierto: la educación sexual en España, una asignatura pendiente. En: Gavidia V, coord. *Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela*. Valencia: Tirant Humanidades; 2016. p. 197-210.
- Langford R, Bonell C, Jones H, Poulidou T, Murphy S, Waters E, et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015; 15:130.
- Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. *Informe SEESPAS 2014*. *Gac Sanit*. 2014; 28:109–115.
- Larson, R., Richards, M. H. (1994). *Divergent realities: The emotional lives of mothers, fathers, and adolescents*. Basic Books.
- Latorre, A. (2003). *La investigación-acción: conocer y cambiar la práctica educativa*. Barcelona : Graó.
- Laud AD. The efficacy of HIV and sex education interventions among youths in developing countries: a review. *Public Health Research*. 2016; 6:1–17.
- Lena A, Blanco AG, Rubio M, García-Vázquez J, coords. *Guía para la educación afectivo-sexual en la ESO "Ni ogros ni princesas"*. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2009.
- Lerner, R. M., Steinberg, L. (2009). *Handbook of adolescent psychology* (3rd ed.). Wiley.
- LEVI Y ANDERSON, L. 1980 *La tensión psicosocial. Población, Ambiente y Calidad de Vida* Ed. El manual moderno; México
- Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS. Efecto de la estrategia de promoción de

salud escolar Forma Joven. *Gac Sanit.* 2019; 33:74–81.

- Lloyd CB. The role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries. In: Malarcher S (ed). *Social determinants of sexual and reproductive health. Informing future research and programme implementation.* Geneva: World Health Organization; 2010.
- Loaiza, E., & Liang, M. (2013). *Adolescent pregnancy: A review of the evidence.* New York: United Nations Population Fund (UNFPA).
- López F, Carcedo R, Fernández-Rouco N, et al. Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *Anales de Psicología.* 2011; 27:791–99.
- López F. *La educación sexual.* Madrid: Biblioteca Nueva; 2005.
- López Sánchez F. *Educación sexual de adolescentes y jóvenes.* Siglo Veintiuno de España Editores SA; 1995.
- LÓPEZ-BARAJAS, E. (2000). *FUNDAMENTOS DE METODOLOGÍA CIENTÍFICA.* MADRID: UNED.
- López-Noguero F, Morón-Marchena y Gallardo-López J. (2020). *Educación para la salud y desarrollo comunitario Investigaciones para la mejora social en Nicaragua.* Primera edición: septiembre de 2020. ISBN: 978-84-18083-85-
- Lozano, V. (2014). *Teoría de Teorías sobre la Adolescencia.* Última Década, (40), 1111-36. [Fecha de Consulta 11 de Mayo de 2022]. ISSN: 0717-4691. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19531682002>.

M

- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 551-558.
- Margolles M, Donate I. *III Encuesta de Salud para Asturias, año 2012.* Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2013.

- Marín, L. (2007). *La noción de paradigma. Signo y Pensamiento*, XXVI(50),34-45.[fecha de Consulta 7 de Marzo de 2022]. ISSN: 0120-4823. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86005004>
- Martínez JL, Carcedo RJ, Fuertes A, Vicario-Molina I, Fernández-Fuertes A, Orgaz MB. Sex education in Spain: Teacher's views obstacles. *Sex Education: Sexuality, society and learning*. 2012;12:425–436.
- MARTÍNEZ, M. (1987). *DIMENSIONES ADAPTATIVAS Y PROYECTIVAS DE LOS SISTEMAS*. BARCELONA: CEAC.
- Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School- based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11. Art. N^o:CD006417.
- Matheus, A., Romero, R., & Parroquín, P. (2018). *Validación por expertos de un instrumento para la identificación de Habilidades y Competencias de un profesional en el área de Logística*. *Cultura Científica Y Tecnológica*, (63). Recuperado a partir de <http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/2206>.
- Mavedzenge SN, Doyle A, Ross D. HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: A systematic review. *J Adolesc Health*. 2011;49:568–586.
- McMillan, J., & Schumacher. (2005). NSA. (2016). *Investigación Educativa*. Madrid España: PEARSON EDUCACION, S.A.
- Medina-Díaz, María del R., & Verdejo-Carrión, Ada L.. (2020). Validez y confiabilidad en la evaluación del aprendizaje mediante las metodologías activas. *ALTERIDAD. Revista de Educación*, 15(2), 270-284. <https://doi.org/10.17163/alt.v15n2.2020.10>.
- Meléndez, V. y Pos tome Moreno, L.; (2016). Trabajo Monográfico para optar al Título de Médico y Cirujano “*COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL PRIMARIO YOLANDA MAYORGA DE TIPITAPA, DE ENERO A JUNIO 2014*, Managua, Nicaragua.
- Mendoza, L., Claros, D. & Peñaranda, C. (2016). *Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia*. P.244. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2016; 81(3)
- Meza, A., & Estrada, M. (2013). *Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los/as adolescentes asisten al programa de planificación familiar en relación al uso de métodos*

anticonceptivos, C/S Carolina Osejo, Villanueva (Monografía para optar al título de licenciada en ciencias de enfermería). León, Nicaragua 2014.

- Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad®: X Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer
- Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad: X Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer
- Ministerio de Salud (MINSA). (2014). Manual de Planificación Familiar.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Madrid: Centro de Publicaciones; 2007.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: Interrupciones Voluntarias del Embarazo [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social;
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social®: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística;
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social®: Interrupciones Voluntarias del Embarazo [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/>
- MINSA. (2008). Norma y protocolo de planificación familiar. Normativa – 002 Managua, Mayo – 2008
- MINSA. (2012). Manual para la entrega comunitaria de métodos anticonceptivos. (ECMAC). Managua- Septiembre, 2012.
- Mitjans L, Zafra T, Martínez Y. Programa de Intervención en Educación Sexual. Valencia: Generalitat Valenciana; 2017.
- MODOLO, M.A. (1979). *EDUCACIÓN SANITARIA, COMPORTAMIENTO Y PARTICIPACIÓN, IL PENSIERO SCIENTIFICO*, COMPILACIÓN, 8, 39-58.
- Mónica Suárez M, Belza MJ, de la Fuente L. Encuesta de Salud y hábitos sexuales 2003. Informe general. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

- Montero, M. (2012, Septiembre –Marzo). El concepto de Intervención Social desde una perspectiva psicológica–comunitaria. Revista MEC-EDUPAZ. Recuperado de: www.journals.unam.mx/index.php/mecedupaz/article/download/30702/28480.
- Morales A, Espada JP, Orgilés M. Short-term evaluation of a skill-development sexual education program for Spanish adolescents compared with a well-established program. *J Adolesc Health*. 2015;56:30–37.
- Morales A, Espada JP, Orgilés M. Short-term evaluation of a skill-development sexual education program for Spanish adolescents compared with a well-established program. *J Adolesc Health*. 2015;56:30–7.
- Moreno A, Rodríguez E. Informe Juventud en España 2012. Madrid: Instituto de la Juventud; 2012.
- Moreno C. Ramos P, Rivera F, Jiménez-Iglesias A, García-Moya I, Sánchez-Queija I, et al. Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-2014): Actividades de promoción y educación para la salud en los centros educativos españoles. Análisis de los aspectos estructurales y de recursos que las condicionan. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
- MORÓN MARCHENA, J.A. (DIR.) (2000). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA*. DOS HERMANAS: AYUNTAMIENTO DE DOS HERMANAS.
- Muñoz, A. (2005). *La familia como contexto de desarrollo infantil: dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social*. Universidad den Huelva. <http://hdl.handle.net/10272/505>.

N

- NU. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York, NY: United Nations; 2015.
- Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot*. 1986 May;1(1):113-27. doi: 10.1093/heapro/1.1.113. PMID: 10318625.

- NUTBEAN, D. (1986). *GLOSARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. SALUD ENTE TODOS*. SEVILLA: CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA.
- O.M.S. (1969). *PLANIFICATION ET ÉVALUATION DES SERVICES D'ÉDUCATION SANITAIRE, EN SÉRIE DE RAPPORTS TECHNIQUES*, 409.
- O.M.S. (1983). *NUEVOS MÉTODOS DE EDUCACIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*. GINEBRA: SERIE INFORMES TÉCNICOS, N° 690.
- O.M.S. (1983). *OBJETIVOS DE LA SALUD PARA TODOS: OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA REGIONAL EUROPEA DE LA SALUD PARA TODOS*. MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.
- O.M.S. (1986). *CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. CONFERENCIA INTERNACIONAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD*. OTTAWA: ASOCIACIÓN CANADIENSE DE SALUD PÚBLICA.
- O.M.S. (1997). *DECLARACIÓN DE YAKARTA SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI*. GINEBRA: O.M.S.
- OMS. *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [nota descriptiva actualizada en diciembre del 2018]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en:
- OMS. *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021: Hacia el fin de las ITS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
- OMS. *Estrategia Mundial del Sector de Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
- OMS. *Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
- ONU. (2017). *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura* 7, place de Fontenoy, 75352 París 07 SP, Francia.

- ONU. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas; 2006.
- ONU. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas; 1989.
- ONU. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Beijing: Organización de las Naciones Unidas; 1995.
- ONU. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas; 1966.
- ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas; 1966.
- OPS & OMS. Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud; 2000.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Paris: UNESCO; 2017.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Secretaría de ONUSIDA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, ONU Mujeres y Organización Mundial de la Salud. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. París: UNESCO; 2018.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Planificación familiar. Recuperado de [enlace]
- Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2. Art. N°:CD005215.
- Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database Syst Rev.

2016; 2. Art. N°:CD005215.

P

- Pedrero Garcia, e. 2012 Titulo tesis. [Tesis doctoral, universidad pablo de olavide]. RIO.
- PEREA, R. (2002). «Educación para la salud, reto de nuestro tiempo». Educación XXI, n.º 4, pp. 15-40.
- Pérez, M.; Echauri, M.; Ancizu, E. y Chocarro, J. [2006]: Manual de educación para la salud, Pamplona: Gobierno de Navarra
- Pfeffer B, Rose T. Interviewing Adolescents About Sexual Matters. *Pediatr Clin N Am.*2017; 64:291–304.
- POLAINO LORENTE, A. (1987). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. BARCELONA: HERDER.
- PONCE, J. A., MURIEL, R. Y GÓMEZ DE TERREROS, I. (1997). *INFORME SIAS (SALUD, INFANCIA, ADOLESCENCIA Y SOCIEDAD)*. SEVILLA: SECCIÓN DE PEDIATRÍA SOCIAL-ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Recuperado de [enlace]
- Puente D, Zabaleta-del-Olmo E, Pueyo MJ, Salto E, Marsal JR, Bolívar B. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en alumnos de enseñanza secundaria de Cataluña. *Aten Primaria.* 2013; 45:315–323.

Q

- Quero, M. (2010). *Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach*. Telos, 12(2),248-252. [Fecha de Consulta 24 de Febrero de 2022]. ISSN: 1317-0570.Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99315569010>.
- Quintero, A., & Rojas, H. (2015). *El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes*. Revista Virtual. Universidad Católica del Norte, núm. 44, febrero-mayo, 2015, pp. 222-237.Fundación Universitaria Católica del Norte Medellín, Colombia. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161>.



-
- Ramírez, J. & Villareal, J. (2015). *Modelo de prevención de embarazo en adolescentes*. Monte Rey. México. P: 3.
 - Ramos, C. (2015). *Los Paradigmas de Investigación Científica*. Universidad de las Américas, Ecuador. DOI: <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n1.167>
 - Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
 - Reguant, M., y Martínez-Olmo, F. (2014). *Operacionalización de conceptos/variables*. Barcelona: Dipòsit Digital de la UB. Recuperado de: <https://goo.gl/1sBCi0>
 - Reyes, M. & Romero, T. (2018). *Metodología de la Investigación Socioeducativa II*. V Módulo. Doctorado en Educación para la Salud e Intervención Social.
 - ROCHÓN, A.. (1991). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD. GUÍA PRÁCTICA PARA REALIZAR UN PROYECTO*. BARCELONA: MASSON.
 - Rodríguez J. & Álvarez M. (2020). *Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach*. Revista de innovación en Educacion. Universidad de Barcelona. DOI: <https://doi.org/10.1344/reire2020.13.230048>.
 - Rodríguez, R., & Muñoz, L. (2003). *Conceptos frente a métodos de planificación familiar de adolescentes de primer semestre Facultad de Ciencias de la Salud*

Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira. Investigaciones Andina, núm. 7, 2003, pp. 27-30. Fundación Universitaria del Área Andina. Pereira, Colombia.

- ROTHMAN, A. I. Y BIRNE, N. (1981). HEALTH EDUCATION FOR CHILDREN AND ADOLESCENT, EN *EDUCATIONAL RESEARCH*, 51, PP. 85-100.
- Rottach E, Schuler SR, Hardee K. Gender perspectives improve reproductive health outcomes: New evidence. Washington, DC: US Agency for International Development; 2009.

S

- Saavedra, J. (2015). *Cuatro argumentos sobre el concepto de intervención social*. Cinta de Moebio, (53),135-146.
- Sáez E, Cambil J. Impacto y evaluación de un programa de salud en adolescentes. *Actual Med.* 2012; 97:37-40.
- Salazar, A., Santa María, A., Solano, I., Lázaro, K., Arrollo, S., Araujo, V., Luna, D., & Echazu, C. (2007). *Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito del Agustino*. Lima-Perú Horizonte Médico, vol. 7, núm. 2, diciembre, 2007, pp. 79-85. Universidad de San Martín de Porres. La Molina, Perú.
- SALLERAS SANMARTÍ, L. (1985). *EDUCACIÓN SANITARIA. PRINCIPIOS, MÉTODOS Y APLICACIONES*. MADRID: DÍAZ DE SANTOS.
- Salvador T, dir. Diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España. Madrid: Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Salvador T, Suelves JM, Puigdollers E. Diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España. Madrid: Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

- SAN MARTÍN, H. Y PASTOR, V. (1988). *SALUD COMUNITARIA. TEORÍA Y PRÁCTICA*. MADRID: DÍAZ DE SANTOS.
- Santín C, Torrico E, López MJ, Revilla C. Conductas de riesgo, consumo de sustancias y género. *Apunt Psicol.* 2004;22:75–84.
- SANVISENS, A. (1984). *EDUCACIÓN, PEDAGOGÍA Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN*. BARCELONA: BARCANOVA.
- SARLET, A.M., GARCÍA, A. Y BELANDO, M. (1996). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UNA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA*. VALENCIA: NAU LLIBRES.
- Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S-J, Dick B, Ezeh AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet.* 2012; 379:1630–1640.
- Schalet AT. Beyond abstinence and risk: A new paradigm for adolescent sexual health. *Womens Health Issues.* 2011; 21(3 Suppl):S5–7.
- Schulenberg, J. E., Sameroff, A. J., & Cicchetti, D. (2004). Transition mechanisms in adolescence: A social-ecological perspective. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., pp. 665-696). Wiley.
- Serrano I. Uso de métodos anticonceptivos y fuentes de información sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. *Rev Iberoam Fertil.* 2012; 29:47–54.
- Sheperd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2010; 14:1–206.
- Sigerist, H. E., 1947 [1943], *Civilización y enfermedad*, México: Fondo de Cultura Económica.
- SIGERIST, H.E. (1981). *HITOS EN LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA*. MÉXICO: SIGLO XXI.
- Smith, C. P. (2010). *The adolescent years: Social influences and educational challenges*. Charlotte, NC: Information Age Publishing.

- Solum, B. (2001). *Adolescencia y Juventud en América Latina*. (Nuevos y viejos desafíos en los albores del nuevo milenio. Cartago, Costa Rica. ISBN: 9968-801-09-7.
- Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher- Lancet Commission. *Lancet*. 2018; 391:2642–2692.
- Suhrcke M, De Paz Nieves C. The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011.
- Svanemyr J, Amin A, Robles J, Greene M. Creating an Enabling Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Framework and Promising Approaches. *J Adolesc Health*. 2015;56(Supl 1):7–14.

T

- TERRIS, M. (1980). *LA REVOLUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y LA MEDICINA SOCIAL*. MÉXICO: SIGLO XXI.
- Tickner AJ. Patriarchy. In: Jones RJB, ed. *Routledge encyclopedia of international political economy: Entries P-Z*. Oxford, UK and New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group; 2001. p. 1197–1199.
- Torrez, A. (2015). *Factores que influyen en el abandono de los métodos de planificación familiar en mujeres receptoras del programa*. Totonicapán, Guatemala. Campus de Quetzaltenango Marzo 2015.
- Torrez, M. & González, P. (2009). *Antecedentes teóricos y empíricos del uso de métodos de planificación familiar*. Universidad militar nueva Granada. Recibido: 054/05/2009 - Aceptado: 23/09/2009.
- Triviño, Z. & Sanhueza, O. (2005). PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA. I.S.S.N. 0717 – 2079. P: 20

U

- UN. Commission on population and development resolution 2012/1 adolescents and youth, report on the forty-fifth session. New York, NY: United Nations; 2012.
- UN. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women General Assembly resolution 34/180 of 18 December 1979. New York, NY: United Nations; 1979.
- UN. International conference on population and development, Cairo 5–13 September, 1994. Programme of action. New York, NY: United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis; 1995.
- UNAIDS. Global AIDS Update 2016. Geneva: UNAIDS; 2016.
- Uncilla M, Alonso P, Fernández R, Jiménez J, Izquierdo P. La educación sexual en la adolescencia. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias; 1994.
- Underhill K, Montgomery P, Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: Systematic review. *BMJ*. 2007;335:248– 252.
- Underhill K, Operario D, Montgomery P. Systematic review of abstinence-plus HIV prevention programs in high income countries. *PLoS Med*. 2007;4(9):e275.
- UNESCO Bangkok. Sexuality education in Asia and the Pacific: review of policies and strategies to implement and scale up. Bangkok: UNESCO Bangkok, Asia and Pacific Regional Bureau for Education; 2012.
- UNESCO. (2018). Directrices Internacionales sobre Educación en Sexualidad: una herramienta para abogar y planificar la educación en sexualidad.
- UNESCO. Comprehensive sexuality education: The challenges and opportunities of scaling up. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2012.
- UNESCO. Education for all. The quality imperative. Paris: United Nations

Educational, Scientific and Cultural Organization; 2004.

- UNESCO. Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education: a global review. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2015.
- UNESCO. Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2017.
- UNESCO. Informe de seguimiento de la educación en el mundo. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2019.
- UNESCO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2018.
- UNESCO. Programas escolares de educación sexual. Análisis de los costos y la relación costo-eficacia en seis países. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2012.
- UNESCO. Puberty education & menstrual hygiene management. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2014.
- UNFPA (2013). Motherhood in childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy. New York: UNFPA.
- UNFPA (2015). Girlhood, not motherhood: Preventing adolescent pregnancy. New York: UNFPA
- UNFPA. La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad: Un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento. New York, NY: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2015.
- UNFPA. Operational guidance for comprehensive sexuality education: A focus on human rights and gender. New York, NY: United Nations Population Fund; 2014.
- UNFPA. Sexual and reproductive health and rights: An essential element of

universal health coverage. Background document for the Nairobi summit on ICPD25 – Accelerating the promise. New York, NY: United Nations Population Fund; 2019.

- UNICEF. The State of the World's Children 2011. Adolescence – an age of opportunity. New York, NY: United Nations Children's Fund; 2011.
- Unión Europea. Resolución del Parlamento Europeo sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia (2001/2128(INI)). Ginebra: Unión Europea; 2002.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Emerging evidence: lessons and practice in comprehensive sexuality education - a global review. Paris: UNESCO; 2015.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Effectiveness Analysis of School-Based Sexuality Education Programmes in Six Countries. Paris: UNESCO; 2011.
- United Nations Population Fund. Operational guidance for comprehensive sexuality education: A focus on human rights and gender. New York, NY: UNFPA; 2014.
- United Nations. (1979). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- United Nations. (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.
- United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York, NY: NU; 2015. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:
- Uría M, coord. Programa de Educación Afectivo-Sexual para Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2001.



-
- Varela M, Paz J. Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en

adolescentes y jóvenes. Rev Int Androl. 2010;8:74–80.

- Vargas, S. (2013). Evaluación de conocimientos y uso de Métodos anticonceptivos. México, 2013.
- Vázquez, L. (2005). *Conocimiento y uso de Métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana de Cunduacan Tabasco*. Artículo recibido 20 de febrero, aceptado 13 de Junio. Abana Cuba.
- Vélez, A. (2012). *EL EMBARAZO EN EL ADOLESCENTE: UNA VISIÓN DESDE LA DIMENSIÓN EMOCIONAL Y LA SALUD PÚBLICA*. Revista CUIDARTE, 3(1),394-403.
- Venegas M. El modelo actual de educación afectivo sexual en España. El caso de Andalucía. Revista Iberoamericana de Educación. 2011; 55:1–10.



-
- WHO Regional Office for Europe & BZgA. Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists. Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA; 2010.
 - WHO Regional Office for Europe & BZgA. Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists. Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA; 2010. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet. 2018; 391:2642–92. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:
 - WHO. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2015.
 - WHO. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Geneva: World Health Organization; 2006.

- WHO. Developing sexual health programmes. A framework for action. Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2010.
- WHO. Gender, equity and human rights. FAQ on Health and Sexual Diversity. An introduction to key concepts. Geneva: World Health Organization; 2016.
- WHO. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017.
- WHO. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
- WHO. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, and sex, by country and by region, 2000-2015. Geneva: World Health Organization; 2016.
- WHO. Leading the realization of human rights to health and through health: report of the high-level working group on the health and human rights of women, children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2017.
- WHO. Regional Working Group on health needs of adolescents: final report. Manila: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific; 1980.
- WHO. Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2004.
- WHO. Sexually transmitted infections: issues in adolescent health and development. WHO discussion papers on adolescence. Geneva: World Health Organization; 2004.
- WHO. Skills for health: Skills-based health education including life skills. Geneva: World Health Organization & United Nations International Children's Emergency Fund; 2003.
- WHO. Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.
- Wight D, Fullerton D. A review of interventions with parents to promote the

sexual health of their children. *J Adolesc Health*. 2013; 52:4–27.

- Wight D, Raab G, Henderson M, Abraham C, Buston K, Hart G, et al. Limits of teacher-delivered sex education: interim behavioural outcomes from a randomised trial. *BMJ*. 2002; 324:1430–1435.
- World Health Organization. (2010). *Estándares de Educación en Sexualidad para Europa*.
- World Health Organization. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo: 2006: colaboremos por la salud*. World Health Organization.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA UNAN-
MANAGUA, FAREM, Chontales.



ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Tema: *El impacto de la Planificación Familiar: la reducción de riesgos de embarazos en adolescentes en la UNAN- FAREM- Chontales*

Estimados participantes: Esta encuesta tiene como propósito recoger información acerca de los conocimientos de los programas de planificación Familiar, necesidades de formación e información que tiene el alumnado adolescente sobre planificación familiar.

Para realizar este trabajo estaremos utilizando la ética profesional, no se les pregunta su nombre, ni su dirección para que usted este seguro que esta información no sea divulgada, y pueda responder con plena sinceridad y confianza a las preguntas que se le presentan.

Agradecemos de antemano su valiosa cooperación.

- ❖ **Orientaciones Generales** En el caso de los ítems que presentan opciones múltiples, marque con una X la respuesta que usted considere, en el resto escriba según la pregunta.

P1. Sexo:

1. Masculino ____ 2. Femenino ____.

P2. Edad cumplida:

1. 16 años ____ 2. 17 años ____ 3. 18 años ____ 4. 19 años o más ____.

P3. Carrera que estudias:

1. Enfermería Materno Infantil ____ . 2. Bioanálisis Clínico ____ . 3. Medicina ____ . 4. Odontología ____ . 5. Enfermería ____ . 6. Ingeniería agroindustrial ____ . 7. Ing. Agronómica: ____ .

P4. Procedencia:

1. Urbano ____ . 2. Rural ____ .

P5. ¿Qué religión profesa?

1. Católica ____
2. Evangélica ____
3. Otra ____

P6. ¿Tienes pareja actualmente?:

1. Si ____ . 2. No ____

P7. ¿Cuántos hijos tienes?:

1. No tengo hijos ____
2. Tengo 1 hijo ____
3. Tengo 2 hijos ____
4. Tengo más de 2 hijos ____

P8. ¿De qué medio ha recibido información sobre planificación familiar?

1. No tengo información ____
2. De mis padres ____
3. Hermanos ____
4. Personal de salud ____
5. Otros medios ____

P9. ¿Consideras que la planificación familiar es importante para las parejas?

1. Total, mente de acuerdo: ____
2. De acuerdo: ____
3. Indiferente: ____
4. En desacuerdo: ____
5. Total, mente en desacuerdo: ____

P10. ¿La planificación familiar ayuda a reducir riesgos de embarazos?

1. Definitivamente sí: ____
2. Probablemente sí: ____
3. Indeciso: ____
4. Probablemente no: ____
5. Definitivamente no: ____

P11. ¿Conoces a cerca de los métodos anticonceptivos?

1. Si ____
2. No ____

P12. ¿Conoces la información de algunos de estos métodos?

1. Métodos Inyectables. ____
2. Métodos Orales. ____
3. Preservativos. ____
4. Métodos de barrera. ____

P13. ¿Utilizas algún método de planificación familiar?

1. Si. ____
2. No. ____

P14. ¿Crees los métodos orales son más fácil de utilizar?

1. Completamente verdadero: ____
2. Falso: ____
3. Completamente falso: ____

P15. ¿En qué momentos debes utilizar el preservativo?

1. En toda relación sexual con o sin otro método anticonceptivo ____.
2. Solo por emergencias ____.
3. Nunca ____

P16. ¿Consideras que la PPMS es un método de planificación familiar?

1. Sí. ____.
2. No. ____

P17. ¿En qué momentos se debe utilizar la PPMS?

1. Solo por emergencia. ____
2. Siempre en toda relación sexual. ____
3. Como planificación familiar de los adolescentes. ____

P18. ¿Cuánto es la protección de los métodos anticonceptivos?

1. 95% ____
2. 80% ____
3. 90% ____

P19. ¿Los métodos de emergencia provocan aborto?

1. Muy de acuerdo. ____

2. De acuerdo. ____
3. Indeciso. ____
4. En desacuerdo ____
5. Muy en desacuerdo ____

P20. La planificación familiar es responsabilidad de:

1. Solo de la mujer. ____
2. Solo del hombre ____
3. De ambos ____

P21. ¿Crees que existen factores que influyen en la utilización de métodos anticonceptivo?

1. Económicos. ____
2. Culturales. ____
3. Religiosos ____
4. Otros factores ____

P22. ¿En tu comunidad o barrio existe un puesto médico de salud?

1. Si. ____
2. No ____

P23. ¿Crees que el personal de salud es accesible?

1. Muy de acuerdo. ____
2. De acuerdo. ____
3. Indiferente. ____
4. En desacuerdo. ____
5. Muy en desacuerdo. ____

P24. Te gustaría que en la universidad te brinden consejería y métodos de P/F?

1. Si ____
2. No ____

P25. Crees que es importante la consejería sobre planificación F. ¿Y sexualidad?

1. Muy importante. ____
2. Importante. ____
3. Nada importante. ____

P26. La toma de decisión para la planificación o utilización de métodos anticonceptivos debe ser:

1. Solo de la mujer. ____

2. Solo del hombre _____
3. De ambos _____

P27. ¿Crees necesarios ampliar tus conocimientos sobre estos temas?

1. Si _____
2. No _____

P28. ¿Qué personal te gustaría que aborde estos temas?

1. Médicos _____
2. Enfermería _____

P29. ¿Qué temas en específicos te gustaría recibir?

1. Planificación familiar. _____
2. Tipos de métodos anticonceptivos _____
3. Sexualidad en adolescencia. _____

P30. ¿Te gustaría participar en actividades que la universidad implemente para mejora de este problema?

1. Definitivamente Si _____
2. Posiblemente si _____
3. Indeciso _____
4. Posiblemente no _____
5. Definitivamente no _____

P31. ¿Crees que se puede reducir los embarazos en adolescentes o embarazos no deseados?

1. Definitivamente Si _____
2. Posiblemente si _____
3. Indeciso _____
4. Posiblemente no _____
5. Definitivamente no _____

P32 propones alguna solución a esta problemática?

1. Si _____
2. No _____

Muchas gracias por su colaboración....

ANEXO II

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA UNAN- MANAGUA. FAREM, Chontales



Entrevista:

Esta entrevista va dirigida a los profesionales de la salud, con el objetivo de establecer el grado de conocimiento que poseen los profesionales de salud, también conocer el grado de satisfacción en cuanto a la participación de los adolescentes a las unidades de salud en los programas de planificación familiar y aportar propuestas de mejora a esta problemática.

A continuación, procedemos la entrevista:

1. ¿Cómo profesional de la salud, como es el conocimiento que tienes a cerca de la planificación familiar o programas y con respecto a los métodos anticonceptivos?
2. Sabes a cerca de las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos y que nivel de protección tienen?
3. Consideras que la planificación familiar es importante para las parejas?
- 4.Cuál es la diferencia entre los métodos de planificación familiar y métodos de emergencia?
5. Bajo qué criterios se utilizan los métodos de emergencia?
6. Como es la participación de los adolescentes en el programa de planificación familiar de la unidad de salud?
7. Sabes cómo se encuentra el índice de embarazos en la adolescencia?
8. Que propuestas de mejoras darías a esta problemática?

Gracias por su participación...

ANEXO III.

Tablas de frecuencia de la encuesta realizada a los estudiantes de primer año del turno regular del departamento de Ciencia Tecnología y Salud, UNAN, FAREM CHONTALES.

Tabla 1: Sexo de los estudiantes:

Sexo de los estudiantes

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Masculino | 141 | 36,3 | 36,3 | 36,3 |
| Femenino | 247 | 63,7 | 63,7 | 100,0 |
| Válidos | | | | |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 2: edad cumplida de los estudiantes:

Edad cumplida de los estudiantes

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 16 | 63 | 16,2 | 16,2 | 16,2 |
| 17 | 149 | 38,4 | 38,4 | 54,6 |
| 18 | 79 | 20,4 | 20,4 | 75,0 |
| 19 o mas | 97 | 25,0 | 25,0 | 100,0 |
| Válidos | | | | |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 3: carrera que estudian los estuantes:

| Carrera que estudias | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| | Enfermería Materno Infantil | 50 | 12,9 | 12,9 |
| | Bioanálisis Clínico | 39 | 10,1 | 22,9 |
| | Medicina | 52 | 13,4 | 36,3 |
| | Odontología | 39 | 10,1 | 46,4 |
| | Enfermería | 61 | 15,7 | 62,1 |
| Válidos | Ingeniería Agroindustrial | 40 | 10,3 | 72,4 |
| | ING.Agronómica | 32 | 8,2 | 80,7 |
| | ING Sistema | 30 | 7,7 | 88,4 |
| | Arquitectura | 45 | 11,6 | 100,0 |
| | Total | 388 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 4: Procedencia de los estudiantes:

| Procedencia | | | | |
|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | Urbano | 302 | 77,8 | 77,8 |
| | Rural | 86 | 22,2 | 100,0 |

| | | | |
|-------|-----|-------|-------|
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 |
|-------|-----|-------|-------|

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 5: Religión que profesan los estudiantes.

¿Qué religión profesa?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Católica | 229 | 59,0 | 59,0 | 59,0 |
| Evangélica | 115 | 29,6 | 29,6 | 88,7 |
| Válidos Otra | 44 | 11,3 | 11,3 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 6: Tienes pareja actualmente.

¿Tienes pareja actualmente?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| si | 94 | 24,2 | 24,2 | 24,2 |
| Válidos no | 294 | 75,8 | 75,8 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 7: Número de hijos que tienen los estudiantes

¿Cuántos hijos tienes?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------|------------|--------------|-------------------|----------------------|
| No tengo hijos | 354 | 91,2 | 91,2 | 91,2 |
| Tengo 1 hijo | 24 | 6,2 | 6,2 | 97,4 |
| tengo 2 hijos | 7 | 1,8 | 1,8 | 99,2 |
| tengo más de 2 hijos | 3 | ,8 | ,8 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 8: medio de donde han recibido información los estudiantes.

¿De qué medio ha recibido informado sobre planificación familiar?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| No tengo información | 26 | 6,7 | 6,7 | 6,7 |
| De mis padres | 147 | 37,9 | 37,9 | 44,6 |
| Hermanos | 11 | 2,8 | 2,8 | 47,4 |
| personal de salud | 131 | 33,8 | 33,8 | 81,2 |
| Otros medios | 73 | 18,8 | 18,8 | 100,0 |

| | | | |
|-------|-----|-------|-------|
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 |
|-------|-----|-------|-------|

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 9: Consideras que la planificación familiar es importante para las parejas.

¿Consideras que la planificación familiar es importante para las parejas?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Totalmente de acuerdo | 281 | 72,4 | 72,4 | 72,4 |
| De acuerdo | 93 | 24,0 | 24,0 | 96,4 |
| Indiferente | 9 | 2,3 | 2,3 | 98,7 |
| Válidos En desacuerdo | 1 | ,3 | ,3 | 99,0 |
| Totalmente en desacuerdo | 4 | 1,0 | 1,0 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 10: La planificación familiar ayuda a reducir riesgos de embarazos.

¿La planificación familiar ayuda a reducir riesgos de embarazos?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Definitivamente sí | 276 | 71,1 | 71,1 | 71,1 |
| Probablemente sí | 98 | 25,3 | 25,3 | 96,4 |

| | | | | |
|--------------------|-----|-------|-------|-------|
| Indeciso | 4 | 1,0 | 1,0 | 97,4 |
| probablemente no | 9 | 2,3 | 2,3 | 99,7 |
| Definitivamente no | 1 | ,3 | ,3 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 11: Conoces a cerca de los métodos anticonceptivos.

¿Conoces a cerca de los métodos anticonceptivos?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| si | 356 | 91,8 | 91,8 | 91,8 |
| no | 32 | 8,2 | 8,2 | 100,0 |
| Válidos | | | | |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 12: conoces información de algunos de estos métodos.

¿Conoces la información de algunos de estos métodos?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Métodos Inyectables | 197 | 50,8 | 50,8 | 50,8 |

| | | | | |
|--------------------|-----|-------|-------|-------|
| Métodos orales | 44 | 11,3 | 11,3 | 62,1 |
| Preservativos | 136 | 35,1 | 35,1 | 97,2 |
| Métodos de barrera | 11 | 2,8 | 2,8 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 13: Utilizas algún método de planificación familiar.

¿Utilizas algún método de planificación familiar?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| si | 146 | 37,6 | 37,6 | 37,6 |
| no | 242 | 62,4 | 62,4 | 100,0 |
| Válidos | | | | |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 14: Crees los métodos orales son más fácil de utilizar

¿Crees los métodos orales son más fácil de utilizar?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Completamente verdadero | 243 | 62,6 | 62,6 | 62,6 |
| Falso | 124 | 32,0 | 32,0 | 94,6 |
| Completamente falso | 21 | 5,4 | 5,4 | 100,0 |
| Válidos | | | | |

| | | | |
|-------|-----|-------|-------|
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 |
|-------|-----|-------|-------|

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 15: En qué momento se debe utilizar el preservativo:

¿En qué momentos debes utilizar el preservativo?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | | | | |
| En toda relación sexual con o sin otro método anticonceptivo | 352 | 90,7 | 90,7 | 90,7 |
| Solo por emergencias | 30 | 7,7 | 7,7 | 98,5 |
| nunca | 6 | 1,5 | 1,5 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 16: consideras que la PPMS, es un método de planificación familiar:

¿Consideras que la PPMS es un método de planificación familiar?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | | | | |
| si | 164 | 42,3 | 42,3 | 42,3 |
| no | 224 | 57,7 | 57,7 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 17: En que momentos se debe utilizar la PPMS:

¿En qué momentos se debe utilizar la PPMS?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Solo por emergencia | 296 | 76,3 | 76,3 | 76,3 |
| siempre en toda relación sexual | 60 | 15,5 | 15,5 | 91,8 |
| Válidos como planificación familiar de los adolescentes | 32 | 8,2 | 8,2 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 18: Cuanto es la protección de los métodos anticonceptivos:

¿Cuánto es la protección de los métodos anticonceptivos?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 95% | 171 | 44,1 | 44,1 | 44,1 |
| 80% | 117 | 30,2 | 30,2 | 74,2 |
| Válidos 90% | 100 | 25,8 | 25,8 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 19: Los métodos anticonceptivos provocan aborto:

¿Los Métodos de emergencia provocan aborto?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Muy de acuerdo | 134 | 34,5 | 34,5 | 34,5 |
| De acuerdo | 93 | 24,0 | 24,0 | 58,5 |
| Indeciso | 133 | 34,3 | 34,3 | 92,8 |
| En desacuerdo | 17 | 4,4 | 4,4 | 97,2 |
| Muy en desacuerdo | 11 | 2,8 | 2,8 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 20: La planificación familiar es responsabilidad de:

La planificación familiar es responsabilidad de:

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Solo de la mujer | 13 | 3,4 | 3,4 | 3,4 |
| solo del hombre | 3 | ,8 | ,8 | 4,1 |
| De ambos | 372 | 95,9 | 95,9 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 21: Crees que existe factores que influyen en la utilización de métodos anticonceptivos:

¿Crees que existen factores que influyen en la utilización de métodos anticonceptivo?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Económicos | 195 | 50,3 | 50,3 | 50,3 |
| Culturales | 42 | 10,8 | 10,8 | 61,1 |
| Válidos Religiosos | 42 | 10,8 | 10,8 | 71,9 |
| Otros factores | 109 | 28,1 | 28,1 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 22: en tu comunidad existe un puesto médico de salud:

¿En tu comunidad o barrio existe un puesto médico de salud?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| si | 339 | 87,4 | 87,4 | 87,4 |
| Válidos no | 49 | 12,6 | 12,6 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 23: Crees que el personal de salud es accesible:

¿Crees que el personal de salud es accesible?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Muy de acuerdo | 197 | 50,8 | 50,8 | 50,8 |
| De acuerdo | 148 | 38,1 | 38,1 | 88,9 |
| Indiferente | 29 | 7,5 | 7,5 | 96,4 |
| En desacuerdo | 10 | 2,6 | 2,6 | 99,0 |
| Muy en desacuerdo | 4 | 1,0 | 1,0 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 24: Te gustaría que en la universidad brinden consejería y también métodos de P/F.

Te gustaría que en la universidad te brinden consejería y también métodos de P/F

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Si | 362 | 93,3 | 93,3 | 93,3 |
| Válidos no | 26 | 6,7 | 6,7 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 25: Crees que es importante la consejería sobre planificación familiar y sexualidad

Crees que es importante la consejería sobre planificación F. ¿Y sexualidad?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Muy importante | 288 | 74,2 | 74,2 | 74,2 |
| Importante | 92 | 23,7 | 23,7 | 97,9 |
| Nada importante | 8 | 2,1 | 2,1 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 26: La toma de decisión para la planificación o utilización de métodos anticonceptivos debe ser solo de:

La toma de decisión para la planificación o utilización de métodos anticonceptivos debe ser:

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Solo de la mujer | 20 | 5,2 | 5,2 | 5,2 |
| Solo del hombre | 1 | ,3 | ,3 | 5,4 |
| De ambos | 367 | 94,6 | 94,6 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 27: Crees necesarios ampliar tus conocimientos sobre estos temas:

¿Crees necesarios ampliar tus conocimientos sobre estos temas?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| si | 380 | 97,9 | 97,9 | 97,9 |
| Válidos no | 8 | 2,1 | 2,1 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 28: que personal te gustaría que aborde estos temas:

¿Qué personal te gustaría que aborde estos temas?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Médicos | 241 | 62,1 | 62,1 | 62,1 |
| Válidos Enfermería | 147 | 37,9 | 37,9 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 29: Que temas en específicos te gustaría recibir:

¿Qué temas en específicos te gustaría recibir?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Planificación familiar | 134 | 34,5 | 34,5 | 34,5 |
| Válidos Tipos de métodos anticonceptivos | 122 | 31,4 | 31,4 | 66,0 |
| Sexualidad en adolescencia | 132 | 34,0 | 34,0 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 30: Te gustaría participar en actividades que la universidad implemente para la mejora de este problema.

¿Te gustaría participar en actividades que la universidad implemente para mejora de este problema

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Definitivamente si | 219 | 56,4 | 56,4 | 56,4 |
| Posiblemente si | 97 | 25,0 | 25,0 | 81,4 |
| Válidos Indeciso | 40 | 10,3 | 10,3 | 91,8 |
| posiblemente no | 25 | 6,4 | 6,4 | 98,2 |
| Definitivamente no | 7 | 1,8 | 1,8 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 31: Crees que se puede reducir los embarazos en adolescentes o embarazos no deseados:

¿Crees que se puede reducir los embarazos en adolescentes o embarazo no deseados?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Definitivamente Si | 278 | 71,6 | 71,6 | 71,6 |
| Posiblemente | 98 | 25,3 | 25,3 | 96,9 |
| Indeciso | 9 | 2,3 | 2,3 | 99,2 |
| Posiblemente no | 2 | ,5 | ,5 | 99,7 |
| Definitivamente no | 1 | ,3 | ,3 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigación

Tabla 32: Propones alguna solución a esta problemática:

Propones alguna solución a esta problemática

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Si | 224 | 57,7 | 57,7 | 57,7 |
| No | 164 | 42,3 | 42,3 | 100,0 |
| Total | 388 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Resultados de la investigació